

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE – UFCSPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PATOLOGIA

Léia Gonchoroski Machado

**Análise da adesão ao rastreamento
do câncer do colo do útero e perfil
dos exames citopatológicos
realizados em mulheres indígenas
do litoral norte do Rio Grande do Sul**

UFCSPA

Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre

Porto Alegre
2020

Léia Gonchoroski Machado

Análise da adesão ao rastreamento do câncer do colo do útero e perfil dos exames citopatológicos realizados em mulheres indígenas do litoral norte do Rio Grande do Sul

Dissertação submetida ao Programa
de Pós-Graduação em Patologia da
Universidade Federal de Ciências da
Saúde de Porto Alegre como requisito
para a obtenção do grau de Mestre

Orientadora: Dra. Claudia Giuliano Bica

Porto Alegre
2020

Catalogação na Publicação

Gonchoroski Machado, Léia

Análise da adesão ao rastreamento do câncer do colo uterino e perfil dos exames citopatológicos realizados em mulheres indígenas do litoral norte do Rio Grande do Sul : Adesão ao rastreamento do câncer do colo uterino em indígenas / Léia Gonchoroski Machado. -- 2020.

93 p. : graf., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Patologia, 2020.

Orientador(a): Claudia Giuliano Bica.

1. Câncer de Colo Uterino. 2. Saúde das populações indígenas. 3. Mulheres indígenas. 4. Etnia Mbyá-Guarani. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Agradecimentos

À minha orientadora Dra. Claudia Giuliano Bica pela paciência, dedicação e compreensão nestes 3 anos de trabalho, cada palavra de apoio e incentivo foram de suma importância para a continuidade deste estudo. O carinho que teve ao abraçar e acreditar nesta proposta foi único e não tenho palavras para te agradecer.

À minha família, minhas filhas, Giovanna e Gabrieli, meus pais, Dalva e Odilo, e, em especial, ao meu esposo, Geraldo Schneider de Mello, que sempre esteve ao meu lado desde o início acreditando em mim e sempre me incentivando a continuar, porque tudo valeria a pena depois. Você faz parte deste capítulo da minha vida.

Às minhas colegas do SAMU e à minha chefia Ana Maciel, que me ajudaram tanto nas trocas de plantão em meus períodos de aulas.

À professora Fernanda Huf, minha orientadora de TCC, que durante minha graduação me incentivou para que eu continuasse meus estudos e aceitou iniciar comigo esta proposta tão desafiador com Povos Indígenas.

À Aniúsca Vieira dos Santos, por estar sempre disposta a me receber e me auxiliar nos momentos de dúvida para que este trabalho fosse desenvolvido da melhor forma.

E não poderia deixar de agradecer à uma pessoa que me acolheu tão carinhosamente na Universidade e em sua vida, Giovanna Tavares dos Santos, que esteve comigo desde o primeiro encontro e, mesmo com tantos alunos, você esteve presente em todos os momentos. Obrigado por tudo.

Resumo da dissertação

Introdução: Nas últimas décadas houve um crescimento significativo em informações sobre o perfil epidemiológico da saúde reprodutiva das mulheres, porém, ainda há escassez de dados sobre a saúde da mulher indígena brasileira. O pouco conhecimento dos determinantes saúde e doença das populações indígenas é o principal obstáculo para a elaboração de políticas públicas voltadas à um cuidado diferenciado e específico, baseados nos preceitos do SUS, à estas mulheres

Objetivos: O objetivo deste estudo foi analisar a adesão à coleta citopatológica e descrever o perfil dos exames de rastreamento do câncer do colo uterino realizados em mulheres indígenas Mbyá-Guarani do litoral norte do Rio Grande do Sul, no período de 2014 a 2018, com a finalidade de melhor direcionar e implementar estratégias de qualificação nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher indígena.

Material e Métodos: Trata-se de um Estudo transversal com abordagem quantitativa com fonte de captação de dados os registros dos exames de prevenção de câncer do colo uterino presentes no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) coletados entre os anos de 2014 a 2018. No período estudado, obtivemos os dados de 113 mulheres indígenas e um total de 100 exames citopatológicos.

Resultados: Foi identificado o total de 47% de adesão a realização do exame citopatológico, sendo 29 anos a média de idade para a realização do exame, 7 % de atípias citopatológicas e 28% de prevalência de *Gardnerella vaginalis*.

Conclusão: Os resultados demonstram que a adesão ficou abaixo da meta esperada pelo Ministério da Saúde evidenciando a necessidade de ações diferenciadas voltadas às populações de maior vulnerabilidade de saúde considerando seu contexto cultural.

Palavras-chaves (DeCS-BVS): Câncer de Colo Uterino; Saúde das Populações Indígenas; Mulheres Indígenas; Etnia Mbyá-Guarani.

Abstract

Introduction: In the last decades there has been a significant growth in information about the epidemiological profile of women's reproductive health, however, there is still a lack of data on the health of Brazilian indigenous women. Little knowledge of the determinants of health and disease of indigenous populations is the main obstacle to the elaboration of public policies aimed at differentiated and specific care, based on SUS precepts, for these women.

Objectives: The aim of this study was to analyze adherence to cytopathological collection and describe the profile of cervical cancer screening tests performed on indigenous Mbyá-Guarani women from the northern coast of Rio Grande do Sul, from 2014 to 2018, with the purpose of better directing and implementing qualification strategies in public policies aimed at the health of indigenous women.

Material and Methods: This is a cross-sectional study with a quantitative approach with a source of data collection, the records of cervical cancer prevention exams present in the Cancer Information System (SISCAN).

Results: A total of 47% adherence to the cytopathological examination was identified, with 29 years being the average age for the examination, 7% of atypical cytopathological and 28% prevalence of *Gardnerella vaginalis*.

Conclusion: The results demonstrate that adherence was below the goal expected by the Ministry of Health, evidencing the need for differentiated actions aimed at populations with greater health vulnerability considering their cultural context.

Keywords (DeCS-BVS): Cervical Cancer; Health of Indigenous Populations; Indigenous Women; Mbyá-Guarani ethnic group.

Lista de abreviaturas

ACO: Anticoncepcional oral

ASC-H: Alterações em Células Escamosas de Origem Indefinida, não podendo excluir lesão de alto grau.

ASCUS: Alterações em Células Escamosas de Origem Indefinida, possivelmente não neoplásica.

ASG: Atipias em Células Glandulares

CCU: Câncer do Colo do Útero

CEC: Células Escamosas Cervicais

DLN: Dentro dos Limites da Normalidade

DNA: Ácido Desoxirribonucleico

IST: Infecção Sexualmente Transmissível

JEC: Junção Escamocolunar

HPV: Papiloma Vírus Humano

HSIL: lesão Intraepitelial de Alto Grau

NCA: Instituto Nacional do Câncer

LSIL: Lesão Intraepitelial de Baixo Grau

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan Americana de Saúde

PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

SIM: Sistema de Informação de Mortalidade

SISCAN: Sistema de Informação do Câncer

SISCOLO: Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SISMAMA: Sistema de Informação do Câncer de Mama

SUMÁRIO

1. REFERENCIAL TEÓRICO	13
1.1 Epidemiologia e políticas públicas de prevenção do câncer de colo do útero	13
1.2. O Câncer do colo do útero.....	15
1.3. Fatores de risco	16
1.3.1 O vírus HPV	16
1.3.2 Risco Socioeconômico e cultural	18
1.3.3 Risco Comportamental.....	19
1.3.4 Risco Hormonal.....	20
1.4. Rastreamento do Câncer do Colo do Útero	21
1.5 O exame preventivo de Papanicolau	22
1.6 O diagnóstico citopatológico	24
1.7 Política de atenção à saúde da população indígena.....	25
1.8. Saúde da mulher indígena	26
1.8. Educação em saúde no contexto indígena	28
2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
3. JUSTIFICATIVA.....	41
4. OBJETIVOS.....	41
4.1. Objetivo Geral	41
4.2. Objetivos Específicos	41
5. ARTIGO CIENTÍFICO REDIGIDO EM PORTUGUÊS.....	42
6. ARTIGO CIENTÍFICO REDIGIDO EM INGLÊS	61
7. CONCLUSÕES.....	79
8. ANEXOS	80

8.1. Informações adicionais	80
8.2. Parecer do Comitê de Ética da UFCSPA	82
8.3. Parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP):	85

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Epidemiologia e políticas públicas de prevenção do câncer de colo do útero

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer do colo do útero é considerado um sério problema de saúde pública, principalmente em países de baixo e médio desenvolvimento. devido a sua alta incidência. Estima-se que em cada ano sejam diagnosticados aproximadamente meio milhão de novos casos e 270 mil óbitos mundialmente, ocupando a quarta posição entre as neoplasias que mais acometem a população feminina ¹.

Para a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS BRASIL)¹, este câncer é a segunda causa de morte na América Latina e Caribe, atingindo mais de 1 milhão de novos casos entre as mulheres anualmente e com a previsão de 32% de aumento até 2030 somente nesta região. No Brasil entre os biênios 2020/2022 há uma estimativa de 16.590 novos casos, ou seja, um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. Em 2017 foi registrado no Brasil um total de 6.385 óbitos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) ^{1,2}.

No estado do Rio Grande do Sul a estimativa prevista para o ano de 2020 é de aproximadamente 720 mil novos casos, uma taxa bruta de 5,83 mulheres somente em Porto Alegre/RS, configurando o quarto tipo de câncer mais comum e o quarto maior causador de morte na população feminina neste Estado ².

Em países desenvolvidos, a detecção precoce e o tratamento efetivo das lesões precursoras desta neoplasia foram responsáveis por uma redução significativa de novos casos entre as mulheres, diferentemente do Brasil que, devido a situação socioeconômica da população, há dificuldade no acesso aos serviços e ações preventivas de rastreamento do câncer do colo do útero ^{3,4}.

O exame preventivo de Papanicolaou foi implantado na América do Norte na década de 1950 e somente em 1984, o Brasil iniciou as primeiras ações de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) do Ministério da Saúde ^{5,6,7}.

Primariamente, este programa tinha como finalidade o planejamento de ações de prevenção, promoção e educação em saúde. Porém, as demandas relativas à gravidez, puerpério e contracepção destacaram-se entre as propostas do Programa, sendo necessário a implantação de um novo programa que tivesse como objetivo a prevenção do câncer do colo do útero em nível nacional ^{6,7}.

Entre os anos de 1997 e 1998 o Ministério da Saúde implantou um projeto piloto, o Viva Mulher, que iniciou as ações de coletas de exames citopatológicos em 124.440 mulheres com idades entre 35 a 49 anos em 6 estados brasileiros, expandindo-se, posteriormente, a toda federação brasileira ⁸.

Nos anos seguintes, as ações de prevenção foram ampliadas com a implantação do Programa Nacional de Combate do Câncer do Colo do Útero através da Portaria GM/MS nº 3.040/98 e por meio da Portaria nº 788/99, a coordenação do programa foi transferida diretamente do Ministério da Saúde para o Instituto Nacional do Câncer (INCA). Para facilitar o monitoramento, estruturação e avaliação de estratégias na mobilização e a captação da população alvo do Programa, o INCA instituiu o uso de uma plataforma web, o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) através da Portaria nº 408/99 ⁹.

Em decorrência do aumento da mortalidade por câncer do colo do útero e da baixa adesão ao exame preventivo, em 2010 o Ministério da Saúde e o INCA lançaram o programa de Fortalecimento da Rede de Prevenção,

Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e de Mama e em 2011 foi publicado a 1ª Edição das Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do câncer do colo de útero ^{10,4}.

Em 2013 o INCA implantou o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), versão da plataforma web que integra o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA), visando a melhoria no monitoramento das coletas dos exames citopatológicos, fortalecimento das ações preventivas, acompanhamento do tratamento e o prognóstico desta neoplasia ou das lesões precursoras ^{11,12}.

No Rio Grande do Sul, o programa de rastreamento do Câncer do colo do útero está inserido dentro da Política Nacional de Atenção Básica do Estado do Rio Grande do Sul, no programa de Saúde da Mulher, que engloba o protocolo de rastreamento e prevenção do câncer de colo do útero de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Um dos objetivos desse protocolo é a amplitude do rastreamento nas populações definidas como alvos e de risco, entre elas as mulheres de maior vulnerabilidade social e com dificuldade ao acesso aos serviços de saúde de atenção básica ⁷.

1.2. O Câncer do colo do útero

O Câncer do colo do útero é uma neoplasia de evolução lenta, caracterizada por alterações nas células intraepiteliais da zona de transformação localizadas no tecido de revestimento da cérvix uterina associada às infecções persistentes pelo papilomavírus humano (HPV). Estas anormalidades celulares podem se desenvolver em diferentes graus cito-histopatológicos, podendo

evoluir para carcinomas de células escamosas cervicais (CEC), adenocarcinomas ou carcinomas adenoescamosos ^{13,14}.

É considerado um câncer de fácil diagnóstico e alto potencial de cura e controle devido a sua progressão lenta que pode ser detectada precocemente no exame preventivo, se realizado periodicamente. Geralmente as lesões pré-cancerígenas são assintomáticas e quando se tornam sintomáticas, já se encontram-se em estágios avançados da doença ^{14,4}.

1.3. Fatores de risco

Segundo o INCA, o principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais precursoras do câncer de colo do útero é a persistência da infecção pelo HPV, porém diversos fatores de risco estão associados ao desenvolvimento, replicação viral e progressão das lesões intraepiteliais cervicais, tais como: baixo nível sócio-econômico-cultural, múltiplos parceiros sexuais, início precoce de relações sexuais, ausência de exames citopatológicos de rotina, tabagismo, imunossupressão, gestação precoce, multiparidade e alterações hormonais ^{15,4}.

1.3.1 O vírus HPV

Estudos demonstram que infecções persistentes pelo HPV , especialmente subtipos oncogênicos, entre eles, o HPV 16 e 18, estão diretamente associadas aos casos de anormalidades citopatológicas ou displasias de diferentes graus ^{16, 17}.

Há mais de 100 subtipos deste vírus já registrados, porém os subtipos 16 e 18, classificados como de alto risco oncogênico, são os que mais prevalecem

no carcinoma cervical invasor, apresentando uma incidência elevada nas infecções encontradas no trato genital feminino. Entretanto, em lesões exofíticas conhecidas como verrugas genitais, condilomas acuminados ou “crista de galo”, predominam os HPV tipos 6 e 11, de baixo risco oncogênico encontrados em cerca de 10% dos casos de lesões de baixo grau do colo do útero ¹⁸.

O HPV é um vírus envelopado tumorigênico pertencente à família Papillomaviridae e gênero Papilomavírus que possui um genoma viral pequeno constituído de aproximadamente 8 mil pares de bases de dupla fita circular de DNA que codificam proteínas virais ¹⁹.

Na fase da infecção viral ativa, o vírus pode penetrar no núcleo de células basais e parabasais do epitélio escamoso da junção escamocolunar da cévix uterina durante a fase de diferenciação celular, integrando-se ao genoma da célula hospedeira e produzindo partículas virais completas, os episomas virais, ao mesmo tempo em que distribui seu genoma às células filhas do hospedeiro com o auxílio de oncoproteínas virais produzidas a partir da expressão dos genes E1, E2, E4, E5, L1 e L2 e responsáveis pela replicação do DNA viral e controle da transcrição ^{16, 20, 21}.

