RISCO DE MORTE EM MULHERES INDÍGENAS POR CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Palavras-Chave: População indígena, Neoplasias do colo do útero, Mortalidade

Autoras:

Anna Christie do Nascimento Meneses, FCM, UNICAMP

Profª. Drª. Diama Bhadra Vale (orientadora), FCM, UNICAMP

INTRODUÇÃO:

O câncer do colo do útero (CCU) é uma doença comum em países com baixa renda e acesso limitado à saúde, como o Brasil[1]. Ele é causado pelo vírus HPV e pode ser prevenido com rastreamento regular[9,10]. No Brasil, é o terceiro câncer mais incidente entre as mulheres e uma das principais causas de morte por câncer feminino[2]. A situação é ainda mais crítica entre as mulheres indígenas[3–5], que enfrentam maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde devido a fatores históricos, geográficos e estruturais.

Apesar das garantias constitucionais de atenção integral à saúde indígena e da criação de políticas específicas, como o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI)[6], ainda há grandes desafios para a implementação eficaz dessas ações. Barreiras como escassez de dados, falta de compreensão das especificidades culturais, e infraestrutura deficiente dificultam o combate ao CCU nessas populações.

No Brasil, há poucos estudos sobre a mortalidade por CCU entre mulheres indígenas, o que compromete a formulação de políticas públicas adequadas. Com base nos dados demográficos do Censo 2022, torna-se possível uma análise mais precisa dos aspectos epidemiológicos dessa neoplasia entre as mulheres indígenas. Desse modo, este trabalho teve como objetivo analisar as taxas de mortalidade por CCU no Brasil entre 2014 e 2023, considerando a identidade racial das mulheres e relacionando com a região demográfica.

METODOLOGIA:

Trata-se de estudo ecológico que avaliou o risco de morte por câncer do colo do útero em mulheres indígenas, comparadas com mulheres não indígenas. Os dados de mortalidade foram extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade do DATASUS do Ministério da Saúde (SIM), considerando os óbitos de 2014 a 2023. Para o cálculo das populações, foram utilizados os dados Censo Demográfico de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os sujeitos foram as mulheres que

evoluíram para óbito no período registrados no SIM. Foram considerados dois grupos para análise: mulheres indígenas e mulheres não-indígenas. A amostra foi composta por todos os óbitos de mulheres por CCU, registrados entre 2014 e 2023, no SIM.

Os desfechos avaliados foram a Taxa de Mortalidade ajustada (TMa) para indígenas e não-indígenas; e a Razão de Mortalidade entre os grupos (RM). A TMa de cada grupo foi calculada inserindo no numerador o número de óbitos por CCU (CID C53); e no denominador, o total de mulheres segundo o IBGE para o ano 2022 multiplicado por 10, por grupo etário. O ajuste para idade foi feito utilizando a população padrão mundial "Segi", sendo as taxas de mortalidade bruta multiplicadas pelo peso da população Segi em cada grupo etário. A TMa correspondeu à soma simples de todas as taxas por grupo etário, e apresentadas para 100.000 mulheres. A RM foi calculada pela razão entre a TMa das indígenas sobre a TMa das não-indígenas, com seu respectivo intervalo de confiança a 95%. As variáveis foram a identidade racial registrada no SIM e IBGE, as faixas etárias, as Unidades Federativas e Regiões brasileiras.

As mulheres indígenas no censo 2022 corresponderam a 0,59% da população feminina no Brasil, sendo, portanto, irrelevante a sua subtração no tratamento dos dados da população não-indígena. Este trabalho é uma apresentação parcial dos dados de um estudo que analisa as taxas de mortalidade por CCU em mulheres indígenas vivendo em terras indígenas (TI), comparando com as mulheres não indígenas de territórios semelhantes. Os dados aqui apresentados referem-se à exploração inicial para definir quais territórios serão analisados. Hoje no Brasil existem 632 TI, com uma população feminina estimada nestes territórios de 300.697 mulheres sob risco de adoecer e morrer por CCU. O estudo não obteve parecer da Comissão de Ética por tratar de dados públicos disponíveis online.

Este projeto foi contemplado com bolsa PIBIC entres os meses de fevereiro de 2025 e agosto de 2025, período em que foi realizada revisão de literatura, treinamento em epidemiologia e coleta de dados. Foram feitas avaliações da população por grupo etário de cada uma das 632 TI, dados extraídos da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e do Instituto Socioambiental. As TI também foram agrupadas em municípios de referência, para posterior análise dos seus óbitos e dos territórios semelhantes, dados não apresentados neste trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Para o cálculo dos denominadores das taxas de mortalidade nas populações femininas foram identificadas as estruturas etárias apresentadas na figura 1. Observa-se uma pirâmide etária jovem na população indígena, com base mais larga e topo estreito, enquanto, na população de mulheres não indígenas, o padrão é de uma pirâmide adulta, com o corpo mais alargado. Essa diferença na prevalência de faixa etária de cada população justifica a necessidade de se fazer uma taxa de mortalidade ajustada, para que se possa comparar as populações analisadas.

