

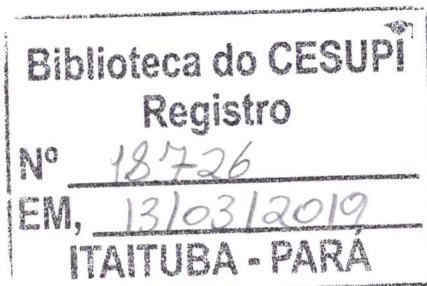


CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

SIMONE RIBEIRO DA SILVA

**REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAU E MAMOGRAFIA EM
MULHERES INDIGENAS: Revisão da literatura**

Itaituba - PA
2017



SIMONE RIBEIRO DA SILVA

**REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAU E MAMOGRAFIA EM
MULHERES INDIGENAS: Revisão da literatura**

Trabalho de conclusão de curso apresentada à
Coordenação do Curso de Enfermagem da
Faculdade de Itaituba como requisito para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Mara Nascimento

Itaituba - PA

2017

SLVA, Simone Ribeiro. Realização do exame Papanicolau e mamografia em mulheres indígenas: Revisão da literatura / Simone Ribeiro da Silva: FAI, 2017.

p. al:

Orientadora: Mara Nascimento. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Itaituba, 2017. 1. Saúde Indígena. 2. Papanicolau. 3. Exame. 4. Mamografia. Orientadora: Mara Nascimento. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR – PA, 2017.

SIMONE RIBEIRO DA SILVA

**REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAU E MAMOGRAFIA EM
MULHERES INDIGENAS: Revisão da literatura**

Trabalho de conclusão de curso apresentada à
Coordenação do Curso de Enfermagem da
Faculdade de Itaituba como requisito para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Mara Nascimento

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof. _____

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. _____

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. _____

Resultado: _____ Média: _____

Data: ____ de _____ de 2017

*À Deus por tudo que tem me
proporcionado, por todas as coisas
maravilhosas que tem feito na minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, segundamente a toda a minha família e amigos, pela força que me deram no decorrer do curso. Agradeço ainda a instituição pela oportunidade e aos professores por todos os aprendizados que foram repassados.

RESUMO

Essa monografia trata-se de uma pesquisa literária que aborda a questão do exame preventivo do colo uterino da mamografia em indígenas, tendo seu objetivo enfocando sobre questões referentes aos desafios que se fazem presentes ao se tentar promover tais medidas de saúde. A construção deste trabalho encontra-se sob a ótica da pesquisa literária, onde procurou-se discutir a respeito do tema, utilizando-se estudos que abordam o assunto e que foram publicados em meio eletrônico no período de 2000 a 2015. Para este trabalho foram selecionados um total de 6 estudos, sendo os mesmos referentes a artigos, um editorial e uma tese. Por meio da análise minuciosa dos estudos, assim como a interpretação, pode-se evidenciar que no que concerne a questão da realização do exame preventivo do colo uterino por mulheres, este ainda enfrenta muitos desafios, sejam devido a marginalização da saúde indígena, as questões referentes a cultura ou mesmo a problemas provenientes da localização das aldeias indígenas e da falta de preparo de muitos profissionais em relação ao assunto, quando nos referimos a saúde da mulher indígena. Foi notável também dificuldades encontradas ao tentar realizar este estudo, devido a carência de estudos que aborde o assunto. Portanto, recomenda-se ao final que seja realizado o incentivo quanto a construção de novos estudos, os quais abordem o tema.

Palavras – Chaves: Enfermagem. Saúde indígena. Exame preventivo. Mamografia.

ABSTRACT

This monograph deals with a literary research that addresses the issue of cervical screening in mammograms, focusing on issues related to the challenges that are present when trying to promote such health measures. The construction of this work is based on the perspective of the literary research, where it was tried to discuss about the subject, using studies that approach the subject and that were published in electronic means in the period from 2000 to 2015. For this work were Selected a total of 6 studies, the same being related to articles, an editorial and a thesis. Through the careful analysis of the studies, as well as the interpretation, it can be shown that in relation to the question of the accomplishment of women's cervical cancer screening, it still faces many challenges, whether due to the marginalization of indigenous health, issues Referring to the culture or even problems arising from the location of indigenous villages and the lack of preparation of many professionals in relation to the subject, when we refer to the health of indigenous women. There were also difficulties encountered in trying to carry out this study, due to the lack of studies that address the subject. Therefore, it is recommended at the end that the incentive for the construction of new studies, which address the theme, should be carried out.

Keywords:Nursing. Indigenous health. Preventive examination. Cancer of the uterine cervix.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Diferentes estágios do câncer de colo do útero.....	17
Figura 02 – Coleta para o exame citopatológico.....	19
Figura 03 – Como realizar o autoexame das mamas.....	22
Figura 04 – Realização do exame de mamografia.....	24
Figura 05 – Instituições e periódicos de publicações do material utilizado.....	35
Figura 06 – Tipo de publicação.....	36
Figura 07 – Ano de publicação dos estudos.....	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA	13
2.1 SAÚDE DA MULHER.....	13
2.2 IMPORTÂNCIA DO ACESSO A INFORMAÇÃO	14
2.3 CÂNCER DO COLO DE ÚTERO	16
2.4 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DO COLO UTERINO NO BRASIL.....	18
2.5 EXAME CINTOPATOLÓGICO	19
2.6 CÂNCER DE MAMA: DEFINIÇÕES E CONCEITOS	20
2.7 EXAME DE MAMOGRAFIA	23
2.8 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL	25
2.9 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS.....	26
2.10 CÂNCER DE COLO UTERINO EM MULHERES INDÍGENAS.....	28
2.10 CÂNCER DE MAMA EM MULHERES INDÍGENAS.....	29
3 METODOLOGIA.....	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	34
5 CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

O Papiloma Vírus Humano (HPV) é o agente causador do câncer de colo uterino um problema que afeta mulheres no mundo inteiro contribuindo para o aumento da taxa de mortalidade dentro deste grupo.

O câncer de colo do útero é um problema sério e que causa grande preocupação nas autoridades sanitárias devido ao transtorno que causa as mulheres que por ele são atingidas. É o terceiro tipo de câncer mais comum na população feminina e a quarta principal causa de óbito em função de câncer.

Não obstante a grande preocupação existente em relação a esta patologia nos dias atuais, uma maior preocupação acaba surgindo em relação a situação vivenciada pelas mulheres que fazem parte dos grupos indígenas, pois como já se sabe, este grupo possui uma vulnerabilidade muito maior quando encontram-se diante de enfermidades graves.

O câncer de mama é o tipo de patologia que apresenta a maior prevalência em mulheres no Brasil, sendo que no casos de mulheres de populações indígenas, este vem apresentando uma certa evidencia nos dias atuais. Entretanto dados a respeito do número de casos que atingem tal grupo, ainda é relativamente escasso. Como forma de prevenir novos casos, é importante que cada vez mais novas políticas venham a ser criadas visando contribuir na difusão da realização do exame de mamografia em mulheres indígenas.

Diante desta preocupação o governo federal vem a cada ano criando políticas que possam contemplar a saúde das mulheres indígenas, de forma que se alcance um modelo de saúde plena dentro deste grupo. A principal forma de prevenção do câncer do colo uterino, se faz através do exame preventivo, o qual é denominado cintopatológico, enquanto que a melhor forma de prevenção contra o câncer de mama se faz por meio da realização do exame de mamografia. Infelizmente as mulheres dos grupos indígenas ainda apresentam uma carência evidente em relação a realização de tal exame.

A saúde indígena é uma área especial dentro da saúde pública brasileira, atentando-se para o bem estar dos indivíduos de etnia indígena. Os grupos indígenas estão muito mais suscetíveis a enfrentarem as mais diversas patologias, sendo que devido a situação vivida por esta população, os mesmo enfrentam uma maior taxa de morbidade e mortalidade.

A saúde da mulher indígena tem se tornado nos últimos anos foco de preocupação da saúde pública. Isto se dá principalmente em virtude da situação de vulnerabilidade apresentada pelos grupos indígenas do sexo feminino. O câncer do colo uterino é uma das doenças que mais atingem esta população, sendo responsável por um elevado número de óbitos nas últimas décadas. Assim nos últimos anos as autoridades públicas tem criado grandes esforços para realizar a implementação de medidas que incluam a população indígena do sexo feminino no panorama da atenção básica e concretizem assim a realização do exame Preventivo do Colo Uterino. Em relação ao câncer de mamas nesta população, estudos demonstram que esta patologia ainda não apresenta uma prevalência tão abrangente quanto ao do câncer de colo do útero, no entanto, é muito importante que desde cedo sejam realizadas as primeiras medidas visando manter a taxa da doença de uma forma estável.

Tendo em vista o que se expõe acima, este projeto foi elaborado em virtude da importância existente em torno do tema e de que a população indígena feminina possa ser incluída no programa de prevenção do Câncer do Colo Uterino e do câncer de mama, uma vez que ainda existe uma carência muito evidente em relação a realização do exame citopatológico por esta população e principalmente da mamografia.

O mesmo possui como objetivos, identificar os principais motivos pelos quais as mulheres de populações indígenas não realizam o exame preventivo do câncer do colo de útero e a mamografia, além de demonstrar qual o papel exercido pela enfermagem diante de tal problemática.

Este trabalho encontra-se dividido em 5 partes, sendo a primeira referente a introdução, onde se faz um apanhado geral sobre o tema, a segunda parte diz respeito a fundamentação teórica, onde se utilizam argumentos e ideias de outros autores como maneira de promover o embasamento teórico dentro do trabalho. A terceira parte é composta pelo percussão que foi realizado ao se elaborar este trabalho. A seguir temos os resultados e discussões, onde o assunto é discutido de acordo com os estudos que foram selecionados pela pesquisa. A última parte é referente a conclusão do trabalho, centrando-se em reafirma de maneira breve o que já foi dito e dispor ideias viáveis que possam contribuir para a solução ou amenização do problema, ideias estas que devem envolver especialmente a equipe de enfermagem.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.1 SAÚDE DA MULHER

O Brasil vem estabelecendo políticas públicas para controlar a incidência do câncer de colo de útero desde 1984 com o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que ampliou o cuidado para além da tradicional abordagem ao ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2016).

Em 1986 foi criado o Programa de Oncologia do Instituto Nacional do Câncer(Pro-Onco), que em 1990 tornou-se Coordenação de Programas de Controle de Câncer tendo como linhas de trabalho a informação e educação sobre os quatro tipos de câncer mais incidentes, entre eles o de colo de útero (BRASIL, 2004).