A patogenicidade viral, o desenvolvimento de displasias e a transformação de células “sadias” em células cancerosas dependem principalmente da atividade desregulada de proteínas virais. Embora múltiplos fatores estejam associados ao controle da expressão gênica do HPV, tais como: genótipo do vírus, tropismo pela célula hospedeira, hormônios e a imunidade do hospedeiro, a capacidade do vírus de causar infecção e desenvolver neoplasias também está correlacionada com a expressão desregulada das proteínas virais de alto risco E6 e E7 em ambientes epiteliais específicos ²².

O tempo do início da replicação viral até o aparecimento de algum sintoma de infecção é altamente variável, pois o vírus é dependente da diferenciação completa dos queratinócitos. Pode levar semanas ou anos para o desenvolvimento de alguma infecção pelo vírus, sendo assintomática na maioria dos casos, portanto, nenhuma infecção ocorre na maior parte do ciclo do HPV²³.

A transmissão do vírus ocorre preferencialmente pelo contato sexual, incluindo sexo oral, porém como o vírus possui a capacidade de se instalar na pele em regiões como virilha, coxas e ao redor dos órgãos genitais, o contágio pode ocorrer também por via não sexual²⁴.

1.3.2 Risco Socioeconômico e cultural

Muitas mulheres ainda desconhecem a importância da realização periódica do exame preventivo do câncer do colo do útero devido a escassez de informações e dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Estudos demonstram que em países desenvolvidos houve uma queda significativa na incidência e mortalidade em decorrência desta neoplasia^{25,26}.

Entretanto, nos países com níveis socioeconômicos mais baixos observa-se o difícil acesso aos serviços de rastreamento e o ineficaz direcionamento das mulheres em situação de vulnerabilidade social e cultural^{25,26}.

A dificuldade de adesão à realização periódica dos exames de rastreamento, bem como, a falta de compreensão da mulher sobre a importância da realização do mesmo, está intrinsecamente associada à baixa escolaridade. Com isso, as mulheres tornam-se mais suscetíveis a adquirir alguma IST, aumentando os riscos de desenvolvimento do câncer²⁷.

Além disso, é de suma importância a inclusão de práticas de educação em saúde que incluam as crenças indígenas. Esta abordagem diferenciada reforça o elo entre o profissional de saúde e as mulheres, principalmente as que se encontram em maior vulnerabilidade social em decorrência de suas especificidades culturais ²⁸.

1.3.3 Risco Comportamental

Dentre os fatores comportamentais que aumentam os riscos de infecção pelo HPV incluem-se múltiplos parceiros sexuais, início precoce de relações sexuais, ausência de exames citopatológicos de rotina e tabagismo. Mulheres em idade reprodutiva e que se encontram sexualmente ativas possuem maior risco de contrair o vírus ou outras ISTs devido ao comprometimento da mucosa vaginal causado por abrasão ou micro alterações ulcerativas no tecido epitelial da cérvix uterina ^{29,14,30}.

Quanto mais jovem a mulher tem sua primeira relação sexual, mais cedo ela terá contato com os diferentes subtipos de HPV, aumentando em três vezes a chance de desenvolvimento de infecções persistentes pelo vírus no epitélio da zona de transformação da mucosa cervical até a progressão de alterações celulares ou neoplasia cervical ^{14,31}.

Um estudo publicado por Less e *co/s*. ³² mostrou uma incidência de neoplasia cervical de 0,1 por 100.000 em mulheres abaixo dos 20 anos de idade, indicando que o rastreamento de lesões nesta faixa etária é ineficaz. Entretanto, mulheres nas faixas etárias dos 21 aos 24 anos de idade tiveram uma prevalência alta de infecção persistente pelo HPV, aproximadamente 44%, desenvolvendo maiores riscos progressão de alterações celulares ao longo dos anos ³².

O risco de desenvolver o câncer do colo do útero em mulheres fumantes eleva-se ao dobro quando comparado às mulheres não-fumantes devido ao contato frequente às substâncias cancerígenas e subprodutos presentes no tabaco que penetram na mucosa vaginal causando alterações celulares ³¹.

1.3.4 Risco Hormonal

Segundo a Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC) o uso de anticoncepcionais orais (ACO) combinados aumentam o risco de carcinogênese do vírus HPV. Estudo publicado por Roura *et al.* ³³ demonstrou uma associação significativa entre mulheres em uso de hormônios exógenos e o risco de desenvolvimento de lesão intraepitelial de alto grau e/ou câncer do colo do útero, bem como, a diminuição deste risco nas pacientes que cessaram o uso de ACO ³³.

O uso prolongado de ACO a base de estrogênios e progesterona podem interferir na defesa do organismo contra a infecção pelo HPV em decorrência da interação com a progesterona. Estes hormônios, quando combinados, influenciam a expressão dos subtipos oncogênicos do HPV, induzindo o aumento da replicação viral e consequentemente a capacidade carcinogênica do vírus devido a alterações celulares da JEC ^{34,35,33}.

Múltiparas, ou seja, mulheres que tiveram mais de duas gestações, possuem de três a cinco vezes um risco maior de desenvolver anormalidades celulares do epitélio cervical pelos HPV oncogênicos 16 e 18, como demonstrado no estudo Anggraini *et al.* ³⁶. As células do tecido epitelial do colo do útero sofrem alterações em decorrência das alterações hormonais e persistência de

processos inflamatórios cervicais crônicos ocorridos concomitantes às múltiplas gestações, elevando a patogenicidade do vírus HPV ³⁶.

1.4. Rastreamento do Câncer do Colo do Útero

O rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil faz parte do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, criado em 1998, desenvolvido com o intuito de auxiliar na detecção precoce, prevenção, controle da doença, assistência à paciente, bem como, a redução de sua incidência e mortalidade. O programa possui como objetivos a cobertura efetiva da população de risco, a qualidade da coleta, interpretação do material, tratamento e acompanhamento adequado ¹¹.

Segundo as políticas de prevenção do Câncer do Colo Uterino e do Plano de Ações Estratégicas do Ministério da Saúde, espera-se obter anualmente a abrangência de 85% de adesão ao exame de rastreamento, focando nas populações vulneráveis e de maior risco para o desenvolvimento desta neoplasia, tais como, as mulheres indígenas ^{59, 4, 27}.

Segundo um estudo publicado por Ribeiro *et al* ⁶⁰, no ano de 2015 foram registrados no SISCOLO Nacional 6.974,887 exames citopatológicos, atingindo 53,1% da população alvo preconizada pelo Ministério da Saúde, ou seja, mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de idade ⁶⁰

O rastreamento do câncer do colo do útero pode ser realizado através do exame de Papanicolaou, sendo o método mais eficaz para a detecção de alterações celulares e lesões pré-malignas em decorrência do baixo custo, rapidez e fácil acesso. ³⁷.

A idade preconizada para a realização do exame de Papanicolaou é a partir dos 25 de idade, em mulheres sexualmente ativas. A periodicidade é anual ocorre nos dois primeiros exames e se não houver alterações, as próximas coletas podem ser realizadas a cada três anos. O rastreamento segue assim até os 64 anos de idade. O rastreio abaixo dos 25 anos se mostrou ineficaz à baixa incidência de câncer de colo do útero em mulheres jovens, em decorrência da evolução lenta da doença ⁴.

A vacina contra cepas oncogênicas do HPV tem se mostrado eficaz na prevenção do câncer do colo do útero. Disponível nos Estados Unidos desde 2006, a vacinação pode atingir 90% de prevenção de neoplasia cervical quando administradas nas idades preconizadas, ou seja, em adolescentes que ainda não tiveram contato sexual com nenhum subtipo do vírus HPV ³⁸.

Segundo o Ministério da Saúde, devem ser vacinados contra o HPV meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. A imunização consiste na aplicação de duas doses, sendo a segunda dose aplicada seis meses após a primeira. Populações de risco, tais como: pessoas de 9 a 26 anos imunodeficientes; transplantados; oncológicos e meninas ou meninos que chegaram aos 15 anos sem completas as duas doses, também devem ser vacinadas. A meta do governo federal é vacinar 80% dos adolescentes anualmente ³⁹.

1.5 O exame preventivo de Papanicolau

O exame citopatológico de Papanicolaou é classificado de acordo com a adequabilidade da amostra coletada. Na amostra satisfatória, o material coletado dever apresentar células escamosas e endocervicais e/ou metaplásicas em

quantidades significativas e bem distribuídas para a leitura e diagnóstico. As alterações morfológicas celulares detectadas na lâminas são classificadas conforme a nomenclatura do Sistema de Bethesda ⁴.

É classificado como um método simples, rápido e barato utilizado no rastreamento e detecção de alterações no epitélio cervical e lesões precursoras do câncer, sendo, portanto, a melhor estratégia para reduzir a morbimortalidade entre as mulheres ⁴.

A técnica de Papanicolaou consiste na remoção mecânica de células descamadas do conteúdo vaginal da região da ectocérvice, com auxílio da espátula de Ayre e da região da endocérvice e JEC, com uma escova endocervical. Na JEC, os epitélios colunar (endocérvice) e escamoso (ectocérvice) unem-se e formam o ponto de maior incidência do HPV. Por este motivo é importante que o material da JEC seja coletado durante o exame de Papanicolaou para que sejam diagnosticadas as alterações celulares ⁴⁰.

O material coletado é espalhado de maneira uniforme em uma lâmina de microscopia previamente identificada e posteriormente fixada com spray fixador. Após a coloração de Papanicolaou, o material cervicovaginal é analisado em microscopia, possibilitando assim a avaliação citológica e a classificação do grau de displasia celular ⁴¹.

Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde ¹¹ a coleta do material para o exame citopatológico deve ser realizado por profissionais preparados e treinados, seguindo todas as etapas de modo adequado, para que assim, seja possível obter resultados fidedignos no diagnóstico, com o mínimo de amostras insatisfatórias para análise citopatológica. Esse exame não detecta o vírus HPV e sim as alterações

celulares no tecido epitelial do colo do útero, portanto, sendo indicado na rotina de rastreamento para o câncer do colo do útero e lesões precursoras^{11,42}.

A detecção precoce de lesões intraepiteliais se torna imprescindível para o prognóstico de cura e aumento de sobrevida das pacientes, porém, muitas mulheres ainda não realizam o exame com a periodicidade recomendada ou buscam assistência somente quando apresentam algum sinal ou sintoma, diminuindo assim, a chance de sucesso no tratamento⁴³.

Compete aos profissionais de saúde a orientação sobre a importância da realização periódica do exame preventivo independentemente da idade e dos fatores de risco, pois a sua realização auxilia no diagnóstico e tratamento precoce reduzindo drasticamente a mortalidade por esta neoplasia^{44,45}.

1.6 O diagnóstico citopatológico

A classificação citológica cérvico-vaginal adotada pelo Sistema Único de Saúde desde junho de 2006 faz parte do conjunto de nomenclaturas do Sistema Bethesda que classifica as anormalidades da morfologia do epitélio cervical em^{46,47}:

Epitélio escamoso:

- Células atípicas de significado indeterminado: ASC-US, possivelmente não neoplásica; e ASC-H, sem possibilidade diagnóstica de lesão intraepitelial de alto grau;
- LSIL, Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau; e HSIL, Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau.
- Carcinoma invasor de células escamosas.

Epitélio Grandular:

- AGC: possivelmente não neoplásica e AGC não podendo afastar lesão de alto grau;
- AIS, adenocarcinoma in situ e adenocarcinoma invasor.

Complementarmente, após o exame citológico, outros métodos podem ser utilizados para o diagnóstico de lesões no epitélio cervical, tais como a colposcopia e o exame anatomopatológico (técnica padrão ouro de diagnóstico ^{16,4}.

O diagnóstico precoce de lesões intraepiteliais na fase assintomática diminui consideravelmente a ocorrência de lesões escamosas intraepiteliais de alto grau até casos de carcinoma cervical ^{48,16}.

1.7 Política de atenção à saúde da população indígena

A implantação de uma política voltada à saúde das populações indígenas com o apoio da OMS e da OPAS surgiu devido a necessidade de mudança na assistência à saúde, educação, direitos à terra, direitos econômicos e proteção étnica e cultural ⁴⁹.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena (PNASPI) formulada no ano 1983 e aprovada em 2002, trouxe o reconhecimento da importância da diversidade cultural dos povos indígenas, seus direitos e o acesso universal à saúde através da criação de um subsistema único de saúde vinculado ao SUS ⁵⁰.

As políticas públicas voltadas às populações indígenas têm o objetivo de garantir aos povos indígenas acesso à atenção integral à saúde, contemplando sua diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política ⁵⁰.

Diante de muitas reivindicações por mudanças no âmbito de atenção à saúde indígena no Brasil, a Constituição Federal de 1988, além de criar o Sistema Único de Saúde, estabeleceu a inclusão do indígena como sujeito de direito civil. Assegurou-lhes direito à terra, atenção e respeito voltado às suas diferenças etnoculturais e à garantia de atenção integral e específica na saúde ⁴⁹.

Esta política, portanto, caracteriza-se por complementar a saúde indígena no âmbito do SUS através de um modelo diferenciado de assistência à saúde que aborde suas especificidades culturais e étnicas, através de ações de prevenção de doenças, cuidados de saúde, acompanhamento das condições alimentares e nutricionais, bem como, a educação em saúde, entre outras ações que contribuam para a proteção promoção e recuperação das populações indígenas no Brasil ^{50,49}.

1.8. Saúde da mulher indígena

A diversidade cultural entre as populações indígenas reflete diretamente no comportamento e personalidade feminina no anseio da comunidade. A diferença de gênero em uma cultura indígena vai muito além da diferença de sexos, pois exige o entendimento além da sexualidade, diferenças biológicas, comportamentais e sociais no contexto da comunidade, buscando formas de contextualizar o tempo e o espaço em diferentes formas de percepção ⁵¹.

A necessidade de um atendimento diferenciado a saúde das mulheres indígenas surgiu devido a sua maior vulnerabilidade aos agravos à saúde ,aumento da exposição das mesmas às ISTs, precocidade no período reprodutivo e a sua particular situação sociocultural ⁵².

Cerca de 28% da população feminina indígena do Brasil foi diagnosticada com câncer cervical entre os anos de 2005 e 2015, apresentando piores desfechos quando comparadas à população não indígena. Mudanças sociais e comportamentais podem ser considerados fatores para o aumento do risco dessa população ⁵³.

O ritual de puberdade da menina indígena se inicia na menarca e está intrinsecamente ligado à reprodução feminina. Apesar da importância da mulher indígena no papel de liderança família e no ensinamento da cultura, a mesma ainda é discriminada, desvalorizada e vulnerável dentro da comunidade ^{54,55}.

Na cultura indígena, a menina que já teve sua primeira menstruação está “pronta” para casar e ter filhos. A fase da adolescência é inexistente, isso faz com que sua vida sexual se inicie, muitas vezes, aos 10 a 12 anos de idade, incluindo parceiros não indígenas ⁵⁴.

O estudo epidemiológico de Rodrigues *et al.* ⁵⁶, com mulheres indígenas do Paraná demonstrou alta prevalência de infecção pelo HPV de tipos oncogênicos em mulheres com idade abaixo de 30 anos. Aproximadamente 30% da população estudada apresentou infecção pelo HPV e cerca em de 50% foram encontradas atipias de significado indeterminado, LSIL e HSIL ⁵⁶.

Apesar da existência de diretrizes apresentadas pelo Ministério da Saúde que destacam a importância da realização de ações para a prevenção e tratamento do câncer do colo do útero em mulheres indígenas ainda são escassos dados epidemiológicos e estudos sobre incidência desse câncer nas populações indígenas ⁵⁷.

A vulnerabilidade das mulheres indígenas associa-se à sua maior exposição aos fatores de risco para a infecção pelo HPV, tais como o início precoce da atividade sexual, multiparidade e a prevalência de ISTs, ⁵⁷.