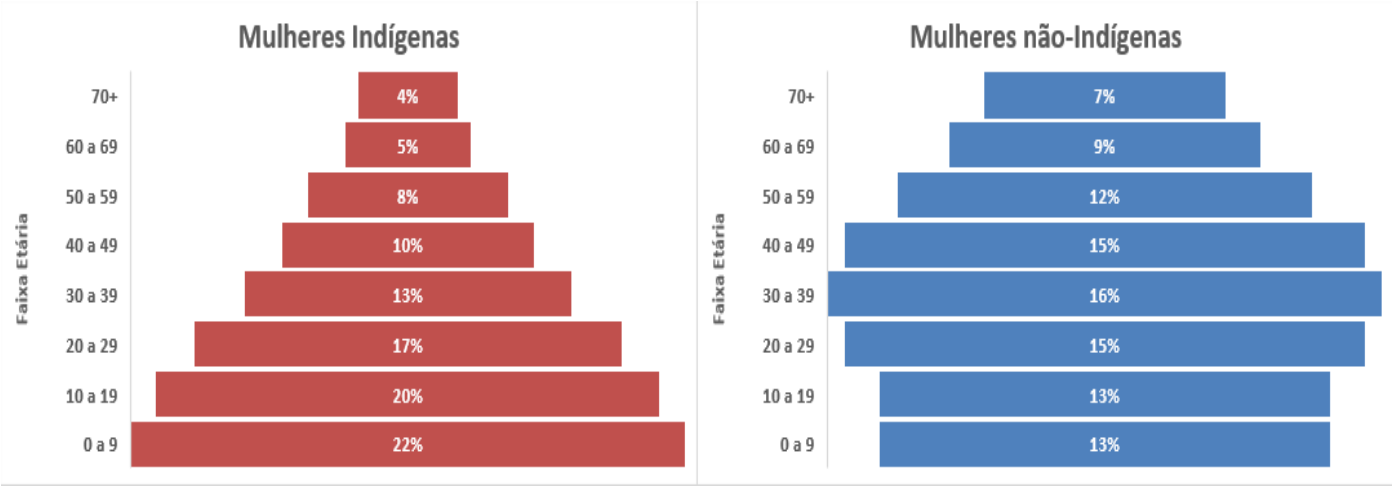

Figura 1. Distribuição da população de Mulheres Indígenas e não-Indígenas no Brasil por faixa etária segundo o Censo 2022. Fonte: IBGE – Censo 2022.

A figura 2 apresenta o total absoluto de TI e óbitos por CCU em mulheres indígenas de 2014 a 2023, por regiões no Brasil. É possível observar que há maior prevalência de óbitos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, locais de maior concentração de TI.