Devido à necessidade de um programa de âmbito nacional, em 1995 o Ministério da Saúde (MS) elaborou um estudo piloto denominado Viva Mulher, que subsidiou a elaboração do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e priorizou a realização de exames preventivos em mulheres de 35 a 49 anos que estavam sem fazê-lo ou nunca tinham feito, em seis localidades do país. Em 1998 foi instituído o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo de Útero através da Portaria (BRASIL, 2016).

GM/MS nº 3040/98, com estruturação da rede assistencial, desenvolvimento de um sistema de informação, mecanismos de funcionamento e definição de competências dos três níveis de governo. Com o fortalecimento e qualificação da rede de Atenção Básica e ampliação dos centros de referência, em 2002, houve uma intensificação da oferta de serviços. Em 2005 a Política Nacional de Atenção Oncológica estabeleceu como um dos componentes fundamentais nos planos estaduais e municipais o controle do câncer de colo de útero, propondo diretrizes estratégicas (BRASIL, 2004).

A importância da detecção precoce foi reafirmada no Pacto pela Saúde, em 2006, incluindo indicadores e metas a serem alcançados pelos estados e municípios. O objetivo é diminuir a incidência, a mortalidade e melhorar a qualidade de vida das mulheres já diagnosticadas (BRASIL, 2016).

No Brasil a principal porta de entrada e ordenadora do Sistema de Saúde é a Atenção Básica ou Atenção Primária por meio das Unidades de Saúde descentralizadas em todo o país, próximas ao usuário, dentro de seu território

fazendo interface com suas condições de vida, possuindo ou não a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2004).

A ESF possui a especificidade de ser composta por uma equipe multiprofissional que se responsabiliza por uma área com delimitações geográficas e populacionais determinadas, onde todos os usuários são cadastrados. Esta equipe se responsabiliza pela atenção integral à saúde e o cuidado longitudinal, através da educação e vigilância em saúde (BRASIL, 2004).

A eficácia e impacto nas condições de saúde apresentadas pela implantação da ESF nos municípios são confirmados, por vários estudos e avaliação de indicadores de saúde (BRASIL, 2004).

Em relação ao câncer de colo de útero a cobertura da ESF na população apresenta potencialidades para ampliar e qualificar práticas preventivas. e uma maneira geral, a cobertura de exames preventivos na população ainda não é a esperada o que reflete em altas taxas de mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil (BRASIL, 2016).

2.2 IMPORTÂNCIA DO ACESSO A INFORMAÇÃO

Acesso ao serviço ou ações de saúde pode ser analisado por duas formas. A primeira referente a possibilidade do uso do serviço, que inclui disponibilidade, localização, estrutura física e recursos humanos, entre outras. E a segunda que se refere à compreensão do indivíduo sobre suas condições e necessidades de ações de saúde, através da conscientização suscitada pelo acesso à informação (BRASIL, 2013).

A primeira condição diz respeito ao acesso, o qual expressa características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade das pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam. Barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde. A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso (BRASIL, 2016).

Neste sentido, o acesso está vinculado a questões de gestão do sistema de saúde que deve avaliar minuciosamente a realidade demográfica, social, cultural,

epidemiológica e econômica de cada localidade para decidir a melhor forma de implantação de ações e serviços de saúde. Possibilitando que os investimentos e instalações sejam coerentes e adequados à singularidade da comunidade, otimizando recursos e atendendo as necessidades locais. Esta avaliação pode ser realizada através da elaboração do Diagnóstico Local e Municipal, que reúne todas as informações necessárias para conhecimento do território e população residente, a fim de que ações de saúde possam ser avaliadas quanto ao seu impacto na situação de saúde local e municipal (BRASIL, 2013).

Mas a simples oferta de serviços e ações de saúde não é suficiente para garantir o seu uso e principalmente impactar e modificar a situação de saúde dos indivíduos e comunidade. É preciso que as pessoas tenham conhecimento e informação para compreender e detectar suas necessidades de saúde (BRASIL, 2016).

Ainda existem atividades, principalmente as relacionadas à prevenção de agravos, que funcionam aquém de sua capacidade de atendimento. E algumas que apresentam alta produtividade em números brutos de atendimentos, mas que quando são avaliados detalhadamente buscando a caracterização de seus usuários, detecta-se que é sempre a mesma população. São pessoas que já possuem o hábito de realizar ações de prevenção e por isso retornam com frequência ao serviço (BRASIL, 2004).

Para que o indivíduo procure o serviço de saúde, principalmente para ações de prevenção, é necessário que ele tenha conhecimento e informações suficientes para motivá-lo a buscar atendimento. Trabalhar com prevenção significa compreender que atitudes e práticas podem mudar a condição de saúde atual e futura, assim, é preciso estar sensibilizado para a realização destas condutas. É diferente quando existe uma necessidade de doença, onde, devido ao incômodo intenso ou a dificuldade de realizar as atividades diárias, torna-se imperativa a busca por atendimento (BRASIL, 2016).

A educação em saúde ajuda as mulheres a terem mais autonomia sobre seu corpo e sua saúde, portanto para o sucesso de ações de rastreamento é necessário que ocorra a divulgação de informações prévias e orientação adequada à população (BRASIL, 2013).

No caso específico do exame preventivo, diversos estudos levantaram as razões pelas quais as mulheres não realizam o exame Papanicolaou e obtiveram

como um dos resultados a falta de conhecimento sobre a importância do exame. Isso confirma que não basta apenas oferecer e garantir o acesso a Unidade de Serviço, é necessário também garantir o acesso ao seu uso, por meio da educação em saúde, divulgação de informações e o comprometimento na formação de cidadãos participativos e controladores do seu processo de saúde/doença (BRASIL, 2004).

Por isso o acesso ao exame preventivo de câncer de colo de útero deve ser avaliado quanto à disponibilidade do serviço e também quanto ao acesso a informações que possibilitem seu uso (BRASIL, 2016).

2.3 CÂNCER DO COLO DE ÚTERO

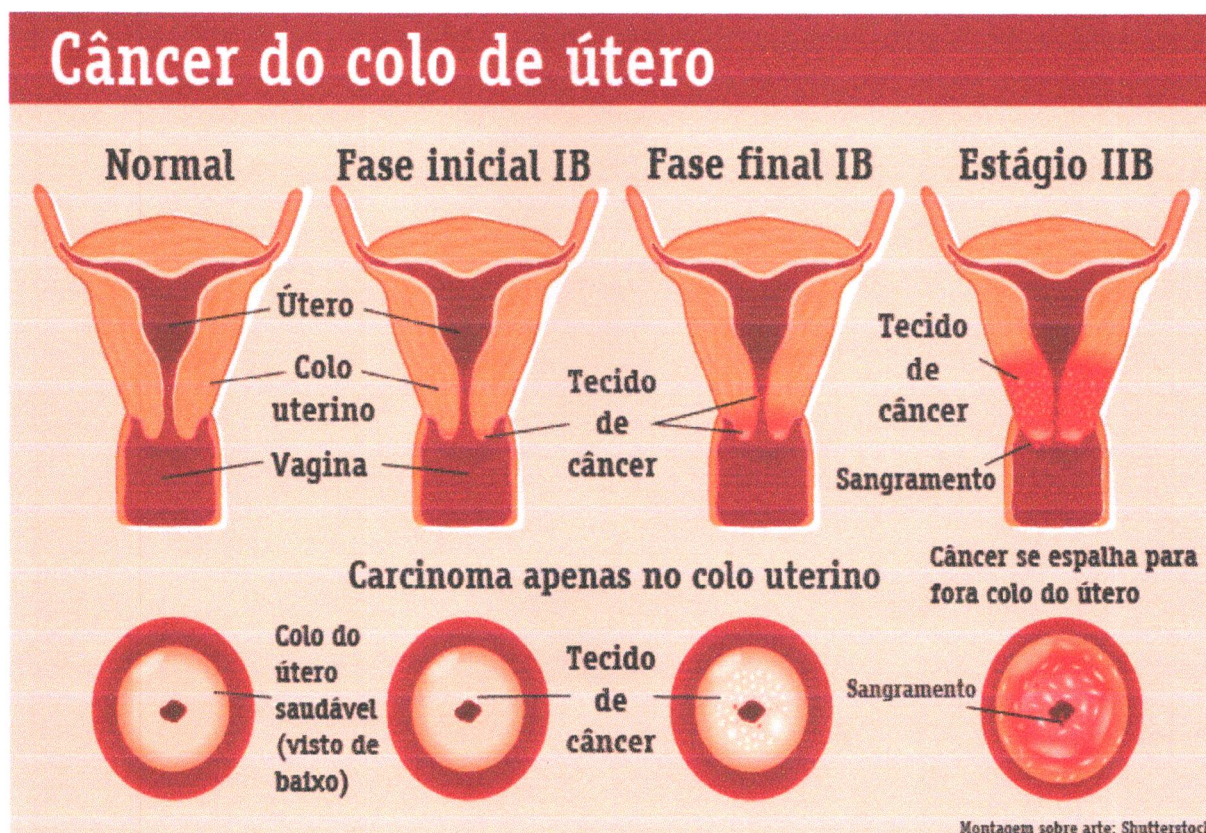
O câncer do colo uterino é um câncer que ocorre devido a infecção pelo HPV. Este tipo de neoplasia é uma das mais prevalentes dentro da população feminina e gera grandes transtornos e preocupação devido a sua alta incidência, além de taxa de mortalidade (DIZ; MEDEIROS, 2009).

No Brasil este tipo de câncer figura em terceiro lugar como o mais frequente, a acometer a população feminina. Quando a questão é a mortalidade, o mesmo vem como a quarta principal causa de óbitos em mulheres (SILVA, 2010)

Assim como todas as outras formas de câncer este possui quatro diferentes tipos de estágios, onde o primeiro é caracterizado somente pela existência de um pequeno e quase indetectável nódulo, já o segundo caracteriza-se pela existência de um pequeno tumor, o qual mais tarde acaba por crescer mais ainda, vindo a se romper e se espalhar pelos tecidos que o circundam, sendo esta a 3 fase. A última fase é a mais agressiva, caracterizada pelo processo de metástase, onde as células cancerígenas caem na corrente sanguínea e se espalham por todo o corpo (DIZ; MEDEIROS, 2009). A figura 01, representa os diferentes estágios do câncer de colo de útero.

Dependendo da fase, torna-se quase impossível se alcançar a cura, pois como demonstrado acima, quando mais alto for o grau de estagio, mais evoluída estará a patologia, o que acaba por se tornar mais grave e difícil de se combater. Assim é de extrema importância que o câncer de colo uterino seja identificado o mais precocemente possível (SILVA, 2010).