Um estudo publicado por Pereira *et al.* ⁵² correlaciona a elevada prevalência de lesões cervicais e o câncer do colo do útero nas mulheres indígenas com o escasso acesso à informação e à realização de exames preventivos ⁵².

Assim, salienta-se a necessidade de contemplar suas particularidades sociais e características demográficas para o desenvolvimento dos serviços de saúde visando a equidade e integralidade assistencial ²⁸.

1.8. Educação em saúde no contexto indígena

As ações de promoção à saúde surgiram como estratégias de produção de saúde com o âmbito de articular condutas que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde, incluindo os povos indígenas ⁵⁰.

Assim, a educação em saúde se torna uma ferramenta importante para a conscientização das mulheres indígenas em relação à prevenção do câncer do colo do útero, seus riscos e a busca de um tratamento especializado, ajudando a identificar os obstáculos culturais frente a percepção indígena do processo saúde e doença ⁵³.

Nesse contexto, conhecer as tradições indígenas das mulheres relacionadas ao cuidado do seu corpo, uso de ervas e regras sexuais se torna um fator relevante para a atuação do profissional na educação em saúde e promoção de estratégias para prevenção de ISTs nessa população ⁵².

Para Langdon ⁵⁸, o entendimento de saúde ultrapassa o olhar médico e biológico. As relações socioculturais e a participação do indivíduo na comunidade contribuem para a construção dos diferentes conceitos de saúde/doença e nas intervenções terapêuticas utilizadas para enfrentar enfermidades, reais ou não, que afetam o seu bem estar ⁵⁸.

2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PAHO/World Health Organization. Comprehensive cervical cancer control: guide to essential practice. 2. ed. Geneva: WHO; 2018 [acesso em 2019 dez 20].

Disponível

em:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/en/>» <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/en/>

2. MS/INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. – Rio de Janeiro/Brasil. 2019.

[Internet] (Acesso Jan 2020). Available from:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>

3. Rico AM; Iriart JABM. “Tem mulher, tem preventivo”: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. Cadernos de saúde pública. 2013;29(9):1763-1773.

4. MS/INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Divisão e Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. 2016; 2. ed. Rev. atual. [Internet].

(Acesso Dez 2019). Available from:

http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero_2016.pdf

5. Corrêa DA, Villela WV. O controle do câncer do colo do útero: desafios para a implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2008;8(4): 491-497.
6. Gonçalves JG, Siqueira ASE, Rocha IGA, Lima EFF, Alves LS, Silva BO, Mendonça PEX, Merhy EE, Land MGP. Evolução histórica das políticas para o controle do câncer de mama no Brasil. *Diversitates International Journal.* 2016;8(1).
7. Ministério da Saúde/Brasil. Protocolos de Atenção Básica - Saúde das Mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília/Brasil. 2016. 230 p.:il. [internet]. (Acesso Dez 2019). *Available from:* http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf
8. MS/INCA - Instituto Nacional do Câncer. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Viva Mulher Câncer do colo do Útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro/Brasil. 2002. 78p.:il. [Internet]. (Acesso Dez 2019). *Available from:* http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_mulher.pdf
9. MS/INCA - Instituto Nacional do Câncer/Ministério da Saúde. Abc Do Câncer – Abordagens básicas para o Controle do Câncer. Rio de Janeiro/Brasil. 2011. 128 p.:il. [Internet]. (Acesso Dez 2019). *Available from:*

https://edisiplinas.usp.br/pluginfile.php/4279235/mod_resource/content/1/abc_do_cancer.pdf

10. Thuler LCS. Câncer do Colo do Útero no Brasil: Estado da Arte. Revista Brasileira de Cancerologia. 2012;58(3):321-337.

11. Ministério da Saúde/Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica - Controle dos cânceres do colo do Útero e de Mama – 2. ed. – Brasília/Brasil. 2013;13(2):124p.:il. [Internet]. (Acesso Dez 2019). Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf.

12. MS/INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva . Ministério da Saúde. Sistema de informação do câncer: manual preliminar para apoio à implantação. Rio de Janeiro/Brasil. 2013. 143 p.:il. [Internet]. (Acesso Dez 2019). Available from: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-da-mulher/siscan/7171-manual-preliminar-siscan/file>

13. Waggoner AE. Cervical Cancer. The Lancet. 2003;361: 2217-25.

14. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. The Lancet. 2007; 370:890-907.

15. Pinto VFC, Barbosa VFC, Paiva SG. Aspectos epidemiológicos e citológicos de infecções pelo Papilomavírus Humano (HPV) em adolescentes: uma revisão. *Revista Científica do Itpac*. 2012;5(4): 4.
16. Leto MGP, Porro AM, dos Santos Jr. GF, Tomimori J. Infecção pelo Papilomavírus Humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2011;86(2):306-17.
17. Mochicki AB, Schiffman M, Franceschi S. The Natural History of Human Papillomaviru Infection in Relation to Cervical Cancer. In: *Human Papillomavirus*. Academic Press. 2020: 149-160
18. Nakagawa JTT, Schirmer J, Barbieri M. Vírus HPV e CâncerDo Colo do Útero. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010;63(2): 307-311.
19. Rosa MI, Medeiros LR, Rosa DD, Bozzeti MCS, Fábio R, Silva BR. Papilomavírus Humano e neoplasia cervical. *Caderno de Saúde Pública*. 2009;25(5):953-964.
20. Ferraz LC, Santos ABR, Discacciati MG. Ciclo celular, HPV e evolução da neoplasia intraepitelial cervical: seleção de marcadores biológicos. *Journal Of The Health Sciences Institute*. 2012;30(2):107-11.
21. Bravo IG, Sánchez MF. Papillomaviruses: Viral Evolution, Cancer and Evolutionary Medicine. *Evolution, Medicine and Public Health*; 2015;1: 32–5.

22. Egawa N, Egawa K, Griffin H, Doorbar J. Human Papillomaviruses; epithelial tropisms, and the development of neoplasia. *Viruses*; 2015;7(7): 3863-3890.
23. Stanley MA. Epithelial cell responses to infection with Human Papillomavirus. *Clinical Microbiology Reviews*. 2012;25(2): 215-222.
24. Almeida VC. Infecção pelo HPV e a Gênese do Câncer de Colo de Útero. *Revista Brasileira de Análise Clínica*. 2011;39(2): 151-157.
25. Almeida MM, Machado LBSF, Da Silva FWT, Lobo LMGA, Dos Santos TS, Pessoa RMC. Prevenção e diagnóstico das neoplasias do colo do útero: uma revisão de literatura. *ReonFacema*. 2016;2(2): 202-206.
26. Tsuchiya CT, Lawrence T, Klen MS, Fernandes RA, Alves MR. O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher. *J. Bras Econ Saúde*. 2017;9(1): 137-47.
27. Silva MAS, Teixeira EMB, Ferrari RAP, Cestari MEW, Cardelli AAM. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolaou. *Rev. Rene*. 2015;16(4): 532-9.
28. Costa FAS, Catanio PAG, Aragão AEA, Ponte HMS, Fardin FP, Araújo LM. Práticas populares em saúde indígena e integração entre o saber científico e popular: revisão integrativa. *SANARE*. 2016;15(2): 112-19.

29. Bezerra SJS, Gonçalves PC, Franco ES, Pinheiro AKB. Perfil das mulheres portadoras de Lesões Cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para Câncer de Colo Uterino. *DST – J. Bras, Doenças Sex Transm.* 2005;17(2): 143-148.
30. Girianelli VR, Gamarra CJ, Silva GAE. Os Grandes contrastes na mortalidade por câncer do Colo uterino e de Mama no Brasil. *Revista de Saúde Pública.* 2014;48(3):459-467.
31. Kessler TA. Cervical Cancer: Prevention and Early Detection, *Seminars in Oncology Nursing.* 2017;33(2): 172-183.
32. Lees BF, Erickson BK, Huh WK. Cervical cancer screening evidence behind the guidelines. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2016;214(4): 438-443.
33. Roura E, Travier N, Waterboer T, de Sanjosés, Bosch FX, et al. The influence of hormonal factors on the risk of developing cervical cancer and pre-cancer: results from the EPIC Cohort. *PLOS ONE.* 2016;11(3): e0151427.
34. Rinaldi S, Plummer M, Biessy C, Castellsague X, Overvad K, Kruger KD, et al. Endogenous sex steroids and risk of cervical carcinoma: results from the EPIC study. *Cancer Epidemiol Biomarker Prev.* 2011;20: 2532-40.
35. Gadducci A, Barsotti C, Cosio S, Domenici L, Riccardo GA. Smoking habit, immune suppression, oral contraceptive use, and hormone replacement therapy

use and cervical carcinogenesis: a review of the literature. *Gynecol Endocrinol.* 2011;27: 597-604.

36. Anggraini DR, Feriyawati L, Fitrie AA, Ginting RNA. Pap smear cytology and identification of Human Papillomavirus (HPV) and type 16 and 18 in multiparity woman at Aviati Clinic Bulan Medan. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science.* IOP Publishing. 2018: 012196.

37. Tsikouras P, Zervoudis S, Manav B, Tomara E, Iatrakis G, Romanidis C, Bothou A, Galazios G. Cervical cancer: screening, diagnosis and staging. *Jbuon,* 2016;21(2): 320-5.

38. Silver MI, Kobrin S. Exacerbating disparities?: Cervical cancer screening and HPV vaccination. *Preventive medicine.* 2020;130:105902.

39. Ministério da Saúde/Brasil. Nota Informativa Nº 311 de 2016/CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Informa as mudanças no calendário nacional de vacinação para o ano de 2017. Brasília/Brasil. 2016. [Internet]. (Acesso Dez 2019). Available from: <https://sbim.org.br/images/files/nota-informativa-311.pdf>.

40. Bringhenti MEZ, Dozza TG, Dozza TG, Martins TR, Bazzo ML. Prevenção do Câncer Cervical: Associação da Citologia Oncótica a novas técnicas de Biologia Molecular na detecção do Papilomavírus Humano (HPV). *DST-J. Bras. De Doenças Sexualmente Transmissíveis.* 2010; 22(3): 140-140.

41. Stival CO, Lazzarotto M, Rodrigues YB, Vargas VRA. Avaliação comparativa da citopatologia positiva, colposcopia e histopatologia: destacando a citopatologia como método de rastreamento do câncer do Colo do Útero. *Revista Brasileira Análise Clínica*. 2005;37(4): 215-218.
42. Silva DSM, Silva AMN, Brito LMO, Gomes SGL, Nascimento MDSB. Chein MBCC. "Rastreamento do Câncer do Colo do Útero no Estado do Maranhão, Brasil". *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(4): 1163-1170.
43. Medeiros T, Farias MCAD, Souza AKA, Abreu RMSX, Maracajá PB. Conhecimento e percepção de mulheres quanto ao exame preventivo para o Câncer de Colo do Útero. *Revista Brasileira de Educação em Saúde*. 2015;5(4): 09-16.
44. Queiroz AMA, Cano MAT, Zaia JE. O Papiloma Vírus Humano (HPV) em mulheres atendidas pelo SUS na cidade de Patos de Minas – MG. *Revista Brasileira de Análise Clínica*. 2007;39(2): 151-157.
45. Zerlotti LB, Freitas MR, Ribeiro M, Abreu MCM, Oliveira CJF, Rodrigues WF, Miguel CB, Paludo RLR. Epidemiologia de exames e mortalidade presuntivos à infecção pelo papiloma vírus humano. *RBAC*. 2018;50(2): 124-9.
46. Derchain SFM, Filho ALS, Kari J. Neoplasia Intra-Epitelial Cervical: diagnóstico e tratamento Cervical, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2005;27(7): 425-33.

47. Libera LSD, Alves GNS, De Souza HG; Carvalho MAS. Avaliação da Infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) em exames citopatológicos. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*. 2016;48(2):138-43.
48. Ho GY, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural history of cervicovaginal Papillomavirus infection in young women. *The new england journal of medicine*. 1998;338: 423-428.
49. Garnelo L, Pontes ALM. Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Ministério da Educação; 2012.
50. Ministério da Saúde./Brasil. Departamento de Saúde Indígena, Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília/Brasil - 2002 [Internet]. (Acesso Maio 2018). *Available from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/politica_saude_indigena.pdf*.
51. Grubits S, Harris ID, Pedroso MP. Mulheres Indígenas: Poder e Tradição; Psicologia em estudo. 2005;10(3): 363-372.
52. Pereira ER, Oliveira LSS, Ito LC, da Silva LM; Schmitz MJM, Pagliaro H. Saúde sexual, reprodutiva e aspectos socioculturais de mulheres indígenas. *Revista brasileira de Promoção à Saúde*. 2014;27(4): 445-454.

53. Aguiar Jr. PN, Stok GT, Lopes Jr. GL, Almeida MS, Tadokoro H, Gutierrezmn BDS, Rodrigues DA. Disparidades na Epidemiologia e no Tratamento de Câncer Nas Populações Indígenas Brasileiras. *Revista Einstein*. 2016;14(3): 330-337.

54. Azevedo MAP, Adorno RCF. Juventude e reprodução entre os Guarani-Mbyá da Aldeia Morro Da Saudade na Periferia da Cidade de São Paulo. Marcos Augusto P. de Azevedo, et al. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2007;17(2):64-73.

55. Amado M, Bourlegat AM, Aguilera CALU. Empoderamento da mulher Kaiowa e Guarani na luta pelo reconhecimento dos direitos indígenas e identidade étnico-cultural. *Polis. Revista Latinoamericana*. 2019;54.

56. Rodrigues DA, Pereira ERRO, Souza LS, Speck NMG, Gimeno SGA. Prevalência de atipias citológicas e infecção pelo Papilomavírus Humano de alto risco em mulheres indígenas Panará, Povo Indígena do Brasil Central. *Caderno de Saúde Pública*. 2014;30(12):2587-2593.

57. Solé Pla MA, Corrêa FM, Claro IB, Da Silva MAF, Dias MBK, Bortolon PC. Análise descritiva do perfil dos exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres indígenas e não indígenas no Brasil 2008-2011. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2012;58(3): 461-469.

58. Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas em saúde indígena. *Ciênc. saúde coletiva* . 2014; 9(4):

1019-29. [Internet].(Acesso Nov 2019). *Available from:*
[1029http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.22302013.](http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.22302013)

59. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 – 2011 [Internet]. [Acesso Nov 2019]. *Available from*
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

60. Ribeiro CM, Silva GA. Avaliação da produção de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde do Brasil em 2015. Epidemiol. Serv. Saúde. 2018; 27(1):e20172124.

3. JUSTIFICATIVA

Devido à alta incidência do câncer de colo do útero em países que predominam níveis socioeconômicos baixos, carência educacional e diversidade cultural, como no caso do Brasil, bem como a carência de estudos em populações indígenas, propomos analisar a incidência de adesão ao exame de rastreamento do Câncer do colo do útero por mulheres indígenas e a frequência de lesões cervicais e ISTs nestas populações.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Analisar a adesão à coleta citopatológica para realização do exame de rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres indígenas e estudar o perfil dos exames de Papanicolaou no aspecto microbiológico e celular.

4.2. Objetivos Específicos

- Contribuir para o melhor direcionamento e implementação de estratégias nas ações de saúde indígena;
- Contribuir na qualificação das Políticas Públicas voltadas à saúde das mulheres indígena.