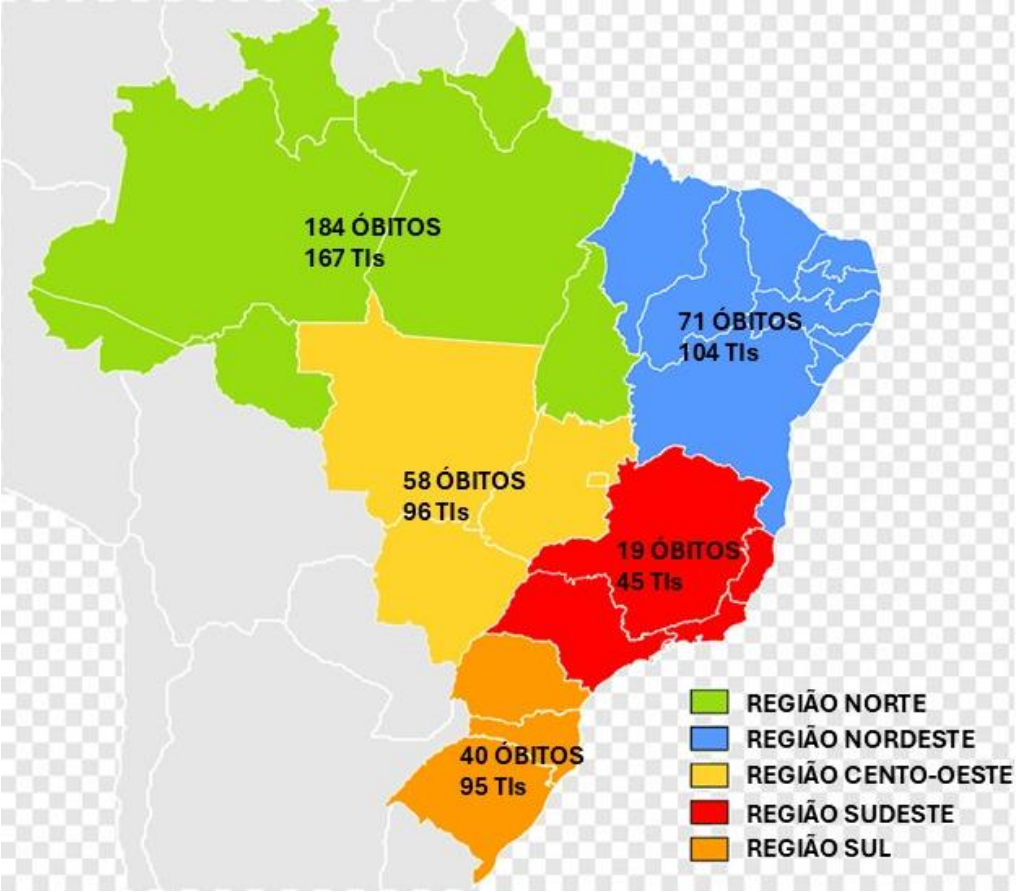

Figura 2. Distribuição das Terras Indígenas no Brasil e dos óbitos de 2014 a 2023 por câncer do colo do útero. Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e FUNAI.

A tabela 1 apresenta os resultados das TMa e RM para os grupos. Observa-se que o número de óbitos de indígenas por CCU foi maior nos estados do Amazonas, Roraima, Pará, Maranhão, Ceará, Pernambuco, Bahia, Paraná, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso. Entretanto, a razão

de mortalidade evidencia que a mortalidade indígena é maior que a população não indígena feminina nos estados de Rondônia, Acre, Roraima, Tocantins, Maranhão, Paraná, Rio Grande do Sul, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal. O risco de uma Mulher Indígena morrer por CCU comparado com o risco de uma Mulher não-Indígena foi 2,27 vezes maior na Região Sul (RR 2,27;2,03-2,55), e 1,8 vezes maior na Região Centro-Oeste (RR 1,80;1,61-2,01); e 30% menor na Região Nordeste (RR 0,70;0,62-0,80), e 29% menor na Região Sudeste (RR 0,71;0,60-0,84). No Brasil, este risco foi 1,47 vezes maior para mulheres indígenas (RR 1,47;1,30-1,66).

Tabela 1. Taxas de mortalidade ajustadas e risco de morrer por câncer do colo do útero em mulheres indígenas e não indígenas.

	Indígenas		Não-Indígenas		
	Óbitos de 2014 a 2023	**TMa**	**TMa**	**RM**	**IC a 95%**
Rondônia	7	11,32	6,33	1,79	1,62-1,97
Acre	9	12,02	9,86	1,22	1,12-1,33
Amazonas	107	9,95	14,64	0,68	0,63-0,74
Roraima	35	13,17	9,18	1,43	1,32-1,56
Pará	15	6,07	8,27	0,73	0,66-0,82
Amapá	3	10,39	11,65	0,89	0,82-0,97
Tocantins	8	13,34	7,08	1,88	1,72-2,07
REGIÃO NORTE	184	**10,14**	**9,52**	**1,07**	0,97-1,17
Maranhão	21	11,84	8,90	1,33	1,22-1,46
Piauí	0	0,00	6,20	0,00	-
Ceará	10	4,53	5,27	0,86	0,76-0,98
Rio Grande do Norte	2	3,37	4,92	0,68	0,60-0,79
Paraíba	4	2,91	5,04	0,58	0,50-0,67
Pernambuco	17	3,49	5,49	0,64	0,55-0,73
Alagoas	1	0,92	6,00	0,15	0,12-0,19
Sergipe	0	0,00	5,29	0,00	-
Bahia	16	3,09	4,44	0,70	0,60-0,81
REGIÃO NORDESTE	71	**3,90**	**5,53**	**0,70**	0,62-0,80
Minas Gerais	5	2,64	2,91	0,91	0,77-1,08
Espírito Santo	2	2,73	5,00	0,55	0,47-0,63
Rio de Janeiro	6	4,09	4,53	0,90	0,79-1,03
São Paulo	6	1,49	2,89	0,52	0,42-0,63
REGIÃO SUDESTE	19	**2,34**	**3,30**	**0,71**	0,60-0,84
Paraná	12	8,57	4,25	2,02	1,79-2,27
Santa Catarina	3	3,41	3,98	0,86	0,74-0,99
Rio Grande do Sul	25	14,92	4,66	3,20	2,88-3,56
REGIÃO SUL	40	**9,82**	**4,32**	**2,27**	2,03-2,55
Mato Grosso do Sul	43	12,03	5,29	2,28	2,05-2,52
Mato Grosso	12	6,90	4,90	1,41	1,26-1,58
Goiás	1	1,42	4,80	0,30	0,24-0,36
Distrito Federal	2	5,61	4,74	1,18	1,05-1,34
REGIÃO CENTRO-OESTE	58	**8,78**	**4,89**	**1,80**	1,61-2,01
BRASIL	372	**6,67**	**4,54**	**1,47**	1,30-1,66