Uma vez que o câncer de colo uterino é diagnosticado, o mesmo requer tratamento o mais rápido possível. Assim como o tratamento para os outros tipos de



câncer, este requer em muitos casos métodos altamente agressivos, tais como radioterapia e quimioterapia, os quais trazem efeitos colaterais totalmente indesejados e que levam o paciente a vivenciar um grande sofrimento (SILVA, 2009).

Figura 01 – Diferentes estágios do Câncer de Colo do Útero

Fonte: <http://www.net-bebes.com/saudebeleza/saudeaz/cancro-do-colo-do-uterio>

Em muitos casos é necessária a intervenção cirúrgica, onde a paciente acaba por ser submetida ao processo de histerectomia (retirada do útero) o que acaba por causar um grande transtorno psicológico a mulher. Os efeitos colaterais possuem grande influência também sobre o processo de sofrimento psicológico, pois em muitos dos casos ocorre a queda de cabelo, o que acaba por abalar ainda mais a mulher (SILVA, 2010).

Neste momento o apoio da família e de amigos é de extrema importância, além de que a própria equipe de enfermagem assume um papel chave no que diz

respeito ao apoio prestado as mulheres que estão com câncer de colo uterino (SILVA, 2009).

É importante frisar que a mulher que é submetida ao processo de histerectomia não possui o seu álibi sexual alterado, pois a parte do corpo responsável pelo prazer continua intacta e continuará a dar prazer a mulher (DIZ; MEDEIROS, 2009).

2.4 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DO COLO UTERINO NO BRASIL

Epidemiologicamente falando para o ano de 2012 o câncer do colo uterino foi o quarto principal tipo de câncer a atingir a população feminina, sendo que estima-se um total de aproximadamente 527 mil novos casos por ano, o que gera grande preocupação (SPECK *et al*, 2015).

A incidência deste tipo de câncer é bem maior em países que se encontram em desenvolvimento, sendo que os riscos para se desenvolver-lo inicia-se a partir dos 30 anos de idade. Mulheres acima de 50 são a principal população a ser atingida por este tipo de câncer (SILVA, 2010).

Em 2012 ocorreu um total de 265 mil casos de óbitos envolvendo o câncer de colo uterino sendo que destes mortes, 87% ocorreram em países subdesenvolvidos, o que confirma portanto a tendência de prevalência maior de casos deste tipo de câncer nos países desenvolvidos (SPECK *et al*, 2015).

Em relação a região norte, estudos evidenciam que é neste local onde ocorre maior prevalência de câncer de colo uterino. O que traz uma grande preocupação, pois o câncer vem sempre associado como um fator direto para a alta incidência de mortalidade (SPECK *et al*, 2015).

As estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), para 2016/2017, são de 16.340 novos casos de câncer de colo do útero no Brasil. O câncer de colo do útero é o mais incidente na região Norte (23,97/100 mil). Nas regiões Centro-Oeste (20,72/100 mil) e Nordeste (19,49/100 mil), é o segundo mais frequente. Na região Sudeste (11,30/100 mil), a terceira e, na região Sul (15,17 /100 mil), a quarta mais frequente, sem considerar os tumores de pele não melanoma (SILVA, 2010).

Os pré-cânceres de colo do útero são diagnosticados com muito mais frequência do que o câncer de colo do útero invasivo. Nos últimos 40 anos, com o aumento do uso do exame de Papanicolaou a taxa de mortalidade por câncer de

colo do útero caiu cerca de 50%. O rastreamento com o Papanicolau pode detectar alterações no colo do útero antes que o câncer se desenvolva, além de diagnosticar o câncer de colo do útero precocemente, quando ainda é possível ser curado (SILVA, 2010).

A maioria dos casos de câncer de colo do útero são diagnosticados em mulheres com menos de 50 anos. Raramente se desenvolve em mulheres com menos de 20 anos. Muitas mulheres mais velhas não percebem que o risco de desenvolver câncer de colo do útero ainda está presente com a idade. Mais de 15% dos casos de câncer de colo do útero são diagnosticados em mulheres com mais de 65 anos (SPECK *et al*, 2015).

2.5 EXAME CINTOPATOLÓGICO

O exame cintopatológico é um procedimento no qual é realizado a colheita de células provenientes do colo do útero. Através deste exame torna-se possível identificar se existe ou não alguma alteração neoplásica, que pode significar câncer

Coleta Citológica

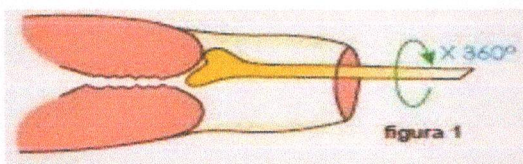
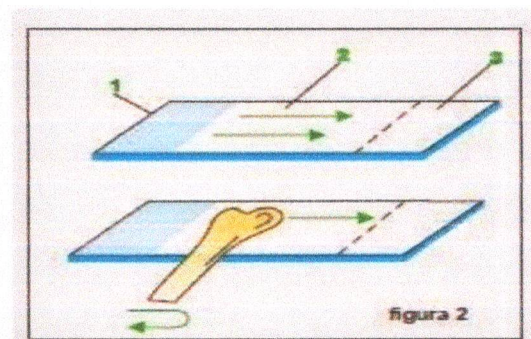


Figura 1: esfregaço da ectocérvice com a espátula de Ayres.



enfermagemcontinuada.blogspot.com

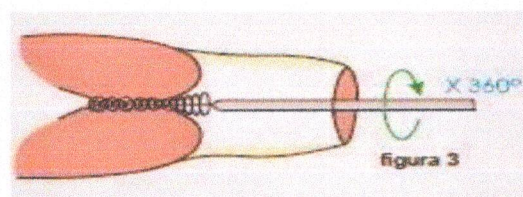


Figura 3: esfregaço da endocérvice com a escova cervical.

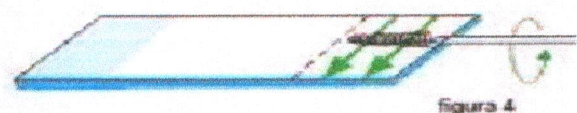


figura 4

ou não (SPECK *et al*, 2015).

Este exame ajuda na detecção não somente do câncer de colo uterino, mas também no diagnóstico de infecção pelo vírus HPV. Assim é de extrema importância que as mulheres realizem este exame, uma vez que o mesmo possui cunho

altamente preventivo (DIZ; MEDEIROS, 2009). A figura 02, abaixo representa como é realizada a coleta do exame cintopatológico.

Figura 02 – Coleta para o exame cintopatológico

Fonte – Ministério da Saúde

A colheita do material cintopatológico ocorre de forma gratuita nas Unidades Básicas de Saúde, onde o enfermeiro é o profissional que realiza o exame, devendo o mesmo estar extremamente capacitado (SILVA, 2009). Muitos desafios ainda são existentes quando se fala a respeito do exame referido, entre eles está o medo e vergonha enfrentados pela maioria das mulheres, as quais sentem-se desconfortáveis ao realizar o exame. Outros aspectos também contribuem para a baixa prevalência na realização do exame, como por exemplo, o retorno para entrega do resultado (SPECK *et al*, 2015).

2.6 CÂNCER DE MAMA: DEFINIÇÕES E CONCEITOS

O câncer de mama é um tumor maligno que se desenvolve nos seios. Todo câncer é caracterizado por um crescimento rápido e desordenado de células. Quando as células adquirem características anormais, células dos lobos mamários, células produtoras de leite ou dos ductos por onde é drenado o leite, podem causar uma ou mais mutações no material genético da célula. Esta doença acontece quase exclusivamente em mulheres, porém existem casos de homens com câncer de mama também.

Algumas mutações possuem a capacidade de fazer com que uma célula apenas se divida, mas não tenha a capacidade de invadir outros tecidos, estes são chamados de tumores benignos ou não cancerosos (BRASIL, 2015).

Para uma célula ser considerada cancerígena é necessário que ocorram mutações no material genético de uma ou mais células e estas adquiram a capacidade não só de se dividir, mas também de evitar a morte celular. Este seria o ciclo normal de vida de qualquer célula do organismo, contudo quando elas invadem os tecidos adjacentes, a doença se instala.

O câncer de mama inicialmente é assintomático. As formas mais fáceis de se descobrir logo no início são por exames como mamografia, ultrassom ou

ressonância magnética. O exame de toque também é importante (BELO HORIZONTE, 2008).

Algumas alterações físicas das mamas podem ser indícios de câncer de mama. Quando há presença destes indícios, é possível que a doença esteja em um nível avançado. Os principais sintomas de acordo com Brasil (2015) são:

- a) Dor ou inversão do mamilo;
- b) Vermelhidão ou descamação do mamilo ou da pele do seio;
- c) Aparecimento de nódulos (caroços) no seio ou nas axilas, podendo apresentar dor ou não, serem duros e irregulares ou macios e redondos;
- d) Presença de secreção pelo mamilo, sanguinolenta ou não;
- e) Inchaço irregular em parte da mama, que pode ficar quente e vermelha;
- f) Irritação ou retração na pele ou aparecimento de rugosidade semelhante à casca de laranja;
- g) Nos casos mais adiantados, é possível aparecer ulceração na pele com odor desagradável;

Um caroço na mama não significa necessariamente câncer. Grande parte dos nódulos mamários são cistos e adenomas benignos. As mamas se modificam naturalmente ao longo do ciclo menstrual (BRASIL, 2015).

É muito importante que as mulheres, uma vez por mês, façam o autoexame da mama. O autoexame é uma medida importante para identificar nódulos de um possível câncer de mama. Esse procedimento é preventivo e deve ser realizado todos os meses, sempre após o período menstrual.