5. ARTIGO CIENTÍFICO REDIGIDO EM PORTUGUÊS

Título: Rastreamento do câncer do colo uterino em mulheres indígenas Mbyá-Guarani

Léia Gonchoroski Machado

Aniúsca Vieira dos Santos

Giovana Tavares dos Santos

Claudia Giuliano Bica

Enviado para publicação na Revista “Sanare - Revista de Políticas Públicas”

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar a adesão à coleta citopatológica e descrever o perfil dos exames de rastreamento do câncer do colo uterino realizados em mulheres indígenas Mbyá-Guarani do litoral norte do Rio Grande do Sul, no período de 2014 a 2018, com a finalidade de qualificar e direcionar a implementação de estratégias em saúde nas políticas públicas voltadas à mulher indígena. Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, com captação de dados a partir dos registros dos exames de prevenção de câncer do colo uterino presentes no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). Foram incluídas 113 mulheres Mbyá-Guarani, com idades entre 10 a 69 anos. A adesão à realização do exame citopatológico foi de 47% no período de 5 anos, com média etária de 29 anos. Em relação ao perfil citopatológico, 7% apresentaram alterações cervicais e 28% *Gardnerella vaginalis*. Os resultados demonstram que a adesão ficou abaixo da meta de 85% esperada pelo Ministério da Saúde, evidenciando a necessidade de políticas públicas diferenciadas voltadas às populações de maior vulnerabilidade de saúde considerando seu contexto cultural.

Palavras-chaves (DeCS-BVS): Câncer de Colo Uterino; Saúde das Populações Indígenas; Mulheres Indígenas; Etnia Mbyá-Guarani.

Abstract

The aim of this study was to analyze adherence to cytopathological collection and to describe the profile of cervical cancer screening tests performed on indigenous Mbyá-Guarani women from the north coast of Rio Grande do Sul, from 2014 to 2018, with the purpose of to qualify and direct the implementation of health

strategies in public policies aimed at indigenous women. This is a cross-sectional study with a quantitative approach, capturing data from the records of cervical cancer prevention exams present in the Cancer Information System (SISCAN). We included 113 Mbyá-Guarani women, aged 10 to 69 years. Compliance with the cytopathological examination was 47% over 5 years, with a mean age of 29 years. Regarding the cytopathological profile, 7% had cervical alterations and 28% *Gardnerella vaginalis*. The results show that adherence was below the 85% target expected by the Ministry of Health, highlighting the need for differentiated public policies aimed at populations with greater health vulnerability considering their cultural context.

Keywords (DeCS-BVS): Uterine Cervical Cancer; Health of Indigenous Populations; Indigenous women; Mbyá-Guarani ethnicity.

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar la adherencia a la colección citopatológica y describir el perfil de las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino realizadas en mujeres indígenas Mbyá-Guaraníes de la costa norte de Rio Grande do Sul, de 2014 a 2018, con el propósito de calificar y dirigir la implementación de estrategias de salud en políticas públicas dirigidas a mujeres indígenas. Este es un estudio transversal con un enfoque cuantitativo, que captura datos de los registros de los exámenes de prevención del cáncer de cuello uterino presentes en el Sistema de Información del Cáncer (SISCAN). Incluimos a 113 mujeres mbyá-guaraníes, de 10 a 69 años. La adherencia al examen citopatológico fue del 47% en 5 años, con una edad media de 29 años. En cuanto al perfil citopatológico, el 7% tenía alteraciones cervicales y el 28%

Gardnerella vaginalis. Los resultados muestran que la adherencia estaba por debajo del objetivo del 85% esperado por el Ministerio de Salud, destacando la necesidad de políticas públicas diferenciadas dirigidas a las poblaciones con mayor vulnerabilidad a la salud considerando su contexto cultural.

Palabras clave (DeCS-BVS): Câncer Cervical Uterino; Salud de las poblaciones indígenas; Mujeres indígenas; Etnia Mbyá-Guaraní.

Introdução

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos aprovada em 2002 caracteriza-se por complementar a saúde indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através de um modelo diferenciado de assistência à saúde que aborde suas especificidades culturais e étnicas, através de ações de prevenção de doenças, cuidados de saúde, acompanhamento das condições alimentares e nutricionais, bem como, educação em saúde, entre outras ações que contribuam para a proteção promoção e recuperação das populações indígenas no Brasil¹.

Entretanto, apesar da existência da regulamentação acima citada e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2011) com o objetivo a redução de morbidades e a mortalidade da população feminina, observa-se a necessidade de ampliar e qualificar as ações de assistência e promoção à saúde voltadas às mulheres indígenas e sua particularidade étnico cultural².

Conforme Aguiar e cols (2016), a incidência do câncer do colo uterino e de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) aumenta anualmente em populações indígenas. Destacam-se entre os fatores de risco que favorecem à maior exposição e disseminação das IST's e do Câncer do Colo Uterino nas populações indígenas: o povoamento indígena próximos a áreas urbana, início

da vida sexual precoce, múltiplos parceiros, multiparidade, escassez de informações sobre prevenção e cuidado, fator cultural e social e a dificuldade de acesso à saúde. Com isso, inclui-se essas populações entre as de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento destas doenças^{3, 4}.

O exame citopatológico é o principal método para o rastreamento do Câncer do Colo Uterino pois é através deste exame que as lesões são diagnosticadas logo no início, possibilitando o tratamento precoce e melhor prognóstico para a paciente. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) esse exame deve ser realizado periodicamente a cada três anos, por mulheres sexualmente ativas, e após dois exames anuais consecutivos com resultados negativos para lesões precursoras, pois a doença pode ser assintomática no início e de rápida progressão^{2,5}.

Segundo as políticas de prevenção do Câncer do Colo Uterino e ISTs e do Plano de ações estratégicas, espera-se obter a abrangência de 85% de adesão, focando nas populações vulneráveis e de maior risco para o desenvolvimento destas doenças, tais como as mulheres indígenas, pois, um dos objetivos é a redução da mortalidade e das altas taxas de incidência desta neoplasia^{6,7,8}.

Nas últimas décadas houve um crescimento significativo em informações sobre o perfil epidemiológico da saúde reprodutiva das mulheres, porém, ainda há escassez de dados sobre a saúde da mulher indígena brasileira. O pouco conhecimento dos determinantes saúde e doença das populações indígenas é o principal obstáculo para a elaboração de políticas voltadas à um cuidado diferenciado e específico, baseados nos preceitos do SUS, à estas mulheres^{8,9,10}.

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo analisar a adesão à coleta citopatológica e descrever o perfil dos exames de rastreamento do câncer do colo uterino realizados em mulheres indígenas Mbyá-Guarani do litoral norte do Rio Grande do Sul, no que se refere a adesão, para melhor direcionar e implementação de estratégias de qualificação nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher indígena.

Metodologia

Estudo transversal com abordagem quantitativa da adesão à coleta citopatológica e o perfil dos exames citopatológicos de mulheres indígenas, entre o período de 2014 a 2018. Os exames estão registrados no Sistema de Informação do Câncer, versão 1.6.0, do Ministério da Saúde (SISCAN WEB), uma versão em plataforma web que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA), cujas informações ficam disponíveis via on-line em tempo real.

Para análise quantitativa populacional de mulheres indígenas a base de dados utilizada foi o cadastro de família das comunidades indígenas, registrado no Sistema de Informação de Saúde Indígena (SIASI), realizado pelos profissionais de saúde do Pólo Base de Saúde Indígena de Osório/ Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI/ Interior Sul).

A população investigada é representada por mulheres Mbyá-Guarani com a faixa etária de 10 a 69 anos que, durante o período de realização do estudo, residiam no litoral norte do estado do Rio Grande do Sul (cidades de Osório, Caraá, Maquiné, Riozinho e Torres) distribuídas entre as comunidades indígenas: Sol Nascente (Osório), Varzinha (Caraá), Campo Molhado (Maquiné), Acampamento Som Dos Passáros – Solidão (Maquiné), Acampamento

FEPAGRO (Maquiné), Km 45 E Km 50 (Riozinho), Campo Bonito (Torres).

Para o estudo da adesão foram analisados a realização de ao menos um exame durante o período estudado, e para o estudo do perfil dos exames citopatológicos registrados no SISCAN, caracterizamos os aspectos epiteliais e a microbiologia presente conforme a faixa etária. Os resultados de alterações citológicas foram classificados de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (2016) e Sistema Bethesda para Relato de Citologia Cervical descritas em conformidade com a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais, e condutas preconizados pelo INCA e Sociedade Brasileira de Citopatologia¹¹.

Para o estudo estatístico utilizou-se o programa SPSS (25.0) empregando-se os testes de frequência e percentual, média e desvio padrão, qui-quadrado com estimativas do intervalo de 95% de confiança (IC95%).

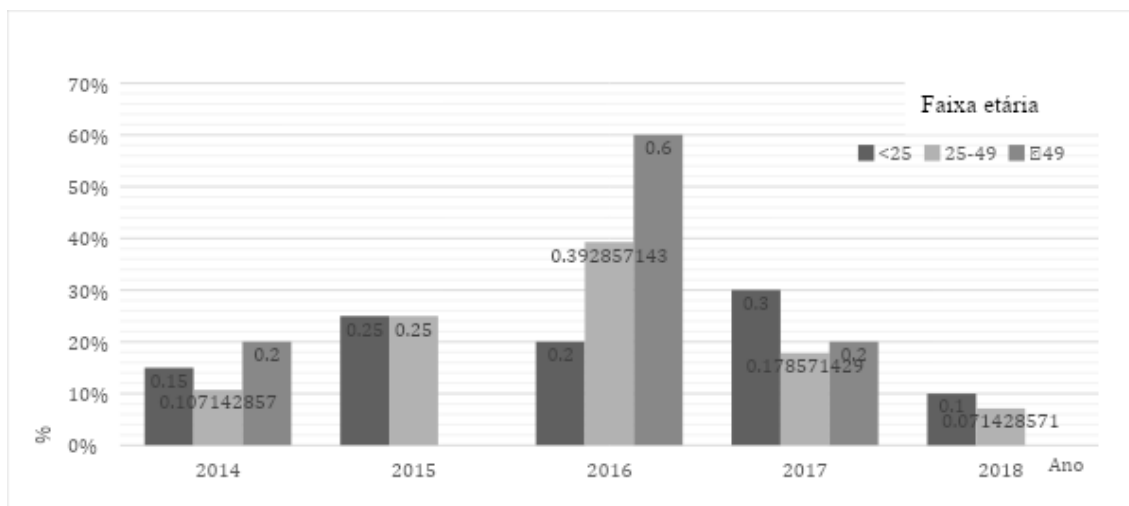
O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Parecer n. 3.000.589, emitido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), e Parecer n. 2.930.088, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre (UFSCPA), obedecendo-se atribuições definidas nas Resoluções 466 /12, 510/16 e 441/11 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados

Através do cadastro de família das comunidades indígenas estudadas, coletamos os dados do total de 113 mulheres Mbyá-Guarani com idades entre 10 a 69 anos (média etária: 29 anos, desvio padrão = 11.03), residentes no litoral norte do Rio Grande do Sul. Destas, 47% aderiram à realização ao exame de rastreamento do câncer do colo uterino. A distribuição anual das coletas citopatológicas é apresentada na **Figura 1**, conforme faixa etária, sendo que a

maior adesão ao exame foi em 2016 (34%), e a menor adesão foi no ano de 2018 (8%).

Figura 1 - Adesão ao exame de rastreamento do câncer do colo uterino anualmente. Porto Alegre - RS, Brasil, 2019.



Total de adesão anual em todas as faixas etárias: 2014: 13%; 2015: 23%; 2016: 34%; 2017: 23%; 2018: 8%.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A distribuição de idade foi realizada de acordo com a faixa etária (<25 anos, 25 a 49 anos, >49 anos), sendo que a maior adesão ao exame foi observada entre 25 a 49 anos (53%), sintetizada na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Distribuição da adesão ao exame citopatológico por faixa etária no período de 2014-2018. Porto Alegre - RS, Brasil, 2019.

Faixa etária	Total populacional	Total de adesão n(%)	Total de não adesão n(%)
<25	68	20 (38)	48 (80)
25-49	40	28 (53)	12 (20)

>=49	5	5 (9)	0
Total	113 (100)	53 (47)	60 (53)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Durante o período estudado foram realizados 100 exames citopatológicos sendo que, destes, 13% apresentaram amostras insatisfatórias. Encontramos a prevalência de alterações citopatológicas em 7% dos exames, distribuídos igualmente entre ASC-US (3%) e LSIL (3%) ($p=0,436$), conforme **Tabela 2**.

Tabela 2: Distribuição anual da citologia cervical. Porto Alegre - RS, Brasil, 2019.

Ano	Critério normal n(%)	Critério alterado n(%)	Total de exames	ASC-US n(%)	LSIL n(%)
2014	7(100)	0	7	0	0
2015	11(85)	2(15)	13	2(15)	0
2016	24(96)	1(4)	25	0	1(4)
2017	36(92)	3(8)	39	1(3)	2(5)
2018	3(100)	0	3	0	0
Total	81(93)	6(7)	87	3(3)	3(3)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na análise microbiológica, apresentado na **Tabela 3**, encontrou-se a presença de *Gardnerella vaginalis* (28%), *Trichomonas vaginalis* (8%), *Lactobacillus* sp (47%), Cocos (1%) e outros bacilos (23%). Ao longo do período estudado, a presença de *Trichomonas vaginalis* e/ou *Gardnerella vaginalis* foi observado em 67% das mulheres que repetiram o exame ($p=0,260$). Não houve significância estatística entre a presença de agentes microbiológicos e

alterações citopatológicas ($p=0,666$), pois, somente 2 (33%) mulheres apresentaram concomitante *Gardnerella vaginalis* e alteração citopatológica.

Tabela 3 – Distribuição anual dos resultados da microbiologia. Porto Alegre - RS, Brasil, 2019.

Ano	Total de exames	Lactobacilos n(%)	<i>Gardnerella vaginalis</i> n(%)	<i>Trichomonas vaginalis</i> n(%)	Outros bacilos n(%)	Cocos n(%)
2014	7	5(71))	1(14)	0	1	0
2015	13	5(38)	4(31)	0	4	0
2016	25	10(40)	4(16)	4(16)	11	0
2017	39	19(4)	14(36)	3(8)	4	1(2)
2018	3	2(67)	1(33)	0	0	0
Total	87	41(47)	24(28)	7(8)	20(23)	1(1)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

Frente aos resultados observados de 47% de adesão ao rastreamento do câncer do colo uterino, observamos a diferença de 38% abaixo da meta esperada para o rastreamento em populações vulneráveis. Entretanto, a grande maioria das mulheres Mbyá-Guarani que aderiram ao exame apresentaram uma microbiota sugestiva de infecções, como *Gardenerella vaginalis* ou *Trichomonas vaginalis*. Este fato é importante para o entendimento da proposição de políticas públicas assertivas voltadas para esta população, pois, além de campanhas para rastreamento do câncer do colo uterino, deve-se investir em políticas públicas que contemplem a prevenção de ISTs em indígenas.

Com o percentual de 47% de adesão ao exame de rastreamento do

câncer do colo uterino no período de 5 anos, o estudo aponta que a cobertura não atingiu a meta de 85% estabelecida pelo Ministério da Saúde⁷ para população de risco. Nossos dados corroboram com o estudo de Solé Pla et al, com mulheres indígenas da região norte do Brasil, evidenciando que a maioria dos exames são realizados por mulheres acima de 25 anos¹². Conjuntamente, os dados coletados apontam que a baixa adesão se encontra distribuída proporcionalmente entre todas as faixas etárias analisadas.