Legenda: TMa – Taxa de Mortalidade ajustada para idade (SEGI); RM – Razão de Mortalidade Mulheres Indígenas sobre Mulheres Não-Indígenas; IC – Intervalo de Confiança.

O baixo número de óbitos em alguns estados é uma limitação para a análise, pois pode refletir a baixa concentração populacional de mulheres indígenas vivendo em TI nestes locais, mas também o registro inadequado da raça, a baixa notificação de morte por CCU. A migração de casos graves para outros estados também pode sub ou superestimar o número de óbitos. Entretanto, foi possível observar que em alguns estados é possível observar taxas bastante elevadas, e estratégias específicas devem ser planejadas para superar este cenário.

Tal estudo apresenta limitação por ser ecológico, sendo necessária uma análise aprofundada de cada território[12] para elucidar a maior razão de mortalidade em mulheres indígenas em certos locais e os fatores que influenciam nisso. As próximas etapas deste projeto visam extrair informações mais detalhadas a respeito da mortalidade indígena por CCU nos municípios que têm TI.

CONCLUSÕES:

No Brasil o risco de morres por CCU foi 1,47 vezes maior para Mulheres Indígenas comparadas com as Mulheres não-Indígenas. Em Rondônia, Acre, Roraima, Tocantins, Maranhão, Paraná, Rio Grande do Sul, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal este risco também foi maior. A maior Tma nas Mulheres Indígenas foi observada no Rio Grande do Sul, mas também foram muito elevadas em todos os estados da região Norte, assim como no Maranhão e Mato Grosso do Sul. Estes estados têm em comum um número elevado de TI.

BIBLIOGRAFIA

1. Vale DB, Teixeira JC, Bragança JF, Derchain S, Sarian LO, Zeferino LC. Elimination of cervical cancer in low- and middle-income countries: Inequality of access and fragile healthcare systems. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. 2020 Oct 31;
2. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Instituto Nacional de Câncer - INCA. [cited 2024 May 2]. Available from: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/apresentacao
3. Aguiar PN, Stock GT, Lopes G de L, Almeida MS de, Tadokoro H, Gutierres B de S, et al. Disparities in cancer epidemiology and care delivery among Brazilian indigenous populations. Einstein Sao Paulo Braz. 2016;14(3):330–7.
4. Borges MF de SO, Koifman S, Koifman RJ, Silva IF da. [Cancer mortality among indigenous population in Acre State, Brazil]. Cad Saude Publica. 2019 May 23;35(5):e00143818.
5. Renna Junior NL, Silva G de AE. Late-Stage Diagnosis of Breast Cancer in Brazil: Analysis of Data from Hospital-Based Cancer Registries (2000-2012). Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet. 2018 Mar;40(3):127–36.
6. Brasil: Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Ministério da Saúde; 2002.
7. Brasil: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE | Indígenas [Internet]. [cited 2021 Jun 13]. Available from: https://indigenas.ibge.gov.br/
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Amazônia Legal | IBGE [Internet]. Amazônia Legal. [cited 2024 Mar 27]. Available from: https://www.ibge.gov.br/geociencias/informacoes-ambientais/geologia/15819-amazonia-legal.html
9. Schiffman M, Doorbar J, Wentzensen N, de Sanjosé S, Fakhry C, Monk BJ, et al. Carcinogenic human papillomavirus infection. Nat Rev Dis Primer. 2016 01;2:16086.
10. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero 2016 - segunda edição. INCA; 2016.
11. Vale DB, Sauvaget C, Muwonge R, Thuler LCS, Basu P, Zeferino LC, et al. Level of human development is associated with cervical cancer stage at diagnosis. J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol. 2018 Sep 19;1–5.
12. Novais IR, Coelho CO, Carvalho CF, Surita F, Vale DB. The epidemiology of cervical cancer among indigenous women living in Latin America: A systematic review. Prev Med Rep. 2024 Dec 24;49:102955. doi: 10.1016/j.pmedr.2024.102955. PMID: 39830367; PMCID: PMC11741080.