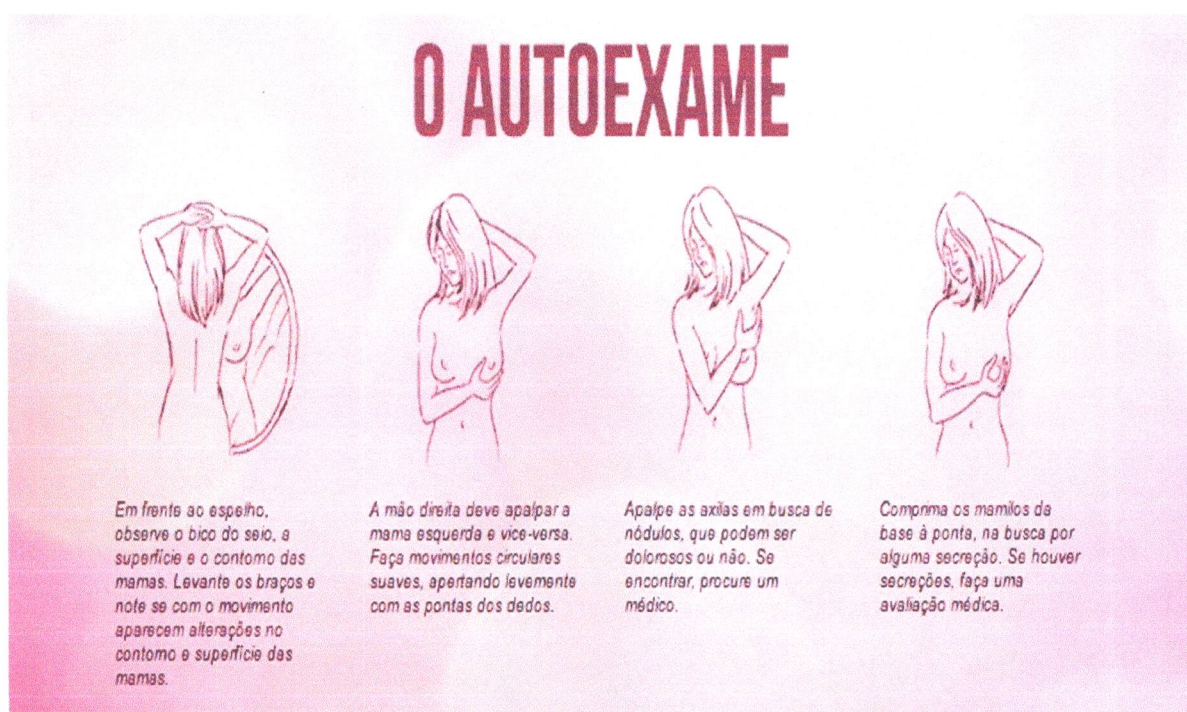
É essencial estar atenta a alterações como retração da pele ou do mamilo, inchaços, assimetria, avermelhamento, secreção com sangue e gânglios que surgem nas axilas, crescentes ou não (BELO HORIZONTE, 2008).

O autoexame não deve ser o único método preventivo, já que o câncer de mama pode ser imperceptível ao toque. Por isso, é indicado visitar anualmente o ginecologista e/ou mastologista para fazer os exames necessários, como a mamografia, ultrassonografia mamária e ressonância magnética (INCA, 2014). A figura 03 demonstra como deve ser realizado o auto exame.

Após a detecção da doença com os exames necessários para o diagnóstico do câncer de mama, é necessário iniciar os tratamentos. Há dois possíveis

tratamentos para o câncer de mama, um clínico e um cirúrgico. Os tratamentos cirúrgicos envolvem a retirada da mama, a mastectomia, ou parte dela. Os tratamentos clínicos envolvem vários tipos de medicamentos, como os quimioterápicos, os hormonais e também a radioterapia, que deve ser empregada logo após o tratamento cirúrgico (BELO HORIZONTE, 2008).

Após o tratamento é possível fazer a reconstrução da mama, com o próprio mastologista ou cirurgião plástico, colocando implantes mamários, que naturalmente influenciarão na auto estima da mulher e consequentemente na parte psicológica



feminina. O câncer de mama ainda não tem prevenção. O diagnóstico precisa ser realizado o mais cedo possível, utilizando-se para isto todos os exames de imagens possíveis. É necessário que façam o autoexame das mamas uma vez ao mês. E quando a mulher chegar aos 40 anos, a mamografia começa a ser um exame importante para a detecção da doença. É recomendado que seja feito pelo menos uma vez por ano (BRASIL, 2015).

Figura 03 – Como realizar o autoexame das mamas

Fonte: Ministério da Saúde.

Todo o câncer de mama é tratável, porém nem todos são curáveis. É preciso identificar a fase em que o tumor foi diagnosticado, para encontrar os melhores

procedimentos para tratar a paciente. O tratamento curativo se aplica aos tumores que estão localizados na mama ou até mesmo com metástase axilar, mas que não atingiram outros órgãos. Sendo assim, o foco é na cura do paciente. O médico utilizará para o tratamento oncológico a cirurgia, a quimioterapia, a hormonioterapia e a radioterapia. Todos são tratamentos utilizados para o restabelecimento da saúde do paciente. O melhor modo de prevenção da doença é estar em dia com os exames, para que não ocorra a detecção tardia com a doença em estágio avançado (INCA, 2014).

2.7 EXAME DE MAMOGRAFIA

A mamografia é um tipo de radiografia especial, realizada em aparelhos específicos para avaliação das mamas. Homens e mulheres podem desenvolver câncer de mama. A mamografia de rotina é a melhor oportunidade de detectar precocemente qualquer alteração nas mamas antes até que o paciente ou médico possam notá-las ou apalpá-las (BRASIL, 2007).

De acordo com o FDA, órgão americano de vigilância sanitária, a mamografia pode detectar um câncer de mama até dois anos antes de ele ser palpável. A mamografia é, ainda, o mais eficaz método de diagnóstico para a detecção de câncer de mama, quanto mais precoce a remoção do tumor na fase inicial, a estratégia é mais eficiente na redução da taxa de mortalidade das pacientes e melhor qualidade de vida (BRASIL, 2015).

Um dos recentes avanços da mamografia é a mamografia digital (computadorizada). A mamografia digital se assemelha a convencional por usar raios X na produção das imagens porém o sistema é equipado com receptor digital e um computador ao invés de um filme cassete. Na mamografia convencional as imagens são gravadas em filme (BRASIL, 2007).

O filme é revisado pelo radiologista no negastoscópio. Com mamografia digital, a imagem mamográfica é capturada por um detector eletrônico especial de raios X o qual converte a imagem numa foto digital e pode ser revisado no monitor do computador. O radiologista pode alterar a magnificação, orientação, brilho, contraste através do computador para verificar melhor áreas da mama (BRASIL, 2015).



A mamografia convencional demora de 30 minutos a uma hora para a obtenção do diagnóstico. Quando a imagem não é satisfatória o exame tem que ser refeito e a mulher expor-se a nova carga de radiação. Na mamografia digital os procedimentos são os mesmos, a mulher fica de pé, a pressão sobre o seio continua e segundo os médicos necessária para a superposição de tecidos e descobrir nódulos minúsculos e, em seguida um dispositivo eletrônico grava as imagens geradas pelo raio X, apenas 15 segundos após a exposição (BRASIL, 2007). A figura 04, demonstra como o exame de mamografia é realizado.

Figura 04 - Realização de mamografia

Fonte – Positron Diagnóstico

Os procedimentos são mais rápidos e a paciente recebe menor dose de raios X com maior qualidade diagnóstica, com menor número de repetições de exposições durante um exame. Esta tecnologia permite que o resultado e as imagens sejam enviadas via Internet para qualquer parte do mundo (BRASIL, 2007).

Mamografia dá resultado falso negativo em pelo menos 10% dos casos. Isto é devido à existência de tecido denso, escondendo o câncer sob a aparência dos tecidos normais. De acordo com o estudo publicado no *Annals of Internal Medicine*, "após 10 anos de mamografias anuais, mais da metade das mulheres vai receber

pelo menos um falso-positivo, e de 7% para 9% irão receber uma recomendação de falso-positivo de biópsia (INCA, 2014).

2.8 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL

O câncer de mama considerado esporádico, ou seja, sem associação com o fator hereditário, representa mais de 90% dos casos de câncer de mama em todo mundo. Dados clínicos, epidemiológicos e experimentais têm demonstrado que o risco de desenvolvimento de câncer de mama esporádico está fortemente relacionado à produção de esteroides sexuais (BRASIL, 2015).

Condições endócrinas moduladas pela função ovariana, como a menarca precoce, menopausa tardia e gestação, assim como a utilização de estrógenos exógenos, são componentes relevantes do risco de desenvolvimento do câncer de mama.

Em sinergismo com os fatores hormonais, estudos observacionais indicam que o comportamento humano relacionado ao estilo de vida, o que inclui modificações na dieta e na atividade física, podem contribuir para o aumento da incidência do câncer de mama em todo o mundo (BRASIL, 2015).

Segundo os dados do programa Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER), do Instituto Nacional do Câncer nos Estados Unidos, durante os anos de 1990 a 2000, a taxa de incidência de câncer de mama vinha aumentando cerca de 3% ao ano. O aumento da incidência nesse período foi atribuído, em parte, à melhora e divulgação dos programas de rastreamento do câncer de mama (INCA, 2014).

No entanto, a partir de 2003, a incidência da doença vem sofrendo um leve declínio. Dois fatores são descritos como responsáveis por essa observação. A redução da incidência em todos os grupos de mulheres com mais de 45 anos sugere um efeito devido à saturação do sistema de rastreamento da doença (TIEZZI, 2009).

Por outro lado, a redução súbita da incidência entre os anos de 2002 e 2003, que ocorreu predominantemente no grupo de mulheres entre 50 e 69 anos de idade, deve ser reflexo da redução do uso indiscriminado da terapia de reposição hormonal (TIEZZI, 2009).

A estimativa oficial do Brasil é de que, no ano de 2008, 49.400 mulheres descubram-se portadoras de câncer de mama. A região mais afetada deverá ser o Sudeste, com 28.430 novos casos. No mesmo período, o estado do Rio de Janeiro terá mais 7.680 novos casos, sendo 4.610 na capital (BRASIL, 2015).

A mortalidade por câncer de mama é variável entre as regiões do Brasil, como reflexo da incidência variável e do acesso aos serviços de saúde, o que causa subnotificação. Nas regiões Sudeste e Sul, a mortalidade pelo câncer de mama se situa entre 7 a 18 óbitos a cada 100.000 mulheres. Em alguns estados da região Norte encontramos a mais baixa mortalidade por câncer de mama o país, de 1 a 3 óbitos a cada 100.000 mulheres (TIEZZI, 2009).

2.9 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

A política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas foi criada com o objetivo principal de fazer frente no que concerne o direito que o indígena possui de ter acesso de forma integral aos serviços de saúde, principalmente quando se tem em vista a situação de risco e vulnerabilidade que muitos deles vivem nos dias atuais (BRASIL, 2002).