Mesmo com a existência de políticas públicas de assistência a saúde da mulher, como os protocolos de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama e Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde^{6, 13}, observa-se que as ações preventivas de saúde voltadas às mulheres indígenas não contemplam a sua realidade étnica e cultural.

Observa-se um aumento gradativo de coletas citopatológicas até o ano de 2016 seguindo de um decaimento importante em 2018, fato que pode estar atribuído a troca da equipe de saúde indígena e a rotatividade de profissionais. Logo, as ações de promoção da saúde, no sentido de sensibilização para a realização do exame preventivo, exigem práticas educativas contínuas que contemplem e valorizem a visão cultural desses povos bem como o fortalecimento do vínculo dos profissionais que cuidam destas mulheres. Sendo assim, frente ao processo saúde/ doença, se faz necessária a participação coletiva dos profissionais de saúde, da sociedade, bem como, do Estado.

Em relação a prevalência de citologia cervical alterada, apesar de identificarmos 7% de alterações cervicais em indígenas Mbyá-Guarani, a literatura mostra um amplo intervalo de prevalência entre diferentes comunidades indígenas, de 5,7% a 22%^{14, 12, 15, 16, 18, 18}. No estudo de Marroni et

al, também realizado no Rio Grande do Sul, mas com as indígenas Kaingang, foi identificada uma prevalência de 8,75%, sendo superior à identificada em nosso estudo. Uma hipótese é que os fatores comportamentais podem influenciar nas taxas de prevalência, assim como o contato com não-indígenas, a localização das comunidades e o acesso ao serviço de saúde^{17, 19}.

Além disso, a repetição do exame ocorreu principalmente em mulheres com a presença de *Trichomonas vaginalis* e/ou *Gardnerella vaginalis*. Contudo, sabe-se que as infecções vaginais se encontram entre as causas mais frequentes da procura pela mulher por atendimento ginecológico devido a sua sintomatologia²⁰. Em vista disso, as altas prevalências desses agentes microbianos nas indígenas podem estar associadas à sua particularidade sociocultural, tais como o contato sexual precoce e múltiplos parceiros, fatores associados ao câncer do colo uterino¹⁸.

Nesse contexto, a concepção da mulher indígena sobre autocuidado e prevenção da medicina pode influenciar na adesão ao exame, visto que para ela estas práticas encontram-se em um segundo momento e que a doença ocorre somente a partir de uma sintomatologia^{21,22}. O entendimento desta realidade e de suas particularidades frente a sua compreensão do processo saúde/doença, hábitos e crenças facilitaria compartilhar o conhecimento do autocuidado e coletivo, respeitando assim, a realidade e costumes das diferentes culturas.

Como limitações do estudo, identificamos a precariedade de informações sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres indígenas que viabilizem a avaliação do seu perfil de saúde e doença. Contudo, a dificuldade na análise e comparação dos resultados observados, principalmente por laudos incompletos ou ausentes, evidencia a necessidade de mais estudos e dados quantitativos

para o direcionamento de ações continuadas de assistência e avaliação dos serviços e dos programas de saúde existentes atualmente.

Diante disso, ressaltamos que a educação em saúde, ao promover reflexões críticas e reflexivas do sujeito coletivamente ou individual, valoriza os conhecimentos e especificidades culturais, para que, conseqüentemente, ocorra a adesão das práticas educativas em saúde e programas de rastreamento de doenças, alcançando assim, o bem-estar físico e espiritual, e a equidade e integralidade assistencial^{22, 23}.

Compreender as particularidades e peculiaridades culturais pelos profissionais que cuidam da sua saúde das mulheres indígenas Mbyá-Guarani, é de suma importância para a implementação de ações de prevenção e promoção da saúde relacionando o atendimento com os costumes e crenças o que facilitará o vínculo e aproximação entre ambos. Só assim, todos juntos, reunindo os esforços, poderemos atingir as metas e melhorar a saúde das populações vulneráveis.

Conclusão

Diante dos resultados deste estudo e das políticas públicas de saúde indígena existentes atualmente no Brasil, acredita-se ser necessário reformular as práticas de saúde voltadas a estas populações, considerando sua concepção, saberes e crenças diante dos processos de saúde/doença.

Ao longo dos anos, as comunidades indígenas obtiveram modificações no seu modo de vida que influenciaram negativamente no âmbito da saúde, havendo aumento da prevalência de doenças preveníveis, principalmente pelo maior contato com a população não indígena. A atenção a saúde, através de um

modelo direcionado a essa população, e a interculturalidade são de suma importância para alcançar melhores índices de saúde das mulheres indígenas. Além disso, é necessário o reconhecimento da vulnerabilidade das populações indígenas e dos fatores que influenciam no processo saúde-doença, a fim de reformular as políticas públicas existentes conforme a real necessidade destas mulheres. A partir disso, será possível aumentar a participação indígena nas ações de saúde e consequentemente estabelecer um maior vínculo com os profissionais e gestores de saúde, garantindo assim, a proteção dessas populações.

Contribuição dos autores

Claudia Giuliano Bica contribuiu com o delineamento e realização da pesquisa, análise, interpretação e análise dos dados e redação e revisão do manuscrito.

Léia Gonchoroski Machado contribuiu com o delineamento e realização da pesquisa, coleta, interpretação e análise dos dados, redação e revisão do manuscrito. **Aniúsca Vieira dos Santos** contribuiu com o delineamento da pesquisa, coleta, interpretação e análise dos dados, redação e revisão do manuscrito. **Giovana Tavares dos Santos** contribuiu no delineamento da pesquisa, redação e revisão do manuscrito.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde Indígena, Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília - 2002 [home page on the Internet]. [cited 2018 May 15]. Available from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/politica_saude_indigena.pdf.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes -2011 [home page on the Internet]. [cited 2018 May 15]. Available from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf.
3. Aguiar Jr PN, Stock GT, Lopes Jr. GL, Almeida MS, Tadokoro H, Gutierrez BS, Rodrigues, DA. Disparidades na epidemiologia e no tratamento de câncer nas populações indígenas brasileiras. Einstein 2016; 14(3): 330-7.
4. Pereira ER, Oliveira LSS, Ito LC, Silva LM, Schmitz MJM, Pagliardo H. Saúde sexual, reprodutiva e aspectos socioculturais de mulheres indígenas. Rev Bras Promoç Saúde 2014; 27 (4): 445-454.
5. Da Silva LR, Almeida CAPL, Sá GGM, Moura LKB, Araújo ETH. Educação em saúde como estratégia de prevenção do câncer do colo do útero: revisão integrativa. Rev Pre Infec e Saúde 2017; 3(4): 35-45.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica: Secretaria de Atenção à Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama - 2013 [home page on the Internet]. [cited 2018 Jun 27]. Available from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 – 2011 [home page on the Internet]. [cited 2018 Jun 27]. Available from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

8. Silva MAS, Teixeira BEM, Ferrari RAP, Cestari MEW, Cardelli AAM. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. Rev Rene 2015; 16(4):532-9.

9. Moliterno ACM, Borghi AC, Orlandi LH. Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang. Texto Contexto Enferm 2013; 22(2): 293-301.

10. Fonseca AJ, Taeko D, Chaves TA, Amorim LDC, Murari RSW, Miranda AE, Chen Z, Burk RD, Ferreira LCL. HPV Infection and Cervical Screening in Socially Isolated Indigenous Women Inhabitants of the Amazonian Rainforest. PLOS ONE [Internet]. 2015 [cited 2018 Jul 10]; 10(7): e0133635. Available from: https://www.sioc.org.br/images/downloads/2015_plos_one_hpv_nas_indigenas.pdf

11. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais. Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e

Apoio à Organização de Rede - 2013 [home page on the Internet]. [cited 2018 Ago 5]. Available from <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//nomenclatura-brasileira-para-laudos-citopatologicos-cervicais-2012.pdf>.

12. Solé Pla MA; Corrêa FM; Claro IB; Da Silva MAF; Dias MBK; Bortolon PC. Análise Descritiva do Perfil dos Exames Citopatológicos do Colo do Útero Realizados em Mulheres Indígenas e Não Indígenas no Brasil, 2008-2011. Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(3): 461-9.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres – 2016 [home page on the Internet]. [cited 2019 Jan 10]. Available from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

14. Fonseca AJ, Amorim LDC, Murari RSW, Arcoverde LC, Ferreira LCL. Prevalência de Alterações Citológicas Cervicais em Indígenas do Extremo Norte da Amazônia Brasileira. Revista Brasileira de Cancerologia 2014; 60(2): 101-108.

15. Speck NMG, Pinheiro JS, Pereira ER, Rodrigues D, Focchi GRA, Ribalta JCL. Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil. Einstein 2015; 13(1):52-7.

- 16.** Pereira JC, Ganassin FMH, Oliveira RD, Renovato RD, Watanabe EAMT. Morbidade por Câncer do Colo Uterino em mulheres de Reserva Indígena no Mato Grosso do Sul. *Cogitare Enferm.* 2011 16(1):127-33.
- 17.** Marroni MA, Marroni D. Conhecendo a ocorrência do câncer de colo do útero em mulheres indígenas da tribo Kaingang na Reserva do Guarita no Estado do Rio Grande do Sul. *Saúde Coletiva* 2010; 39(7): 92-5.
- 18.** Rodrigues DA, Pereira ER, Oliveira LSS, Speck NMG, Gimeno SGGA. Prevalência de atipias citológicas e infecção pelo papilomavírus humano de alto risco em mulheres indígenas Panará, povo indígena do Brasil Central. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(12): 2587-2593.
- 19.** Corrêa DA, Villela WV. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern.* 2008; 8 (4): 491-497.
- 20.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) - 2015 [home page on the Internet]. [cited 2019 Mar 18]. Available from

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_therapeutica_atencao_integral_pessoas_infeccoes_sexualmente_transmissiveis.pdf.

21. Grubit S. Mulheres indígenas brasileiras: educação e políticas públicas. *Psicologia & Sociedade* 2014; 26(1): 116-125.

22. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(3): 847-852.

23. Da Costa FAS, Catanio PAG, Aragão AEA, Ponte HMS, Fardin FP, Araújo LM. Práticas populares em saúde indígena e integração entre o saber científico e popular: revisão integrativa. *Sanare* 2016; 15(2): 112-9.

6. ARTIGO CIENTÍFICO REDIGIDO EM INGLÊS

“Detección de cáncer de cuello uterino en mujeres indígenas Mbyá-Guarani

Léia Gonchoroski Machado

Aniúsca Vieira dos Santos

Giovana Tavares dos Santos

Claudia Giuliano Bica

Enviado para publicação em 20/12/2019 na Revista “Sanare - Revista de
Políticas Públicas”

S · A · N · A · R · E

REVISTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Sobral - Ceará

NOTIFICAÇÕES

- [Visualizar](#)
- [Gerenciar](#)

INFORMAÇÕES

- [Para Leitores](#)
- [Para Autores](#)
- [Para Bibliotecários](#)

[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [PESQUISA](#) [ATUAL](#)
[ANTERIORES](#) [NOTÍCIAS](#) [SUBMISSÃO](#) [INDEXAÇÕES](#) [BLOG](#)
[DA ESPVS](#) [FACEBOOK DA ESPVS](#)

[Capa](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > [Submissões](#) > #1368 > **Resumo**

#1368 Sinopse

[RESUMO](#) [AVALIAÇÃO](#) [EDIÇÃO](#)

Submissão

Autores	Claudia Giuliano Bica, Léia Gonchoroski Machado, Aníusca Vieira dos Santos, Giovana Tavares dos Santos
Título	Rastreamento do câncer do colo uterino em mulheres indígenas Mbyá-Guarani
Documento original	1368-3722-1-SM.DOCX 20-12-2019
Docs. sup.	1368-3722-1-SP.DOCX 20-12-2019 INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR
Submetido por	Dra Claudia Giuliano Bica
Data de submissão	20 de dezembro de 2019 - 11:26
Seção	Artigo Original
Editor	Nenhum(a) designado(a)
Comentários do Autor	Este trabalho foi realizado devido a enorme escassez de dados epidemiológicos referentes à Saúde Indígena no Brasil, principalmente das mulheres indígenas.

Situação

Situação	Aguardando designação
Iniciado	20-12-2019
Última alteração	20-12-2019

USUÁRIO

Logado como:
claudia_bica

- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Escopo da Busca Todos

Procurar

- [Por Edição](#)
- [Por Autor](#)
- [Por Título](#)

[Ajuda do sistema](#)

TAMANHO DE FONTE

[OPEN JOURNAL SYSTEMS](#)

AUTOR

Submissões

- [Ativa \(1\)](#)
- [Arquivo \(0\)](#)
- [Nova submissão](#)

Abstract

The aim of this study was to analyze adherence to cytopathological collection and to describe the profile of cervical cancer screening tests performed on indigenous Mbyá-Guarani women from the north coast of Rio Grande do Sul, from 2014 to 2018, with the purpose of to qualify and direct the implementation of health strategies in public policies aimed at indigenous women. This is a cross-sectional study with a quantitative approach, capturing data from the records of cervical cancer prevention exams present in the Cancer Information System (SISCAN). We included 113 Mbyá-Guarani women, aged 10 to 69 years. Compliance with the cytopathological examination was 47% over 5 years, with a mean age of 29 years. Regarding the cytopathological profile, 7% had cervical alterations and 28% *Gardnerella vaginalis*. The results show that adherence was below the 85% target expected by the Ministry of Health, highlighting the need for differentiated public policies aimed at populations with greater health vulnerability considering their cultural context.

Keywords (DeCS-BVS): Uterine Cervical Cancer; Health of Indigenous Populations; Indigenous women; Mbyá-Guarani ethnicity.

Introduction

The National Policy for Attention to the Health of Peoples approved in 2002 is characterized by complementing indigenous health within the scope of the Unified Health System (SUS) through a differentiated model of health care that addresses its cultural and ethnic specificities, through actions disease prevention, health care, monitoring of dietary and nutritional conditions, as well as health

education, among other actions that contribute to the protection, promotion and recovery of indigenous populations in Brazil¹.

However, despite the existence of the aforementioned regulations and the National Policy for Integral Attention to Women's Health (2011) with the objective of reducing morbidities and mortality of the female population, there is a need to expand and qualify the assistance actions and health promotion aimed at indigenous women and their ethnic cultural particularity².

According to Aguiar et al (2016), the incidence of cervical cancer and Sexually Transmitted Infections (STIs) increases annually in indigenous populations. They stand out among the risk factors that favor greater exposure and dissemination of STIs and Cervical Cancer Uterine in indigenous populations: the indigenous population close to urban areas, early sexual life, multiple partners, multiparity, lack of information on prevention and care, cultural and social factors and the difficulty of access to health. Thus, these populations are included among those most vulnerable to the development of these diseases^{3, 4}.

Cytopathological examination is the main method for screening for cervical cancer because it is through this examination that lesions are diagnosed early on, enabling early treatment and a better prognosis for the patient. According to the National Cancer Institute (INCA), this exam must be performed periodically every three years, by sexually active women, and after two consecutive annual exams with negative results for precursor lesions, as the disease can be asymptomatic at the beginning and from rapid progression^{2, 5}.

According to cervical cancer and STI prevention policies and the Strategic Action Plan, it is expected to achieve the coverage of 85% of adherence, focusing

on vulnerable populations and those most at risk for the development of these diseases, such as indigenous women therefore, one of the objectives is to reduce mortality and the high incidence rates of this neoplasia^{6,7,8}.

In the last decades, there has been a significant growth in information about the epidemiological profile of women's reproductive health, however, there is still a lack of data on the health of Brazilian indigenous women. Little knowledge of the determinants of health and disease of indigenous populations is the main obstacle to the development of policies aimed at differentiated and specific care, based on the precepts of SUS, for these women^{8,9,10}.