Esta política contempla as diversidades culturais e apesar de seus objetivos, está sempre respeitando a cultura vivenciada pelo indígenas. A mesma encontra-se em conformidade com os princípios básicos do SUS e traz em seu rol as seguintes diretrizes, as quais servem como ferramenta de controle, organização, criação, implementação e avaliação para se alcançar os objetivos esperados. A seguir estão dispostas estas diretrizes (BRASIL, 2002):

Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;

Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;

Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;

Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;

Promoção do uso adequado e racional de medicamentos;

Promoção de ações específicas em situações especiais;

Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;

Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;

Controle social.

A política contempla os chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), os quais foram criados como forma de organização dos serviços de saúde de acordo com cada território. Nos dias atuais existe um total de 34 distritos, os quais estão divididos por todo o território brasileiro (SILVA; GONÇALVES; NETO, 2003).

Uma das estratégias encontradas pelo governo como forma de se promover a saúde de forma integral nas aldeias indígenas, foi a capacitação de pessoas em relação a situação de saúde indígenas, estes indivíduos são ferramentas essenciais no processo de comunicação entre o governo e a real situação de saúde dos povos indígenas. Sendo assim estas pessoas passam a ser denominadas como Agentes de Indígenas de Saúde, os quais possuem o mesmo papel dos Agentes Comunitários de Saúde, porém a diferença se faz pelo fato de que o trabalho dos agentes indígenas é feito dentro do território indígena (BRASIL, 2002).

Em relação as informações a respeito da situação vivenciada pelos indígenas, existe também a obrigatoriedade de se fazer as chamadas notificações de todos e quaisquer agravos que venham a ocorrer (GUIMARÃES, 2011).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas também deve contemplar ações especiais, as quais serão criadas e executadas de acordo com as principais necessidades estudadas e evidenciadas. Tais ações visam a redução da taxa de doenças assim como de óbitos (BRASIL, 2002).

Torna-se importante frisar que a participação indígena no que diz respeito ao controle dos planejamentos em saúde voltadas para área é um direito garantido, onde os povos indígenas devem opinar sobre o que acreditam ser melhor para eles (GUIMARÃES, 2011).

Os Conselhos Distritais de Saúde serão instâncias de Controle Social, de caráter deliberativo e constituídos, de acordo com a Lei nº 8.142/90, observando em sua composição a paridade de 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos (BRASIL, 2002, p. 21).

É importante ressaltar que a organização dos serviços e forma de funcionamento deverão possuir controle, o qual será realizado pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretária Municipal de Saúde. O Financiamento da Saúde Indígena fica a cargo da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA). A ainda em relação ao orçamento o estado e município também deverá ter parte neste (BRASIL, 2002).

2.10 CÂNCER DE COLO UTERINO EM MULHERES INDÍGENAS

Mulheres indígenas estão bem mais predispostas a desenvolverem câncer do colo uterino do que as que vivem em áreas urbanizadas. Esta predisposição maior se dá em virtude das características vivenciadas por estes grupos (GUIMARÃES, 2011).

Fatores para o surgimento de Câncer do colo uterino são: início de vida sexual de forma precoce, elevado número de parceiros, doenças sexualmente transmissíveis, imunodeficiência e situação socioeconômica precária. Desta forma percebe-se que muitos destes fatores se fazem presentes no dia a dia de mulheres indígenas (SPECK *et al*, 2015).

Epidemiologicamente falando, estudos já comprovaram uma taxa de morbimortalidade por câncer do colo do útero em mulheres indígenas duas vezes maior do que as não indígena. Outra questão muito importante diz relação a maneira com que a infecção se dá nestes grupos, pois, a mesma se dá de uma forma diferente do que nas demais populações (SILVA; GONÇALVES; NETO, 2003).

O MS e o INCA estabeleceram, em 2011, novas diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero, colocando idades para o início e fim, para coleta do exame de Papanicolaou, porém não faz menção a populações especiais, isoladas e restritas como as mulheres indígenas. Na própria recomendação do MS/INCA, o julgamento médico deve prevalecer, levando em conta situações clínicas específicas (SPECK *et al*, 2015, p. 53).

Muitos são os desafios enfrentados quando fazemos referência a realização do PCCU em populações indígenas. Se levarmos em consideração que já existem desafios quando nos referimos a realização do exame em mulheres não indígenas, podemos chegar a conclusão óbvia de que as dificuldades encontradas em populações indígenas são maiores ainda. A maioria das indígenas não possui

conhecimento necessário para entender o qual importante é o exame (GUIMARÃES, 2011).

Desta forma a atenção básica acaba por ter que entrar em ação, pois como já é de conhecimento, o trabalho desta área se faz em torno principalmente da promoção a saúde. Assim percebemos que é neste contexto que a saúde coletiva acaba por se englobar a saúde indígena, sendo utilizada como instrumento de educação em saúde (SPECK *et al*, 2015).

Em relação ao papel exercido pelo enfermeiro dentro da área, este terá a função chave de estar constantemente em contato com a população indígena. Muitas dificuldades são encontradas quando o assunto trata de assistência médica a esses povos, pois existe uma carência extrema de médicos que estejam dispostos a prestarem seu trabalho a estes povos. Neste contexto acaba por ficar a cargo da equipe de enfermagem lidar diretamente com a saúde deste grupo (SILVA; GONÇALVES; NETO, 2003).

O enfermeiro é responsável pela realização da coleta de PCCU, estando a cargo dos mesmos lidar com as características apresentadas pelas mulheres deste grupo. Muitas são as dificuldades encontradas, como a resistência por exemplo. Assim o enfermeiro deve estar devidamente preparado para lidar com a educação em saúde destes povos (GUIMARÃES, 2011).

2.10 CÂNCER DE MAMA EM MULHERES INDÍGENAS

Grandes transformações globais das últimas décadas alteraram a situação de saúde de muitos povos, acarretando novos modos de vida e novos padrões de consumo. É o que vem ocorrendo, por exemplo, com a população indígena do Brasil: ainda que as doenças infecciosas continuem a ocupar um papel proeminente no perfil epidemiológico, pesquisas recentes têm evidenciado a emergência e a rápida expansão de doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, desnutrição infantil, hipertensão, diabetes, câncer etc.) além das causas externas (acidentes, violência etc.), na determinação da morbidade e da mortalidade indígena (SILVA *et al.*, 2009).

Apesar dos esforços dos pesquisadores em desenvolver estudos com a população indígena, pesquisas específicas sobre a saúde da mulher indígena não têm sido contempladas. Um dos aspectos pouco discutidos em relação à saúde da

mulher na população indígena diz respeito às doenças crônicas, como o câncer e em especial o câncer de mama (LIMA *et al.*, 2001).

Fatores protetores da carcinogênese mamária como, a primeira gestação precoce, multiparidade e amamentação, associados à ausência, na maioria das mulheres indígenas, de fatores de risco, como o uso de hormônios, podem explicar o pequeno registro da doença (SILVA *et al.*, 2009).

Ao se considerar o período de latência do câncer de mama, 6 a 10 anos desde seu início até o momento de sua detecção radiológica, o efeito da terapia de reposição hormonal não deve ser indutor mas provavelmente promotor, ou seja, aumentaria o crescimento de tumores pré-existentes, explicando o aumento de cânceres associado a seu uso. Assim, ao suspender a terapia de reposição hormonal o risco de câncer desaparece até chegar a sua condição inicial (FREITAS *et al.*, 2015).

Cientistas americanos identificaram uma mutação comum nas mulheres latinas de ascendência indígena que as protege de desenvolver câncer de mama ao longo da vida. Vinte por cento das mulheres latinas têm em seu DNA uma cópia desta variação genética, que reduz em 40% o risco de virem a desenvolver um tumor maligno, enquanto 1% tem duas cópias, o que diminui os riscos em 80% (SILVA *et al.*, 2009).

A mutação, que representa uma pequena mudança nos 3 bilhões de letras que o genoma humano contém, é um polimorfismo de nucleotídeo simples (SNP, na sigla em inglês) que protege as latinas principalmente das formas mais agressivas (FREITAS *et al.*, 2015).

A incidência do câncer de mama, tipo mais comum entre as mulheres, foi ainda menor na população indígena, segundo resultado de uma pesquisa realizada no Mato Grosso do Sul, que não registrou casos da doença na tribo Terena. Outros dois estudos também não encontraram essa neoplasia em mulheres de outras tribos, indicando que os fatores de risco para câncer de mama podem ser menores nessas populações (SILVA *et al.*, 2009).

O estilo de vida pode ser a explicação para os resultados dessas pesquisas. Além de terem uma alimentação mais saudável, com bastante frutas e verduras, as mulheres indígenas possuem menos ciclos ovulatórios por terem mais filhos, fatores que podem ter influência na baixa incidência da doença. Futuramente, os fatores genéticos também podem ser investigados como possíveis causas para o

desenvolvimento do câncer, já que esses grupos étnicos estão isolados de outros povos e não passaram por um processo de miscigenação (FREITAS *et al.*, 2015).

Além disso, o impacto hormonal também foi analisado, considerando que as mulheres indígenas podem ter menores taxas de estrogênio. No entanto, é necessário cautela ao analisar e tratar esses dados. Esses estudos apresentam limitações metodológicas que indeferem conclusões definitivas. Todos os artigos destacam ainda o fato de que quase metade dessas mulheres não tinha conhecimento sobre o câncer de mama (LIMA *et al.*, 2001).

Entre os demais fatores que poderiam justificar essa reduzida mortalidade em mulheres indígenas, destaca-se a subnotificação dos casos de câncer de mama. No entanto, estudos exploratórios realizados em populações etnicamente determinadas observaram a ocorrência de neoplasias em outros sítios anatômicos, reduzindo a possibilidade de subnotificação do câncer de mama. Atualmente, postula-se que alterações em genes que codificam proteínas envolvidas na biossíntese, na ação e no metabolismo dos esteroides sexuais poderiam se associar ao aumento da incidência e a diferentes padrões de evolução clínica da doença (SILVA *et al.*, 2009).

Em estudos nacionais, foram observadas diferenças geográficas na distribuição dos subtipos moleculares do câncer de mama no Brasil, sugerindo que fatores étnicos possam interferir em características específicas de biologia tumoral. Porém, a caracterização dessa origem gênica e a sua relação com a mortalidade por câncer de mama na população indígena brasileira ainda não foi estabelecida (FREITAS *et al.*, 2015).

Na maioria das etnias brasileiras existe uma organização social complexa e um modelo de cruzamento bem definido, criando um padrão genético que poderia se associar a fatores de proteção ao câncer de mama (LIMA *et al.*, 2001).

No Brasil, na avaliação global da população indígena, deve ser considerada a heterogeneidade e o padrão de miscigenação das diversas etnias, bem como as suas características socioculturais. Os diferentes ancestrais genéticos podem determinar diferenças geográficas tanto no perfil genômico quanto na sua expressão fenotípica (SILVA *et al.*, 2009).

Ao considerar-se a população de cor branca, observou-se nos últimos anos aumento da sobrevivência em mulheres portadoras de câncer de mama, provavelmente em decorrência do diagnóstico precoce e de melhorias no tratamento da doença (SILVA *et al.*, 2009).

Entre as indígenas, um estudo prévio observou que o exame clínico das mamas e o rastreamento mamográfico são realizados de forma inconsistente, o que tende a reduzir os benefícios do diagnóstico precoce nas taxas de mortalidade. Portanto, apesar da ausência de informações acerca da sobrevivência de indígenas brasileiras portadoras de câncer de mama, acredita-se que a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o avanço do tratamento oncológico sejam fatores fundamentais para a manutenção de baixas taxas de mortalidade nessa população (LIMA *et al.*, 2001).

Vários fatores envolvem as especificidades culturais nas questões de saúde-doença, tanto por parte do sistema tradicional de crenças e curas indígenas, como por parte do sistema médico oficial. Assim, a intermediação antropológica tem papel fundamental no acompanhamento dos programas de saúde e principalmente na formação de pessoal de saúde, índio e não índio, para atuação em comunidades indígenas (LIMA *et al.*, 2001).

Mesmo na ausência de alguns fatores de risco, entende-se que é necessário um cuidado específico com a saúde da mulher indígena, particularmente em relação ao câncer de mama, já que são escassos estudos e pesquisas. Além disso, o contato com a população não indígena com todas as suas consequências deletérias pode ser um potencializador dos fatores de risco para este tipo de neoplasia acarretando mudanças nesse quadro (SILVA *et al.*, 2009).

3 METODOLOGIA

A presente monografia constitui-se de um trabalho realizado por meio de revisão literária, possuindo abordagem qualitativa, onde foram utilizados artigos científicos colhidos das bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*).

De acordo com Bento (2012) a revisão literária também conhecida como revisão bibliográfica consiste em realizar uma discussão em torno de determinado tema baseado em artigos, monografias, teses, dissertações, enfim, materiais literários que abordem a temática. Esta discussão só se faz possível por meio de uma análise profunda e crítica do assunto. A análise do tema não pode ser realizada de maneira aleatória, sendo necessários todo um processo de pesquisa e seleção dos materiais, de maneira que estes estejam de acordo como assunto.

Uma pesquisa é considerada como sendo qualitativa quando o pesquisador visa discutir determinado de uma maneira muito subjetiva. Assim a pesquisa qualitativa busca respostas para questões subjetivas que se instauram (GIL, 2010).

A pesquisa eletrônica foi realizada no período de setembro à novembro de 2016, na base online SciELO, LILACS e MEDLINE, onde foi realizada uma delimitação temporal a qual englobou somente estudos que foram publicados no período de 2000 a 2015. Como forma de se facilitar a pesquisa foram utilizadas palavras chaves tais como: Câncer de colo uterino, saúde indígena, prevenção, enfermagem. De acordo com os critérios de inclusão foram selecionados somente estudos que obedecessem ao tema proposto, que foram publicados em língua portuguesa, que fossem completos, que foram publicados entre 2000 e 2015. Foram excluídos os artigos que não obedeceram aos critérios de inclusão anteriormente referidos.

Após a pesquisa foram encontrados 22 estudos, sendo que 12 pertenciam a base de dados Scielo, 6 da base de dados LILACS e 4 da base de dados MEDLINE, os quais de alguma maneira estavam em acordo com tema proposto, mesmo que de maneira incompleta. Após ser realizada uma nova análise criteriosa, foram selecionados somente 6 estudos, sendo quatro (4) artigos, uma (1) tese e um (1) editorial, os quais 5 correspondem a base online SciELO e 1 a base online LILACS. Não foram selecionados artigos na base de dados MEDLINE.

A análise dos artigos selecionados foi feita seguindo-se 4 etapas principais, sendo elas: Leitura exploratória, leitura seletiva, leitura analítica e leitura interpretativa. A leitura exploratória é aquela se realiza com o objetivo de tomar conhecimento de todo o assunto abordado dentro do artigo, desta maneira foi feita toda uma leitura básica onde foi possível ter uma visão mais ampla a respeito de todo assunto tratado no artigo. A leitura seletiva, como o próprio nome já deduz, é aquela em que procura-se os principais pontos dentro do artigo selecionado, neste momento foram identificados o conteúdo que realmente era importante e que poderia contribuir para a construção do estudo. A leitura analítica é também conhecida como reflexiva e se faz quando o pesquisa refaz toda uma análise do conteúdo que já foi selecionado dentro dos artigos, sendo este momento um ponto muito importante e decisivo para os resultados do estudo, pois é aqui que o pesquisador irá confirmar a importância real dos pontos que já foram selecionados anteriormente. Por fim foi feita uma leitura do tipo interpretativa dos resultados que foram obtidos, sendo que tal leitura foi feita com o objetivo de se obter um significado ainda mais amplo a respeito do assunto.

Durante todo o período de produção desta pesquisa seguiu-se os preceitos éticos existentes, onde todos os autores foram devidamente referenciados no corpo do trabalho, quanto na seção de referências. Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica não foi necessário a que houvesse aprovação do comitê de ética e pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Por meio da pesquisa, seleção e análise foi possível a obtenção de um total de 6 materiais, os quais responderam ao tema proposto e se encaixaram nos critérios de inclusão e exclusão.

Por meio do figura 01, podemos observar os periódicos e instituições de publicação dos estudos que serviram para a base da discussão.

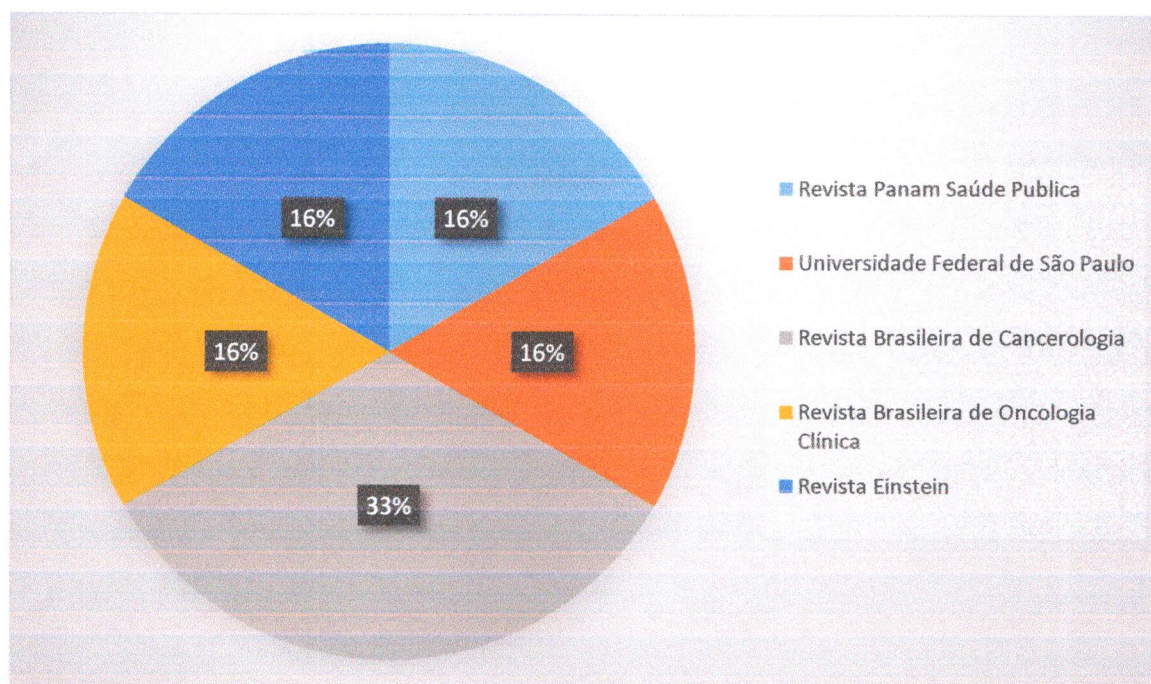


Figura 05 – Instituições e periódicos de publicações do material utilizado.

Por meio da análise do gráfico acima é possível evidenciar que dos estudos utilizados, dois (33%) foram publicados na Revista Brasileira de Cancerologia, enquanto isso, houveram somente uma (16%) publicação selecionadas das seguintes fontes: Revista Panam Saúde Pública, Universidade Federal de São Paulo, Revista Brasileira de Oncologia Clínica e Revista Einstein.

Em relação ao tipo de publicação como é possível observar por meio do figura 02 na página seguinte, 4 (67%) correspondem a artigos, enquanto que uma (16%) corresponde a tese e uma (16%) corresponde a editorial. A maior quantidade de artigos que abordam o tema pode ser explicado pelo fato de que estes tipos de estudos geralmente possuem um caráter mais simples e prático quanto a sua produção, além de que perfazem uma parcela muito grande dos estudos que são realizados.

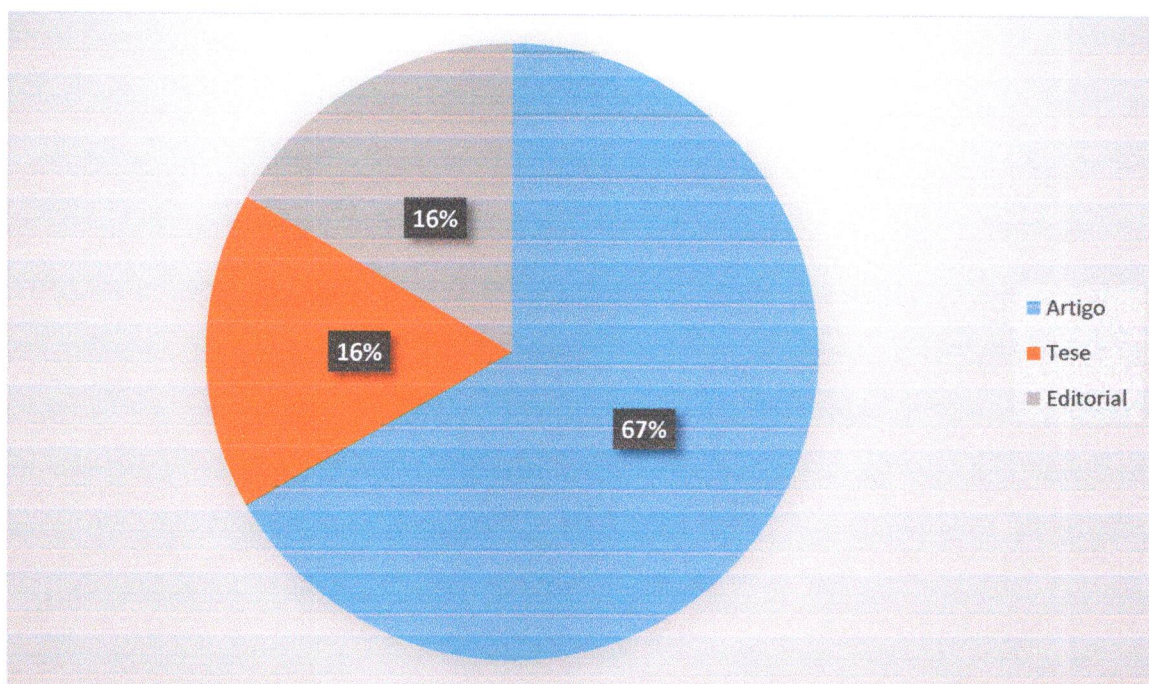


Figura 06 – Tipo de publicação

Por meio da figura 03 abaixo podemos observar os anos em que os estudos utilizados para esta pesquisa foram publicados.