Thus, this study aims to analyze adherence to cytopathological collection and describe the profile of cervical cancer screening tests performed on Mbyá-Guarani indigenous women from the northern coast of Rio Grande do Sul, with regard to adherence, to better target and implement qualification strategies in public policies aimed at the health of indigenous women.

Methodology

Cross-sectional study with a quantitative approach to adherence to cytopathological collection and the profile of cytopathological examinations of indigenous women, from 2014 to 2018. The examinations are registered in the Cancer Information System, version 1.6.0, of the Ministry of Health (SISCAN WEB), a version on a web platform that integrates the Cervical Cancer Information Systems (SISCOLO) and Breast Cancer (SISMAMA), whose information is available via online in real time.

For quantitative population analysis of indigenous women, the database used was the family register of indigenous communities, registered in the

Indigenous Health Information System (SIASI), carried out by health professionals at the Osório Indigenous Health Base Pole / Interior Indigenous Special Sanitary District Interior (DSEI / Interior Sul).

The investigated population is represented by Mbyá-Guarani women aged 10 to 69 years old who, during the study period, lived on the north coast of the state of Rio Grande do Sul (cities of Osório, Caraá, Maquiné, Riozinho and Torres) distributed among the indigenous communities: Sol Nascente (Osório), Varzinha (Caraá), Campo Molhado (Maquiné), Som dos Passáros Camp - Solitude (Maquiné), FEPAGRO Camp (Maquiné), Km 45 E Km 50 (Riozinho) , Campo Bonito (Torres).

For the study of adherence, the performance of at least one exam during the study period was analyzed, and for the study of the profile of the cytopathological exams registered at SISCAN, we characterized the epithelial aspects and the present microbiology according to the age group. The results of cytological changes were classified according to the protocol of the Ministry of Health (2016) and Bethesda System for Cervical Cytology Report described in accordance with the Brazilian Nomenclature for Cervical Reports, and conducts recommended by INCA and the Brazilian Society of Cytopathology¹¹.

For the statistical study, the SPSS program (25.0) was used, using the tests of frequency and percentage, mean and standard deviation, chi-square with estimates of the 95% confidence interval (95% CI).

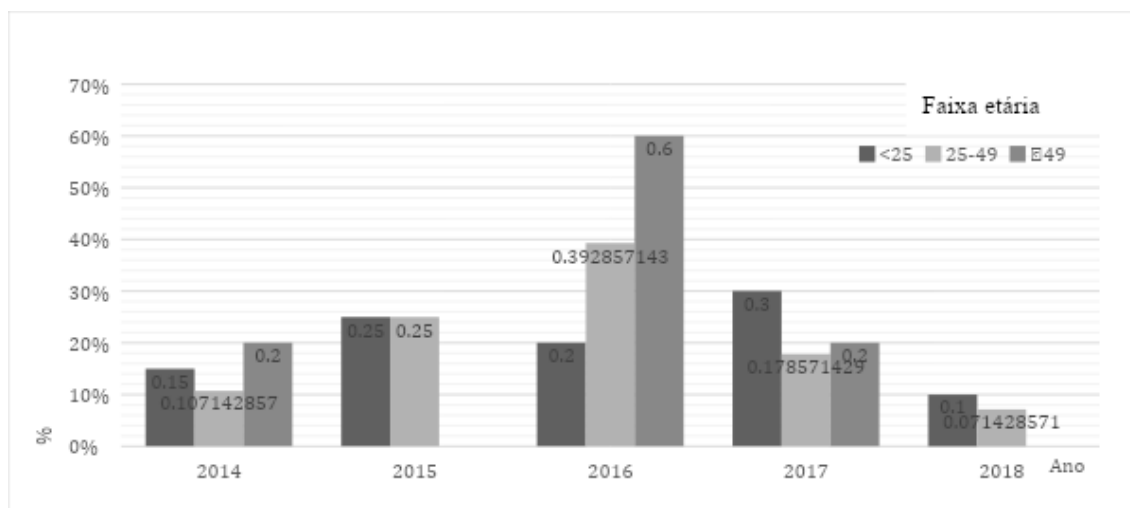
The research project was approved by Opinion no. 3,000,589, issued by the National Research Ethics Commission (CONEP), and Opinion no. 2,930,088, issued by the Research Ethics Committee (CEP) of the Federal University of

Health Sciences of Porto Alegre (UFSCPA), obeying the attributions defined in Resolutions 466/12, 510/16 and 441/11 of the National Council of Health (CNS).

Results

Through the family register of the indigenous communities studied, we collected data from a total of 113 Mbyá-Guarani women aged 10 to 69 years (average age: 29 years, standard deviation = 11.03), living on the northern coast of Rio Grande do Sul. Of these, 47% adhered to the cervical cancer screening exam. The annual distribution of cytopathological collections is shown in Figure 1, according to age group, with the highest adherence to the exam being in 2016 (34%), and the lowest adherence was in the year 2018 (8%).

Figure 1 - Adherence to the cervical cancer screening exam annually. Porto Alegre - RS, Brazil, 2019.



Total annual membership in all age groups: 2014: 13%; 2015: 23%; 2016: 34%; 2017: 23%; 2018: 8%.

Source: Prepared by the authors.

The age distribution was performed according to the age group (<25 years, 25 to 49 years, > 49 years), with the highest adherence to the exam being observed between 25 to 49 years (53%), summarized in Table 1.

Table 1 - Distribution of adherence to cytopathological examination by age group in the period 2014-2018. Porto Alegre - RS, Brazil, 2019.

Age range	Total population	Total membership n(%)	Total non-adherence n(%)
<25	68	20 (38)	48 (80)
25-49	40	28 (53)	12 (20)
>=49	5	5 (9)	0
Total	113 (100)	53 (47)	60 (53)

Source: Prepared by the authors.

During the studied period, 100 cytopathological exams were performed, of which 13% presented unsatisfactory samples. We found the prevalence of cytopathological changes in 7% of the tests, distributed equally between ASC-US (3%) and LSIL (3%) ($p = 0.436$), as shown in Table 2.

Table 2: Annual distribution of cervical cytology. Porto Alegre - RS, Brazil, 2019.

Year	Normal criterion n(%)	Changed criterion n(%)	Total exams	ASC-US n(%)	LSIL n(%)
2014	7(100)	0	7	0	0
2015	11(85)	2(15)	13	2(15)	0
2016	24(96)	1(4)	25	0	1(4)
2017	36(92)	3(8)	39	1(3)	2(5)

2018	3(100)	0	3	0	0
Total	81(93)	6(7)	87	3(3)	3(3)

Source: Prepared by the authors.

In the microbiological analysis, shown in Table 3, the presence of *Gardnerella vaginalis* (28%), *Trichomonas vaginalis* (8%), *Lactobacillus* sp (47%), Coconuts (1%) and other bacilli (23%) was found. Over the study period, the presence of *Trichomonas vaginalis* and / or *Gardnerella vaginalis* was observed in 67% of women who repeated the test ($p = 0.260$). There was no statistical significance between the presence of microbiological agents and cytopathological changes ($p = 0.666$), since only 2 (33%) women presented concomitant *Gardnerella vaginalis* and cytopathological changes.

Table 3 - Annual distribution of microbiology results. Porto Alegre - RS, Brazil, 2019.

Year	Total exams	Lactobacilos n(%)	Gardnerella vaginalis n(%)	Trychomonas vaginalis n(%)	Outros bacilos n(%)	Cocos n(%)
2014	7	5(71))	1(14)	0	1	0
2015	13	5(38)	4(31)	0	4	0
2016	25	10(40)	4(16)	4(16)	11	0
2017	39	19(4)	14(36)	3(8)	4	1(2)
2018	3	2(67)	1(33)	0	0	0
Total	87	41(47)	24(28)	7(8)	20(23)	1(1)

Source: Prepared by the authors.

Discussion

In view of the observed results of 47% adherence to cervical cancer screening, we observed a 38% difference below the expected target for screening in vulnerable populations. However, the vast majority of Mbyá-Guarani women who adhered to the test had a microbiota suggestive of infections, such as *Gardenerella vaginalis* or *Trichomonas vaginalis*. This fact is important for the understanding of the proposition of assertive public policies aimed at this population, because, in addition to campaigns for cervical cancer screening, one must invest in public policies that include the prevention of STIs in indigenous people.

With the percentage of 47% adherence to the cervical cancer screening exam in the period of 5 years, the study points out that the coverage did not reach the goal of 85% established by the Ministry of Health⁷ for the population at risk. Our data corroborate with the study by Solé Pla et al, with indigenous women from the northern region of Brazil, showing that most tests are performed by women over 25 years of age¹². Together, the data collected show that low adherence is proportionally distributed among all age groups analyzed.

Even with the existence of public health assistance policies for women, such as the Cervical and Breast Cancer Control protocols and Primary Care Protocols: Women's Health from the Ministry of Health^{6, 13}, it is observed that the actions preventive health measures aimed at indigenous women do not contemplate their ethnic and cultural reality.

There is a gradual increase in cytopathological collections until the year 2016, followed by an important decline in 2018, a fact that may be attributed to the change of the indigenous health team and the turnover of professionals. Therefore, health promotion actions, in the sense of raising awareness for

carrying out the preventive exam, require continuous educational practices that contemplate and value the cultural vision of these peoples as well as the strengthening of the bond of the professionals who care for these women. Thus, in the face of the health / disease process, the collective participation of health professionals, society, as well as the State is necessary.

Regarding the prevalence of abnormal cervical cytology, despite identifying 7% of cervical abnormalities in indigenous Mbyá-Guarani, the literature shows a wide range of prevalence between different indigenous communities, from 5.7% to 22%^{14, 12, 15, 16, 18, 18}. In the study by Marroni et al, also conducted in Rio Grande do Sul, but with the indigenous Kaingang, a prevalence of 8.75% was identified, being higher than that identified in our study. One hypothesis is that behavioral factors can influence prevalence rates, as well as contact with non-indigenous people, the location of communities and access to health services^{17, 19}.

In addition, the repetition of the examination occurred mainly in women with the presence of *Trichomonas vaginalis* and / or *Gardnerella vaginalis*. However, it is known that vaginal infections are among the most frequent causes of women seeking gynecological care due to their symptoms²⁰. In view of this, the high prevalence of these microbial agents in indigenous women may be associated with their sociocultural particularity, such as early sexual contact and multiple partners, factors associated with cervical cancer¹⁸.

In this context, the conception of indigenous women about self-care and prevention of medicine can influence adherence to the exam, since for them these practices are in a second moment and the disease occurs only from a symptomatology^{21,22}. Understanding this reality and its particularities in view of

your understanding of the health / disease process, habits and beliefs would make it easier to share the knowledge of self-care and collective, thus respecting the reality and customs of different cultures.

As limitations of the study, we identified the precariousness of information on the sexual and reproductive health of indigenous women that would enable the assessment of their health and disease profile. However, the difficulty in analyzing and comparing the results observed, mainly due to incomplete or absent reports, highlights the need for further studies and quantitative data for directing ongoing assistance and evaluation of health services and programs that currently exist.

Therefore, we emphasize that health education, by promoting critical and reflective reflections of the subject collectively or individually, values knowledge and cultural specificities, so that, consequently, there is the adhesion of educational health practices and disease tracking programs, reaching thus, physical and spiritual well-being, and equity and integral care ^{22, 23}.

Understanding the cultural peculiarities and peculiarities by the professionals who take care of their health of the Mbyá-Guarani indigenous women, is of paramount importance for the implementation of preventive and health promotion actions relating the attendance with customs and beliefs, which will facilitate the bond and approach between both. Only then, all together, joining efforts, can we achieve the goals and improve the health of vulnerable populations.

Conclusion

In view of the results of this study and the public policies of indigenous health currently existing in Brazil, it is believed that it is necessary to reformulate health practices aimed at these populations, considering their conception, knowledge and beliefs in the face of health / disease processes.

Over the years, indigenous communities have had changes in their way of life that have had a negative impact on health, with an increase in the prevalence of diseases preventable, mainly due to the greater contact with the non-indigenous population. Health care, through a model aimed at this population, and interculturality are of paramount importance to achieve better health rates for indigenous women. In addition, it is necessary to recognize the vulnerability of indigenous populations and the factors that influence the health-disease process, in order to reformulate existing public policies according to the real needs of these women. From this, it will be possible to increase indigenous participation in health actions and, consequently, establish a greater bond with health professionals and managers, thus guaranteeing the protection of these populations.

Authors' contributions

Claudia Giuliano Bica contributed to the design and conduct of the research, analysis, interpretation and analysis of the data and writing and revision of the manuscript. Léia Gonchoroski Machado contributed to the design and conduct of the research, collection, interpretation and analysis of the data, writing and revision of the manuscript. Aniúsca Vieira dos Santos contributed to the research design, data collection, interpretation and analysis, writing and revision of the manuscript. Giovana Tavares dos Santos contributed to the research design, writing and revision of the manuscript.

References

1. Brazil. Ministry of Health. Department of Indigenous Health, National Health Foundation. National Policy on Health Care for Indigenous Peoples. Brasília - 2002 [home page on the Internet]. [cited 2018 May 15]. Available from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/politica_saude_indigena.pdf.
2. Brazil. Ministry of Health. Department of Strategic Programmatic Actions, Secretariat of Health Care. National Policy for Comprehensive Care for Women's Health: Principles and Guidelines -2011 [home page on the Internet]. [cited 2018 May 15]. Available from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diruntas.pdf.
3. Aguiar Jr PN, Stock GT, Lopes Jr. GL, Almeida MS, Tadokoro H, Gutierrez BS, Rodrigues, DA. Disparities in the epidemiology and treatment of cancer in Brazilian indigenous populations. *Einstein* 2016; 14 (3): 330-7.
4. Pereira ER, Oliveira LSS, Ito LC, Silva LM, Schmitz MJM, Pagliardo H. Sexual, reproductive health and socio-cultural aspects of indigenous women. *Rev Bras Promoç Saúde* 2014; 27 (4): 445-454.
5. Da Silva LR, Almeida CAPL, Sá GGM, Moura LKB, Araújo ETH. Health education as a strategy to prevent cervical cancer: an integrative review. *Rev Pre Infec e Saúde* 2017; 3 (4): 35-45.

6. Brazil. Ministry of Health. Department of Primary Care: Department of Health Care. Control of cervical and breast cancers - 2013 [home page on the Internet]. [cited 2018 Jun 27]. Available from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf.

7. Brazil. Ministry of Health. Department of Health Situation Analysis, Secretariat of Health Surveillance. Strategic action plan for tackling chronic non-communicable diseases (NCDs) in Brazil, 2011-2022 - 2011 [home page on the Internet]. [cited 2018 Jun 27]. Available from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcmt_2011.pdf.

8. Silva MAS, Teixeira BEM, Ferrari RAP, Cestari MEW, Cardelli AAM. Factors related to non-adherence to Pap smears. *Rev Rene* 2015; 16 (4): 532-9.

9. Moliterno ACM, Borghi AC, Orlandi LH. Process of gestating and giving birth among Kaingang women. *Text Contexto Enferm* 2013; 22 (2): 293-301.

10. Fonseca AJ, Taeko D, Chaves TA, Amorim LDC, Murari RSW, Miranda AE, Chen Z, Burk RD, Ferreira LCL. HPV Infection and Cervical Screening in Socially Isolated Indigenous Women Inhabitants of the Amazonian Rainforest. *PLOS ONE* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jul 10]; 10 (7): e0133635. Available from:

https://www.sbec.org.br/images/downloads/2015_plos_one_hpv_nas_indigenas.pdf.