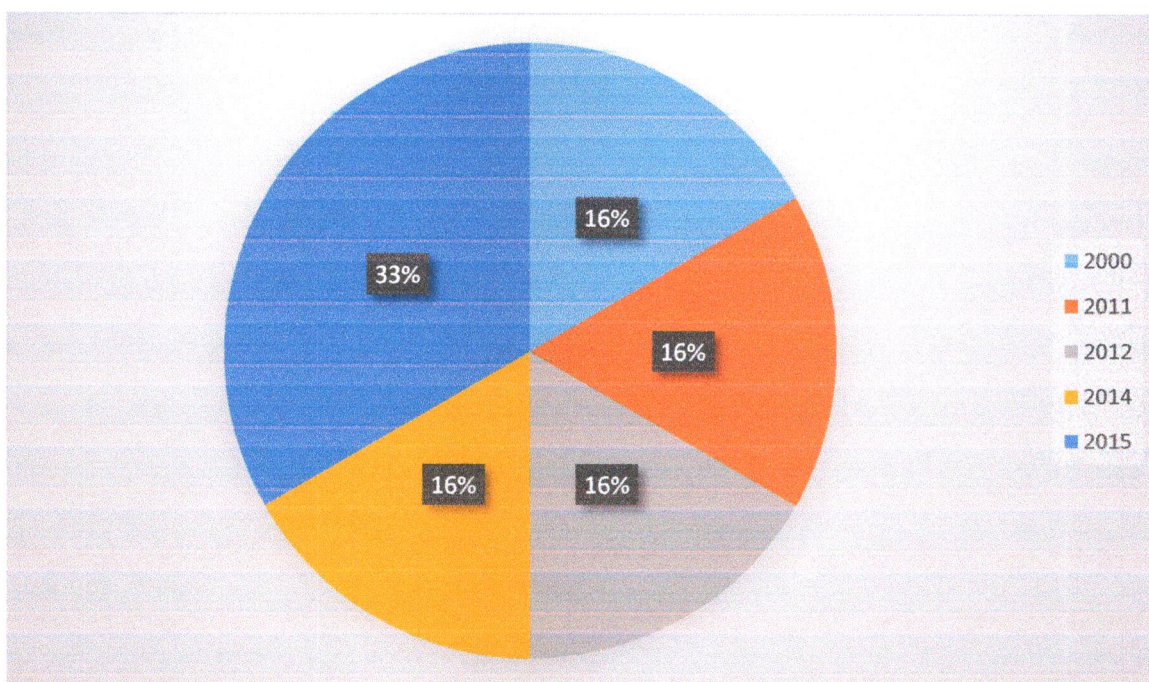


Figura 07 – Ano de publicação dos estudos.

Por meio da análise da figura 03 é possível observar que em relação ao ano de publicação dois (33%) estudos foram publicados em 2015, enquanto que os outros foram publicados respectivamente nos anos de: 2000=1, 2011=1, 2012=1 e

2014=1. Algo muito importante e que merece atenção, é o fato de que dos 6 estudos utilizados, 5 (83%) foram publicados nos últimos 5 anos (2011 – 2015), o que acaba por demonstrar a existência de uma maior preocupação por parte dos pesquisadores nos últimos anos, em relação ao tema devido a sua grande importância.

Na quadro 01 abaixo são dispostos os materiais selecionados, onde expõe-se o ano, autores, títulos e objetivos de cada um.

Autor/ano	Título	Objetivos
Taborda <i>et al.</i> (2000)	Rastreamento do câncer de colo uterino em índias do Parque Indígena do Xingu, Brasil central	Analisar a prevalência de câncer do colo uterino e de infecções cervico-vaginais em 423 mulheres índias, habitantes do Parque Indígena do Xingu, Estado do Mato Grosso, com vida sexual ativa presente ou pregressa.
Pereira (2011)	Prevenção do câncer do colo do útero em população feminina do parque Indígena do Xingu Mato Grosso	Descrever e analisar a prevenção do câncer do colo do útero no Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, no período de 2005 a 2006
Plá <i>et al.</i> (2012)	Análise Descritiva do Perfil dos Exames Citopatológicos do Colo do Útero Realizados em Mulheres Indígenas e Não Indígenas no Brasil, 2008-2011	Descrever o perfil dos exames citopatológicos realizados na população indígena brasileira em comparação a não indígenas.
Fonseca <i>et al.</i> (2014)	Prevalência de Alterações Citológicas Cervicais em Indígenas do Extremo Norte da Amazônia Brasileira	Avaliar a prevalência de lesões citológicas pré-malignas ou malignas do colo do útero de indígenas aldeadas nos distritos sanitários especiais indígenas (DSEI) leste e Yanomami, no extremo norte da Amazônia Brasileira.

Oliveira (2015)	A incidência de câncer na população indígena no Brasil e a subnotificação dos casos	Discutir a respeito da incidência de câncer na população indígena no Brasil e a subnotificação dos casos
Speck <i>et al.</i> (2015)	Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil	Analisar a ocorrência de atipias nos exames citológicos e histológicos de jovens e idosas indígenas, e também avaliar se a faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Câncer em rastreamento do câncer de colo uterino é adequada para essa população.

Quadro 01 – materiais utilizados na discussão

Durante muito tempo as doenças que atingiam as populações indígenas, estavam ligadas a processos infecciosos e parasitários, porém com a mudanças dos hábitos que estes povos adotavam antigamente, cada vez mais se constrói um cenário, onde é evidente o número elevado de indígenas que passam a desenvolver Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo o câncer um dos grandes destaques, especialmente quando nos referimos ao câncer de colo do útero (OLIVEIRA, 2015).

Desta maneira é possível perceber que a maioria das doenças que afetavam os povos indígenas antigamente eram provenientes de processos de processos infecto – parasitários. A partir do século XXI o perfil das doenças que incidem sobre esses povos passaram a se modificar, em virtude do aumento do número de doenças como, hipertensão, diabetes, entre outras.

De acordo com o estudo realizado por Speck *et al.* (2015), a vida sexual mantida pela mulher possui influência direta no desenvolvimento do câncer do colo uterino, o que torna a idade portanto um fator de risco para o desenvolvimento desta doença. Ainda de acordo com os autores, em populações indígenas este fator de risco acaba por se agravar por dois motivos, sendo o primeiro referente ao início precoce da vida sexual nesta população, o qual ocorre

por volta dos 15 anos e o segundo a falta de programas de cunho preventivo que contemplem esta população.

Em relação a vida sexual precoce pouco pode-se fazer, já que está é uma questão que possui um caráter mais cultural, o que obriga então o governo a pensar em estratégias alternativas, sendo então os programas a principal “arma” pela qual o governo pretende combater a doença.

Outro ponto que é apontado como grande contribuinte para o desenvolvimento desta patologia na população indígena é a falta de informação existente, especialmente quando nos referimos a questão da educação, pois a grande maioria das mulheres que são diagnosticadas com o câncer do colo uterino possuem uma baixa escolaridade (OLIVEIRA, 2015).

A carência de informações e conhecimento sobre determinados assuntos é um fator que sempre encontra-se associado a ocorrência de doenças, não só em populações indígenas, mas também em populações normais. Segue-se portanto a premissa de que se bem informado sobre determinada doença, o indivíduo saberá como proceder de maneira a evita-la.

Em seu estudo Taborda *et al.* (2000), explicam que além da realização de atividade sexual de início precoce, outros fatores são determinantes para que o desenvolvimento do câncer do colo uterino, sendo estes fatores, número muito elevado de filhos, primeira gravidez ainda jovem, número elevado de parceiros e não utilização de preservativos. Assim de acordo com os autores a associação entre os fatores e as características vivenciadas pelas mulheres nas populações indígenas são o ponto “chave” para um elevado número de mulheres que acabam por apresentar desenvolvimento de câncer no colo uterino.

O desenvolvimento de câncer de colo uterino pode ser considerado como um problema que é resultado da associação entre fatores e acontecimentos na vida da mulher. Em mulheres indígenas especificamente, os fatores para o desenvolvimento se fazem mais evidentes e presentes.

Para Pereira (2011), as informações referentes a questão da doença em populações indígenas ainda são altamente escassas. De acordo com o estudo realizado pela mesma, somente nos últimos anos é que novas pesquisas tem sido amplamente realizadas visando conhecer a situação de saúde destes povos de maneira tanto geral como específica. A mesma considera de extrema relevância o

levantamento de dados epidemiológicos sobre a prevalência e incidência da doença em mulheres deste grupo.

O problema da saúde indígena esbarra neste ponto, em outra grande barreira, a qual faz referência a carência ou falta de estudos sobre determinado assunto. Como não se conhece a situação da saúde indígena em sua real totalidade, torna-se um desafio a criação de ações que realmente sejam eficazes e que ajudem a resolver os problemas existentes.

Conforme Fonseca *et al.* (2014), o Brasil nos últimos anos tem avançado de maneira rápida no desenvolvimento de estudos que abordam a questão referente a saúde da mulher, no entanto, praticamente todos os estudos estão voltados para as áreas urbanas, enquanto que são poucos os que se preocupam demonstrar a realidade referente a saúde de mulheres indígenas.