11. Brazil. Ministry of Health. José Alencar Gomes da Silva National Cancer Institute. Brazilian nomenclature for cervical cytopathological reports. General Coordination of Prevention and Surveillance, Division of Early Detection and Support for the Network Organization - 2013 [home page on the Internet]. [cited 2018 Aug 5]. Available from <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//nomenclatura-brasileira-para-laudos-citopatologicos-cervicais-2012.pdf>.

12. Solé Pla MA; Corrêa FM; IB course; Da Silva MAF; MBK days; Bortolon PC. Descriptive analysis of the profile of cervical cytopathological exams performed on indigenous and non-indigenous women in Brazil, 2008-2011. Brazilian Journal of Cancerology 2012; 58 (3): 461-9.

13. Brazil. Ministry of Health. Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, Primary Care Protocols: Women's Health - 2016 [home page on the Internet]. [cited 2019 Jan 10]. Available from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

14. Fonseca AJ, Amorim LDC, Murari RSW, Arcoverde LC, Ferreira LCL. Prevalence of Cervical Cytological Changes in Indigenous People in the Far

North of the Brazilian Amazon. Brazilian Journal of Cancerology 2014; 60 (2): 101-108.

15. Speck NMG, Pinheiro JS, Pereira ER, Rodrigues D, Focchi GRA, Ribalta JCL. Screening for cervical cancer in young and old women in the Xingu Indigenous Park: an assessment of the recommended age group in Brazil. Einstein 2015; 13 (1): 52-7.

16. Pereira JC, Ganassin FMH, Oliveira RD, Renovato RD, Watanabe EAMT. Cervical Cancer Morbidity in Women from Indigenous Reserves in Mato Grosso do Sul. Cogitare Enferm. 2011 16 (1): 127-33.

17. Marroni MA, Marroni D. Knowing the occurrence of cervical cancer in indigenous women of the Kaingang tribe in the Guarita Reserve in the State of Rio Grande do Sul. Saúde Coletiva 2010; 39 (7): 92-5.

18. Rodrigues DA, Pereira ER, Oliveira LSS, Speck NMG, Gimeno SGGA. Prevalence of cytological atypia and high-risk human papillomavirus infection in indigenous Panará women, indigenous people of Central Brazil. Cad. Public Health 2014; 30 (12): 2587-2593.

19. Corrêa DA, Villela WV. Control of cervical cancer: challenges for implementing programmatic actions in Amazonas, Brazil. Rev. Bras. Maternal Health. 2008; 8 (4): 491-497.

20. Brazil. Ministry of Health. Health Surveillance Secretariat. Department of Surveillance, Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections, HIV / AIDS and Viral Hepatitis. Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines for Comprehensive Care for People with Sexually Transmitted Infections (STI) - 2015 [home page on the Internet]. [cited 2019 Mar 18]. Available from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_dirRAS_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infeccoes_sexuais_transmissiveis.pdf.
21. Grubit S. Brazilian indigenous women: education and public policies. *Psychology & Society* 2014; 26 (1): 116-125.
22. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Health education and health education: concepts and implications for public health. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19 (3): 847-852.
23. Da Costa FAS, Catanio PAG, Aragon AEA, Ponte HMS, Fardin FP, Araújo LM. Popular practices in indigenous health and integration between scientific and popular knowledge: an integrative review. *Sanare* 2016; 15 (2): 112-9.

7. CONCLUSÕES

Ao longo dos anos, o contato entre as populações indígenas e não indígenas cresceu virtuosamente no Brasil e como consequência, houve também o aumento das infecções sexualmente transmissíveis nestas populações. Porém, devido às particularidades culturais dos povos indígenas, estas tornaram-se mais vulneráveis às doenças, em especial, ao câncer do colo do útero, devido a maior dificuldade ao acesso a informação e aos serviços básicos de saúde.

As poucas informações existentes sobre a saúde da mulher indígena dificultam a construção do seu perfil epidemiológico, bem como, a articulação de ações de saúde voltadas às suas necessidades, considerando a sua concepção frente ao processo saúde e doença, respeitando a sua visão mística e seu contexto social e cultural.

A atenção a saúde diferenciada, através de um modelo direcionado em todos os diferentes níveis, desde a educação em saúde, prevenção e detecção precoce, assim como, o acompanhamento desta mulher a longo prazo, são de suma importância para alcançar melhores índices de saúde. Além disso, faz-se necessário reformular as políticas públicas existentes conforme a real necessidade das diferentes culturas brasileiras.

A partir disso, será possível aumentar a participação indígena nas ações de saúde e consequentemente estabelecer um maior vínculo com os profissionais e gestores de saúde, garantindo assim, a proteção dessas populações.

8. ANEXOS

8.1. Informações adicionais

O presente estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Estudo da frequência de lesões cervicais em Comunidades Indígenas do Rio Grande do Sul. ”, aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da UFCSPA (Parecer N° 2.930.088/18) e do CONEP (Parecer N° 3.000.589).

A parceria com os pesquisadores pertencentes ao Grupo de Pesquisa do PPG de Patologia da UFCSPA teve início em 2017, sendo que um objetivo comum aos pesquisadores a criação de uma parceria com as equipes de saúde indígena, bem como, com os gestores de saúde indígena que atendem as comunidades participantes do projeto para que assim possamos incentivar a adesão ao exame de rastreamento do câncer do colo do útero.

O vínculo entre uma instituição de ensino, a UFCSPA, e a gestão de saúde indígena que acolhe estas mulheres de grande vulnerabilidade social e cultural é extremamente promissor. O Grupo de Pesquisa do PPG de Patologia da UFCSPA propôs a construção desta parceria no sentido de conscientizar os gestores de saúde sobre a importância de ações de saúde diferenciadas a estas populações.

Porém, em decorrência das mudanças políticas ocorridas o Brasil, nosso estudo foi interrompido por pedido das lideranças das comunidades indígenas concomitantemente à troca da equipe de saúde indígena no ano de 2018, impedido a continuidade das nossas visitas às aldeias.

O aprimoramento desta pesquisa contemplará uma melhor compreensão por parte de todos os profissionais envolvidos na saúde indígena, o que

contribuirá para um melhor direccionamento das políticas públicas direccionadas de forma adequada a realidade do grupo estudado.

8.2. Parecer do Comitê de Ética da UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Estudo da frequência de lesões cervicais em Comunidades Indígenas do Rio Grande do Sul.

Pesquisador: Claudia Giuliano Bica

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 4

CAAE: 80557717.4.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.930.088

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda para anunciar a inclusão de autorização da FUNAI e para solicitar a inclusão da pesquisadora Luisa Lina Villa.

Objetivo da Pesquisa:

Incentivar a adesão ao rastreamento de lesões cervicais e identificar a frequência dessas lesões em comunidades indígenas do Rio Grande do Sul.

Objetivos específicos

- Identificar a presença de HPV e tipos virais;
- Descrever o perfil sócio-demográfico através da aplicação de um questionário.
- Avaliar a frequência de HPV em comunidades indígenas do Rio Grande do Sul.
- Avaliar a taxa de adesão ao rastreamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi incluído o documento de autorização de realização de pesquisa pela Fundação Nacional do

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

CEP: 90.050-170

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 2.930.088

Índio.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo como parecer do Relator.

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1205427_E1.pdf	21/08/2018 14:56:28		Aceito
Outros	Justificativa_Emenda_21_08_18.pdf	21/08/2018 14:55:47	Giovana Tavares dos Santos	Aceito
Outros	Autorizacao_FUNAI.pdf	21/08/2018 14:53:40	Giovana Tavares dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_corrigido.pdf	18/03/2018 00:07:59	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/03/2018 00:02:36	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	Formulario_para_Requisicao_de_Exame_Citopatologico_415.pdf	18/03/2018 00:00:11	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	termo_de_compromisso.pdf	17/03/2018 23:59:14	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	Carta_ajuste_de_pendencias_conep.PDF	17/03/2018 23:58:32	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	declaracao_de_infraestrutura.pdf	17/03/2018 23:56:51	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	declaracao_de_confidencialidade.pdf	17/03/2018 23:56:20	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	declaracao_de_armazenamento_e_descarte_2.pdf	17/03/2018 23:55:47	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	declaracao_de_armazenamento_e_descarte_1.pdf	17/03/2018 23:55:02	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	17/03/2018 23:43:29	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	termo_de_anuencia_4.pdf	24/12/2017	Léia Gonchoroski	Aceito

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 2.930.088

Outros	termo_de_anuencia_4.pdf	16:43:44	Machado	Aceito
Outros	termo_de_anuencia_3.pdf	24/12/2017 16:43:30	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	termo_de_anuencia_2.pdf	24/12/2017 16:43:07	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	termo_de_anuencia_1.pdf	24/12/2017 16:42:03	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	termo_compromisso_entrega_relatorio.pdf	30/11/2017 13:26:21	Giovana Tavares dos Santos	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	06/11/2017 14:47:35	Giovana Tavares dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	06/11/2017 13:29:46	Giovana Tavares dos Santos	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia_5_Funai.pdf	06/11/2017 13:24:13	Giovana Tavares dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

PORTO ALEGRE, 01 de Outubro de 2018

Assinado por:
Luciane Dalcanale Moussalle
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: csp@ufcspa.edu.br

8.3. Parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP):

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Estudo da frequência de lesões cervicais em Comunidades Indígenas do Rio Grande do Sul.

Pesquisador: Cláudia Giuliano Bica

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 4

CAAE: 80557717.4.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.000.589

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1205427_E1.pdf, de 21/08/2018).

INTRODUÇÃO

1.1 Epidemiologia: Com a ocorrência de mais de meio milhão de novos casos no mundo e responsável pela mortalidade de quase 300 mil mulheres por ano, o câncer do colo do útero constitui a quarta neoplasia mais comum entre as mulheres segundo a International Agency for Research on Cancer (IARC), da Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, o crescimento de registros em números absolutos da ocorrência do câncer do colo do útero torna-se um fator relevante para o planejamento de ações de prevenção e controle deste câncer (INCA, 2015). Para os anos de 2016 e 2017 foram estimados 16.340 mil casos novos, sendo que no estado do Rio Grande do Sul a ocorrência é de aproximadamente 15,2 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2016), configurando o quarto tipo de câncer mais comum e o quarto maior causador de morte na população feminina (INCA, 2015). Estudos realizados entre os anos de 1980 a 2010 mostram uma queda significativa das taxas de mortalidade pelo câncer do colo do útero, principalmente nas regiões sul e sudeste, as mais desenvolvidas, devido a um aumento ao acesso das mulheres às medidas preventivas e diagnósticas realizadas através das iniciativas de combate ao câncer do colo

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.000.589

do útero, iniciadas após a criação do SUS (GIRIANELLI VR et al, 2014). As primeiras ações do Ministério da Saúde de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil surgiram entre os anos de 1972 e 1975, porém, somente em 1998/1999 as ações de prevenção foram ampliadas com a implantação do Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero através da Portaria GM/MS nº 3.040/98 e o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), Portaria número 408/99 com intuito de estabelecer estratégias para a detecção precoce dessa neoplasia, ampliando-as para um maior número de mulheres amparadas (INCA, 2011). Dentro da Política Nacional de Atenção Básica do Estado do RS está o programa de Saúde da Mulher que engloba a prevenção do câncer de colo do útero de acordo com o preconizado pelo protocolo de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Um dos objetivos desse protocolo é a amplitude do rastreamento nas populações definidas como alvos e de risco, entre elas as mulheres de maior vulnerabilidade social e com dificuldade ao acesso aos serviços de saúde de atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

1.2 Fatores de risco: Segundo o Instituto Nacional do Câncer, o principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais precursoras do câncer de colo do útero é a persistência da infecção pelo HPV. Cerca de 90% dos casos de lesões na região cervical, desde anormalidades citológicas, displasias de diferentes graus até o câncer estão associadas à presença desse vírus (LETO et al, 2011). Há mais de 100 tipos de HPV, porém os tipos 16 e 18, classificados como de alto risco oncogênico, são os que mais prevalecem no carcinoma cervical invasor, apresentando uma incidência elevada nas infecções encontradas no trato genital feminino. Entretanto, em lesões exofíticas conhecidas como verrugas genitais, condilomas acuminados ou "crista de galo", predominam os HPV tipos 6 e 11, de baixo risco oncogênico encontrados em cerca de 10% dos casos de lesões de baixo grau do colo do útero (NAKAGAWA et al, 2010). Diversos fatores de risco estão associados a aquisição do vírus HPV e desenvolvimento lesões intraepiteliais cervicais, tais como: baixo nível sócio-econômico-cultural, múltiplos parceiros sexuais, início precoce da atividade sexual, ausência de exames citopatológicos de rotina, tabagismo, imunossupressão, alterações hormonais e suscetibilidade genética (PINTO et al, 2012).

1.3 O vírus HPV: O HPV é um vírus envelopado tumorigênico pertencente à família Papillomaviridae e gênero Papillomavirus, possui um genoma viral pequeno constituído de aproximadamente 8 mil pares de bases de dupla fita circular de DNA que codificam proteínas virais (ROSA et al, 2009). Ele penetra e se replica no núcleo de células epiteliais da pele e mucosas da boca, conjuntiva, vagina, cérvix e reto, tanto de homens quanto de mulheres, devido a sua alta capacidade de multiplicação em células basais e parabasais do epitélio escamoso da junção escamocolumnar do colo do útero.

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.000.589

(LETO et al, 2011). Na fase da infecção, o vírus altera o ciclo celular do epitélio escamoso, integrando-se ao genoma da célula hospedeira e produzindo partículas virais completas. Na fase proliferativa do vírus, oncoproteínas são produzidas a partir da expressão dos genes E1, E2, E4, E5, L1 e L2 responsáveis pela replicação do DNA viral, controle da transcrição e replicação viral (FERRAZ et al, 2012). O vírus HPV possui tropismo por queratinócitos basais infectando os mesmos durante o processo de replicação celular em que o genoma viral é incorporado ao DNA celular. Após a entrada do genoma no núcleo celular, o vírus inicia seu ciclo reprodutivo com produção de episomas virais ao mesmo tempo que distribui seu genoma às células filhas do hospedeiro com o auxílio das proteínas E1 e E2 (BRAVO et al, 2015). Estudos recentes indicam que a patogenicidade viral e o desenvolvimento de displasias e transformação em células cancerosas dependem principalmente da atividade desregulada de proteínas virais. Embora múltiplos fatores estejam associados ao controle da expressão gênica do HPV tais como genótipo do vírus, tropismo pela célula hospedeira, hormônios e a **imunidade** do hospedeiro, a capacidade do vírus de causar infecção e desenvolver neoplasias também está correlacionada com a expressão desregulada das proteínas virais de alto risco E6 e E7 em ambientes epiteliais específicos (EGAWA et al, 2015). O tempo do início da replicação viral até o aparecimento dos sintomas é altamente variável, pois o vírus é dependente da diferenciação completa dos queratinócitos. Pode levar semanas ou anos para o desenvolvimento de infecção, sendo assintomática na maioria dos casos pois com a liberação mínima de citocinas inflamatórias e nenhuma apoptose o sistema imune do hospedeiro não é ativado ou é inadequado, portanto, nenhuma inflamação ocorre na maior parte do ciclo infeccioso do HPV (STANLEY M. A., 2012). A transmissão do vírus ocorre preferencialmente pelo contato sexual, incluindo sexo oral, porém como o vírus possui a capacidade de se instalar na pele em regiões como virilha, coxas e ao redor dos órgãos genitais, o contágio pode ocorrer também por via não sexual (ALMEIDA et al, 2011).

1.4 Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: O rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil faz parte do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, criado em 1998, desenvolvido com o intuito de auxiliar na detecção precoce, prevenção, controle da doença e assistência e como meta reduzir sua incidência e mortalidade. O programa possui como objetivos a cobertura efetiva da população de risco, qualidade da coleta, interpretação do material, tratamento e acompanhamento adequado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A idade preconizada para o rastreamento do câncer do colo do útero e de lesões precursoras por meio do exame citopatológico Papanicolaou é a partir de 25 anos, em mulheres que já iniciaram atividade sexual, aos 64 anos, para mulheres sem histórico de doença pré-invasora e que possuam dois exames

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.000.589

citopatológicos negativos consecutivos nos últimos cinco anos. O rastreio abaixo dos 25 anos se mostrou ineficaz devido ao maior risco de mortalidade obstétrica e neonatal perante o tratamento de lesões precursoras e da baixa incidência de câncer de colo do útero em mulheres jovens, pois trata-se de uma doença que possui uma evolução lenta (INCA, 2016).

1.5 O exame preventivo Papanicolaou: O exame preventivo do câncer do colo do útero (ou exame papanicolaou) é um método simples, rápido e barato utilizado no rastreamento e detecção de alterações no epitélio cervical e lesões precursoras, sendo a melhor estratégia para reduzir a morbimortalidade entre as mulheres (INCA, 2016). A técnica de Papanicolaou consiste na remoção mecânica de células descamadas do conteúdo vaginal da região da ectocérvice, com auxílio da espátula de Ayre e da região da endocérvice e junção escamocolumnar, com uma escova endocervical. O material coletado é espalhado de maneira uniforme em uma lâmina de microscopia previamente identificada e posteriormente fixada com spray fixador. Após a coloração de Papanicolaou, o material cervicovaginal é analisado em microscopia, possibilitando assim a avaliação citológica e a classificação do grau de displasia celular (STIVAL et al, 2005). Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2013) a coleta do material para o exame citopatológico deve ser realizado por profissionais preparados e treinados, seguindo todas as etapas de modo adequado para se obter resultados fidedignos no diagnóstico, com o mínimo de amostras insatisfatórias para análise citopatológica. Esse exame não detecta o vírus HPV e sim as alterações celulares no tecido epitelial do colo do útero, portanto, sendo indicado na rotina de rastreamento para o câncer cervical e lesões precursoras (SILVA et al, 2014). A detecção precoce de lesões intraepiteliais se torna imprescindível para o prognóstico de cura e aumento de sobrevida das pacientes, porém muitas mulheres ainda não realizam o exame com a periodicidade recomendada ou buscam assistência somente quando apresentam algum sinal ou sintoma, diminuindo assim, a chance de sucesso no tratamento (MEDEIROS et al, 2015). Compete aos profissionais de saúde a orientação sobre a importância da realização periódica do exame preventivo independentemente da idade e dos fatores de risco, pois a sua realização permite reduzir em 70% a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco. O Instituto Nacional de Câncer tem realizado diversas campanhas educativas para incentivar o exame preventivo tanto voltadas para a população feminina quanto para os profissionais de saúde (QUEIROZ et al, 2007).

1.6 O diagnóstico citopatológico: A classificação citológica cervicovaginal adotada pelo Sistema Único de Saúde desde junho de 2006 faz parte do conjunto de nomenclaturas do Sistema Bethesda que classifica as anormalidades da morfologia do epitélio escamoso cervical em: atipias celulares

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.000.589

de significado indeterminado (ASCUS), e quando causado pelo HPV há um maior risco de desenvolvimento do câncer; lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL), caracterizada por lesão com limitada preservação do epitélio escamoso da cérvix, quase sempre associado a presença do HPV; células escamosas atípicas que não se descarta uma lesão de alto grau (ASCH); lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), caracterizada por atipias nucleares no epitélio pavimentoso; e carcinoma in situ, primeiro estágio do câncer (DERCHAIN et al, 2005; LIBERA et al, 2016). As anormalidades no colo uterino também podem ocorrer no epitélio glandular cervical, através de atipias celulares (AGC), adenocarcinoma in situ (AIS) ou adenocarcinoma invasor. Complementarmente, após o exame citológico, outros métodos podem ser utilizados para o diagnóstico de lesões no epitélio cervical, como a colposcopia e o exame anatomopatológico (técnica padrão ouro de diagnóstico). O diagnóstico da infecção pelo HPV na fase assintomática ou antes do aparecimento das lesões diminui consideravelmente a ocorrência de casos de câncer cervical pois as lesões persistentes pelo vírus e carga viral predispõem o desenvolvimento de lesões escamosas intraepiteliais de alto grau (HO et al, 1998; Leto et al, 2011). Os métodos moleculares, tais como hibridizações moleculares de ácidos nucleicos, tipo Southern Blot, Captura de Híbridos, Hibridização "in situ" e Reação em Cadeia de Polimerase, são diretos e utilizados para relacionar o tipo viral envolvido na infecção (QUEIROZ et al, 2007). O exame de PCR (Reação em Cadeia da Polimerase), é caracterizado por possuir alta sensibilidade para pesquisas de DNA. Para a detecção do DNA do HPV, primers conhecidos com a sequência da região L do HPV são utilizados como iniciadores para a amplificação do DNA viral, identificando assim seu genótipo. Essa técnica associada à análise do material cervicovaginal possibilita o acompanhamento da paciente infectada evitando a evolução do vírus em lesões e carcinoma in situ (Brighenti et al, 2010).

1.7 A população indígena: Segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, essa população se torna mais vulnerável aos agravos à saúde em uma maior magnitude entre os brasileiros, portanto, sentiu-se a necessidade da criação de políticas com o intuito de garantir aos povos indígenas acesso à atenção integral à saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). A diversidade cultural entre as populações indígenas reflete diretamente no comportamento e personalidade feminina no anseio da comunidade. A diferença de gênero em uma cultura indígena vai muito além da diferença de sexos, pois exige o entendimento além da sexualidade, diferenças biológicas, comportamentais e sociais no contexto da comunidade, buscando formas de contextualizar o tempo e o espaço em diferentes formas de percepção (Grubits et al, 2005). A necessidade de um atendimento diferenciado a saúde das mulheres indígenas surgiu com o aumento da exposição das mesmas às

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.000.589

infecções sexualmente transmissíveis (IST), precocidade no período reprodutivo e a sua particular situação sociocultural (PEREIRA et al 2014). Cerca de 28% da população feminina indígena do Brasil foi diagnosticada com câncer cervical entre os anos de 2005 e 2015, apresentando piores desfechos quando comparadas a população não indígena. Mudanças sociais e comportamentais podem ser considerados fatores para o aumento do risco dessa população (AGUIAR et al, 2016). O estudo epidemiológico de Rodrigues et al (2014), com mulheres indígenas do Paraná demonstrou alta prevalência de infecção pelo HPV de tipos oncogênicos em mulheres com idade abaixo de 30 anos. Aproximadamente 30% da população estudada apresentou infecção pelo HPV e cerca de 50% foram encontradas atipias de significado indeterminado, LSIL e HSIL (RODRIGUES et al, 2014). Apesar da existência de diretrizes apresentadas pelo Ministério da Saúde que destacam a importância da realização de ações para a prevenção e tratamento do câncer do colo do útero em mulheres indígenas e a vulnerabilidade frente a uma maior exposição desse grupo aos fatores de risco para a infecção pelo HPV, como o início precoce da atividade sexual, multiparidade e a prevalência de ISTs, ainda são escassos dados epidemiológicos e estudos sobre incidência desse câncer nas populações indígenas (SOLÉ PLA et al, 2012), sendo que o estudo de Pereira et al (2014) relaciona essa elevada prevalência de lesões cervicais nas mulheres indígenas ao fato do escasso acesso à informação e exames preventivos (PEREIRA et al, 2014).

1.8 Importância de ações de promoção à saúde: As ações de promoção à saúde surgiram como estratégias de produção de saúde com o âmbito de articular condutas que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde, incluindo os povos indígenas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). A educação em saúde se torna uma ferramenta importante para a conscientização das mulheres indígenas em relação à prevenção do câncer do colo do útero, seus riscos e a busca de um tratamento especializado, ajudando a identificar os obstáculos culturais frente a percepção indígena do processo saúde e doença (AGUIAR JR. et al, 2016). Nesse contexto, conhecer as tradições indígenas das mulheres relacionadas ao cuidado do seu corpo, uso de ervas e regras sexuais se torna um fator relevante para a atuação do profissional na educação em saúde e promoção de estratégias para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis nessa população (PEREIRA et al, 2014). Diante da importância do tema sobre a saúde da mulher indígena e a relação entre o câncer do colo do útero e a infecção pelo HPV, o presente estudo tem como objetivo rastrear a incidência de lesões precursoras do câncer do colo do útero e correlacionar com a infecção pelo HPV e neoplasias em mulheres indígenas Mbyá-Guarani do litoral norte que estão em idade fértil, permitindo ações direcionadas de forma adequadas a realidade do grupo estudado.

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.000.589

HIPÓTESE

Acredita-se que exista a contaminação por HPV entre a população indígena.

METODOLOGIA

Detalhamento do fluxograma da metodologia do estudo:

1. Apresentação do projeto ao enfermeiro Zico da Silva Werá, Presidente do Conselho de Saúde Indígena DSEI Litoral Sul e enfermeiro responsável pelo polo base de Osório Geraldo Schneider de Mello ocorrido no laboratório de patologia UFCSPA em agosto de 2017;
2. Apresentação do projeto aos principais representantes indígenas guaranis do Rio Grande do Sul: ENFERMEIRO ZICO DA SILVA WERÁ, PRESIDENTE DO CONSELHO DE SAÚDE INDÍGENA DSEI LITORAL SUL; RAMON BRIZOELA, REPRESENTANTE DA ALDEIA CAMPO MOLHADO; CLAUDIO COSTA, PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DOS POVOS INDÍGENAS; ANICITO GOZALLE, LIDERANÇA INDÍGENA GUARANI E REPRESENTANTE DO PÓLO BASE INDÍGENA DE OSÓRIO ENFERMEIRO GERALDO SCHNEIDER DE MELLO em agosto de 2017;
3. Anuência do Conselho Distrital e FUNAI em agosto de 2017;
4. Submissão ao CEP/CONEP em outubro de 2017;
5. Após aprovação do CEP, apresentação do projeto as comunidades: Sol Nascente (Osório), Varzinha (Caraá), Campo Molhado (Maquiné), Acampamento Som Dos Passáros – Solidão (Maquiné), Acampamento FEPAGRO (Maquiné), Km 45 E Km 50 (Riozinho), Campo Bonito (Torres);
6. Solicitação do consentimento da comunidade, para realização do estudo;
7. Realização de oficinas educativas na comunidade referente a ISTs;
8. Orientação de ações de prevenção do câncer do colo do útero com a participação de todos os residentes das comunidades, com linguagem de fácil entendimento e com o apoio da equipe de saúde do pólo base indígena de Osório;
9. Incentivo a coleta de exames preventivos e estudo do HPV;
- 9.1 Coleta do exame preventivo do câncer do colo do útero em duplicata dentro da comunidade indígena;
- 9.1.1 Lâmina: Coleta em duplicata, uma para a rotina do DSEI (envio da lâmina para a rede e cadastramento no programa SISCAN) e lâmina para estudo.
- 9.1.2 Escova cervical: escova que normalmente seria descartada, para ser analisada na UFCSPA;
- 9.1.3 Retorno com o resultado para comunidade indígena e orientações de saúde e prevenção.
10. Coleta do preventivo e análise das lâminas e vírus;
11. Retorno as comunidades para orientação. Metodologia de Análise de Dados: Os dados obtidos

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conepl@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.000.589

serão armazenados em Excel e serão tabulados com o auxílio do programa estatístico SPSS.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão inseridas todas aquelas que consentiram com a participação do estudo, sendo do sexo feminino das comunidades indígenas da região do litoral norte do Rio Grande do Sul.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídas as participantes que estiverem menstruadas e/ou grávidas.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS PRIMÁRIOS

Incentivar a adesão ao rastreamento de lesões cervicais e identificar a frequência dessas lesões em comunidades indígenas do Rio Grande do Sul.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Identificar a presença de HPV e tipos virais;
- Descrever o perfil sócio demográfico através da aplicação de um questionário;
- Avaliar a frequência de HPV em comunidades indígenas do Rio Grande do Sul;
- Avaliar a taxa de adesão ao rastreamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Poderá ocorrer um desconforto durante a coleta ginecológica, porém, como de rotina, serão realizados procedimentos necessários para minimizá-los. Salientamos que não haverá violação nas formas de organização social, crenças e costumes da comunidade indígena, principalmente a vida dos sujeitos, da mesma forma que serão respeitados os hábitos e costumes da comunidade respeitando o tempo que cada indivíduo necessitará para a realização da coleta.

BENEFÍCIOS

Incentivar a adesão ao rastreamento do câncer do colo do útero através da coleta cervical na própria comunidade e no momento pós-diagnóstico será oferecido à mulher indígena orientações e esclarecimento sobre as possíveis dúvidas que possam surgir posteriormente estando a equipe sempre à disposição.

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conept@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.000.589

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se da Emenda 1 ao Protocolo, que envia a autorização da Funai e atualiza a equipe do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo de "Conclusões ou Pendências e Listas de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo de "Conclusões ou Pendências e Listas de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram identificados óbices éticos nesta emenda.

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 da emenda proposta ao projeto de pesquisa.

Situação: Emenda aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1205427_E1.pdf	21/08/2018 14:56:28		Aceito
Outros	Justificativa_Emenda_21_08_18.pdf	21/08/2018 14:55:47	Giovana Tavares dos Santos	Aceito
Outros	Autorizacao_FUNAI.pdf	21/08/2018 14:53:40	Giovana Tavares dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_corrigido.pdf	18/03/2018 00:07:59	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/03/2018 00:02:36	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	Formulario_para_Requisicao_de_Exame_Citopatologico_415.pdf	18/03/2018 00:00:11	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	termo_de_compromisso.pdf	17/03/2018	Léia Gonchoroski	Aceito

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.000.589

Outros	termo_de_compromisso.pdf	23:59:14	Machado	Aceito
Outros	Carta_ajuste_de_pendencias_conep.PDF	17/03/2018 23:58:32	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	declaracao_de_infraestrutura.pdf	17/03/2018 23:56:51	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	declaracao_de_confidencialidade.pdf	17/03/2018 23:56:20	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	declaracao_de_armazenamento_e_descarte_2.pdf	17/03/2018 23:55:47	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	declaracao_de_armazenamento_e_descarte_1.pdf	17/03/2018 23:55:02	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	17/03/2018 23:43:29	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	termo_de_anuencia_4.pdf	24/12/2017 16:43:44	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	termo_de_anuencia_3.pdf	24/12/2017 16:43:30	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	termo_de_anuencia_2.pdf	24/12/2017 16:43:07	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	termo_de_anuencia_1.pdf	24/12/2017 16:42:03	Léia Gonchoroski Machado	Aceito
Outros	termo_compromisso_entrega_relatorio.pdf	30/11/2017 13:26:21	Giovana Tavares dos Santos	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	06/11/2017 14:47:35	Giovana Tavares dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	06/11/2017 13:29:46	Giovana Tavares dos Santos	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia_5_Funai.pdf	06/11/2017 13:24:13	Giovana Tavares dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

BRASILIA, 06 de Novembro de 2018

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador(a))

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br