É perceptível portanto, que apesar do aumento de estudos em torno da saúde da mulher, ainda são escassos os estudos que falem sobre a saúde da mulher indígena.

Na concepção de Oliveira (2015) os povos indígenas ainda são muito marginalizados no Brasil, sendo que o acesso destes em relação a saúde e a educação ainda são amplamente escassos. Assim, os fatores da doença, somados as precariedades da vida vivida pelas mulheres indígenas, mais a falta de acesso aos serviços de saúde contribuem de maneira direta para a prevalência da doença nesse meio (TABORDA *et al.*, 2000).

Diante da falta de estudos que abordem a situação de saúde vivenciada pelas indígenas, pode-se conceber tal situação ao fato de que em sua maioria, os povos indígenas são marginalizados e vistos como inferiores. Tal marginalização é resultado de todo um processo histórico, em que o europeu que aqui chegou, utilizaram durante muito tempo os indígenas como mão de obra escrava, sendo que durante todo o decorrer deste processo, milhões de indígenas foram mortos.

Entre os fatores que contribuem para a marginalização da saúde indígena, questões referentes a falta de estrutura para que os profissionais possam prestar os seus serviços vão de encontro as necessidades existente (PEREIRA, 2011). Ainda de acordo com o autor acima o próprio isolamento apresentado pela maioria das aldeias contribui de maneira muito forte, já que se torna difícil ter acesso a certas regiões, além de que muitos profissionais não se encontram

verdadeiramente preparados para a o desenvolvimento de atividades voltadas aos indígenas.

É notável que a marginalização da saúde indígena ocorre também ligado a fatores como a distância das aldeias, falta de estrutura ou despreparo dos profissionais. Tais fatores ligados a negligência natural existente em ignorar a situação destes povos são fundamentais para a prevalência da desigualdade em relação ao acesso a serviços de saúde.

Para Oliveira (2015), o isolamento da maioria das aldeias contribui de forma importante para a descontinuidade das ações de promoção a saúde, já que devido a distância e o insulamento, existe um aumento considerável no que diz respeito a dificuldade de se repassar informações a estes indivíduos.

Novamente o isolamento das aldeias é citado como fator determinante para que o processo de ações envolvendo a saúde indígena seja quebrado, onde quem mais perde é o indivíduo pertencente aos grupos indígenas os quais necessitam de assistência tanto quanto as pessoas que vivem nas cidades.

Estudo realizado por Plá *et al.* (2012) demonstrou que as mulheres que fazem parte da população indígena em sua maioria realizam a colheita de material para realização do exame citopatológico mais cedo do que as mulheres que não são indígenas. Para os autores, isso pode ser explicado pelo fato de que o ministério da saúde criou políticas que preconizam a realização do exame o mais cedo possível, em razão de que as mulheres nestes grupo iniciam a vida sexual de maneira precoce.

Em razão de iniciarem a sua vida sexual de maneira precoce, as mulheres indígenas necessitam de uma monitorização de maneira precoce também, tudo visando a prevenção câncer do colo do útero.

A realização do exame de maneira mais cedo do que em populações de mulheres que vivem em áreas urbanas, pode de fato trazer contribuições significativas, porém ainda são necessários mais estudos que realmente venham a comprovar o custo – efetividade deste tipo de método (Plá *et al.*, 2012).

Apesar da realização do exame de forma precoce nas mulheres indígenas ser uma estratégia do governo visando a detecção de possíveis alterações que possam levar ao câncer, tal estratégia ainda não é considerada 100% eficaz.

Um grande impasse para a realização do exame preventivo é própria questão cultural, pois de acordo com Pereira (2011), muitas aldeias possuem

suas próprias peculiaridades e impõem limites sobre o que se pode e o que não se pode fazer. Assim é importante que se levem informações sobre a doença e a importância de se realizar o exame.

Um dos desafios mais marcantes quando nos referimos a promoção da saúde aos povos indígenas diz respeito às imposições culturais. Uma vez que a saúde indígena trabalha de acordo com os princípios do SUS, deve-se respeitar as questões culturais e religiosas existentes.

É importante o fato de que o câncer de colo do útero é uma doença que quanto mais precocemente for realizado o diagnóstico, maiores serão as chances de cura. O que é preconizado mundialmente é que pelo menos 80% da população feminina seja rastreada quanto ao exame citopatológico, porém o rastreamento de pelo menos 50% das mesmas, já contribui de maneira extremamente positiva para a diminuição do número de mulheres doentes e principalmente para a mortalidade devido ao câncer do colo uterino (SPECK *et al.*, 2015).

Neste ponto é possível observar a reafirmação do quão importante é a realização do diagnóstico precoce do câncer de colo uterino, sendo esta uma medida extremamente importante para a diminuição da taxa de mortalidade relacionada a patologia.

Pereira (2011), ressalta que nos últimos anos diversos novos estudos em torno da questão estão se centrando não somente em discutir a respeito da mesma como problema de saúde a ser combatido, mas também, em torno das características dos agentes causadores da doença, pois como, o câncer do colo do útero é causado pelo HPV, o qual possui apresenta-se em mais de um tipo diferente. Portanto é importante que se conheça a realidade e as características do problema para que desta maneira possa-se combatê-lo.

Uma das maneiras encontradas para tentar se combater o problema se faz por meio do conhecimento mais amplo a respeito do perfil da doença em mulheres indígenas, focando-se nas características da doença e no tipo mais prevalente nesta população.

Por meio do seu estudo Taborda *et al.* (2000), pode demonstrar que em geral a ocorrência de um grande número de infecções cervico – vaginais é um possível indicativo de que uma população tenha uma maior chance de apresentar casos de câncer uterino.

5 CONCLUSÃO

Por meio deste estudo tornou-se possível obter um pouco mais de conhecimento acerca da saúde da mulher indígena, onde focou-se especificamente na realização do exame preventivo do colo do útero. A primeira que logo evidenciou-se é que apesar dos avanços obtidos nos últimos anos dentro desta área, a mesma ainda encontra-se marginalizada e é alvo constante de preconceito, até mesmo por parte de profissionais da área da saúde.

É notável também a carência de estudos em torno do assunto abordado por esta pesquisa. Mesmo que nos últimos anos o número estudos que contemplam a saúde da mulher tenham aumentado, a maioria destes voltam-se para as não indígenas, sendo que são muito poucos os que realmente mostram interesse em estudar a situação de saúde de mulheres indígenas.

O câncer do colo uterino é uma doença responsável por um número muito grande mortes de mulheres todos os anos, sendo uma enfermidade que possui tendência de maior ocorrência quando nos referimos a mulheres que iniciam a sua vida sexual de maneira precoce, que mantem um grande número de parceiros, fazem sexo sem o uso de preservativo e tem o primeiro filho ainda muito cedo. Todas essas características são fatores relevantes para o desenvolvimento do câncer de colo uterino. Uma vez que tais fatores encontram-se fortemente na cultura indígena, é comum que as mulheres destes povos tenham tendência para o desenvolvimento da patologia.

Em relação a realização do exame preventivo, por meio da análise dos estudos selecionados foi possível afirmar que ainda existem muitas dificuldades que se formam em torno do assunto, sendo que as principais dizem respeito a distância das aldeias onde deve-se realizar o exame, a falta de incentivo do governo e a própria questão cultural.

Ao final percebe-se que fazem-se necessário a realização de mais estudos, os quais abordem não somente o tema proposto por esta monografia, mas diversos outros assuntos que fazem parte da saúde indígena e que servirão como forma de se conhecer um pouco melhor a situação de saúde vivenciada por estes povos.

REFERÊNCIAS

BENTO, A. V. Como fazer uma revisão de Literatura: Considerações teóricas e práticas. Centro de Investigação em Educação: Universidade da Madeira. **Revista JÁ**, n. 65, maio de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Saúde da Mulher em geral**. São Luiz: UFMA/UNASUS, 2013.

_____. **Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama**. Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Protocolos da Atenção Básica. Saúde das mulheres**. Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2016.

DIZ, M. D. P. E; MEDEIROS, R. B. Câncer de colo uterino – fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento. **Rev Med**, São Paulo, v. 88, n. 1 2009.

FONSECA, A. J; AMORIM, L. D. C; MURARI, R. S. W; ARCOVERDE, L. C; FERREIRA, L. G. L. Prevalência de Alterações Citológicas Cervicais em Indígenas do Extremo Norte da Amazônia Brasileira. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 2, 2014.

FREITAS R.; SOARES, L; R.; GONZAGA, C. M. R.; SOUSA, A. L. L.; LIMA, M. G.; BRAQUINHO, L. W.; SOUSA, M. R. Mortalidade por câncer de mama em mulheres indígenas brasileiras. **Rev Bras Mastologia**, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2010.

GUIMARÃES, V. L. B. **A qualidade da atenção à saúde indígena no Brasil**. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Mamografia da prática ao controle – recomendações para profissionais de saúde**. Distrito Federal: Ministério da Saúde.

LIMA, M. G.; KOIFMAN, S.; SCAPULATEMPO, I. L.; PEIXOTO, M.; NOAMI, S.; AMARAL, M. C. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas Teréna de área rural, Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2001.

OLIVEIRA, S. C. R. A incidência de câncer na população indígena no Brasil e a subnotificação dos casos. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v. 11, n. 39, 2015

PEREIRA, E. R. **Prevenção do câncer do colo do útero em população feminina do parque Indígena do Xingu Mato Grosso**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2011.

PLA, M. A. S; CORRÊA, F. M; CLARO, I. B; SILVA, A. F; DIAS, M. B. K; BORTOLON, P. C. 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**, v. 58, n. 3, 2012.

SILVA, C. M. P. **Continuidade do cuidado: mulheres com lesões precursoras de alto grau do colo do útero e o acompanhamento no serviço de saúde comunitária**. Porto Alegre: FIOCRUZ, 2009.

SILVA, E. P.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; TOLEDO, M. J. O. Exploração de fatores de risco para câncer de mama em mulheres de etnia Kaingáng, Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil, 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, N. C; GONÇALVES, M. J. F; NETO, D. L. Enfermagem em saúde indígena: aplicando as Diretrizes Curriculares. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) v. 56, n. 4, 2003.

SPECK, N. M. G; *et al.* Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil. **Einstein**, v. 13, n. 1, 2015.

TOBORDA, W. C; FERREIRA, S. C; RODRIGUES, D; STÁVALE, J. N; BARUZZI, R. G. Rastreamento do câncer de colo uterino em índias do Parque Indígena do Xingu, Brasil central. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 7, n.2, 2000.

TIEZZI, D. G. Epidemiologia do cancer de mama. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2009.