Alex Sander Porfirio de Souza

**Diferenças raciais na mortalidade por câncer de
colo de útero no Brasil**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Olinda do Carmo
Luiz

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

**São Paulo
2019**

Alex Sander Porfirio de Souza

**Diferenças raciais na mortalidade por câncer de
colo de útero no Brasil**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Olinda do Carmo
Luiz

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

**São Paulo
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Souza, Alex Sander Porfirio de
Diferenças raciais na mortalidade por câncer de
colo de útero no Brasil / Alex Sander Porfirio de
Souza. -- São Paulo, 2019.
Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientadora: Olinda do Carmo Luiz.

Descritores: 1.Neoplasias do colo do útero
2.Origem étnica e saúde 3.Fatores raciais
4.Mortalidade 5.Estudos de séries temporais
6.Brasil

USP/FM/DBD-463/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

*Em especial, minha irmã **Eunice Maria Porfirio de Souza** (in memoriam), por ser a motivação maior para elaboração deste trabalho.*

Aos meus pais, Helena Ferreira de Souza e Nivaldo Porfirio dos Santos, à minha vó, Eunice Ferreira de Souza, minhas irmãs, Vitória Régia Porfirio de Souza Bocater e Nivânia Porfirio de Souza, pela presença constante em minha vida.

À minha sobrinha, Ellen Larissa Porfirio Gomes, aos meus sobrinhos, Humberto Maia Bocater, Arthur Porfirio Bocater, Davi Luciano Porfirio de Lima e Wander Porfirio Calundo como estímulo à busca constante pelo conhecimento.

À minha orientadora Profa. Dra. Olinda do Carmo Luiz, pela acolhida, encorajamento e ensinamentos, pilares importantes para conclusão do mestrado.

“Quando a vida. Quando a vida bater forte e sua alma sangrar, **quando esse mundo pesado lhe** ferir, **lhe** esmagar, é hora **do** **recomeço, recomece a lutar.** Quando tudo for escuro e nada iluminar, quando tudo for incerto e você só duvidar, é hora do **recomeço, recomece a acertar.** Quando a estrada for longa e seu corpo fraquejar, quando **não houver caminho, nenhum lugar** para chegar, é hora do **recomeço, recomece a caminhar.** Quando o mal for evidente e o amor ocultar, quando o peito for vazio e o abraço faltar, é hora do **recomeço, recomece a amar.** Quando você cair e ninguém **lhe** aparar, quando a força do que é ruim **lhe** derrubar, é hora do **recomeço, recomece a levantar.** Quando a falta de esperança **lhe** açoitar, se tudo que **for real for difícil suportar,** mais uma vez é hora de **recomeçar, recomece a sonhar. Enfim meu povo. É** preciso de **um final para poder recomeçar.** Como é preciso **cair para poder se levantar.** Nem sempre **engatar a ré significa voltar.** Remarque aquele encontro, reconquiste um **amor, reúna quem lhe quer bem.** Reconforte um sofredor, reanime quem **está triste, reaprenda na dor.** Recomece, se esforce, lembre o que foi bom, **reconstrua cada sonho, redescubra algum** dom, **reaprenda quando errar, rebole quando dançar.** E se um dia lá na frente a vida der uma ré, recupere sua fé e **recomece novamente”.**

RECOMEÇO - BRAULIO BESSA.

AGRADECIMENTOS

A Deus.

Ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Prof.^a Dra. Olinda do Carmo Luiz, pelo carinho e pela confiança sempre presente em todos os momentos da orientação deste trabalho.

As componentes da banca examinadora, Prof.^a Dra. MARIA FERNANDA TOURINHO PERES, Prof. Dr. LUIZ AUGUSTO MARCONDES FONSECA e Prof. Dr. DEIVISON MENDES FAUSTINO por acreditarem na relevância deste estudo, pela disponibilidade, leitura e crítica ao trabalho.

A minha querida avó Eunice Souza, pelos cuidados em toda minha vida.

Aos meus pais, Nivaldo Porfirio dos Santos e Helena Ferreira de Souza, por terem incentivado e acreditado na importância da Educação para minha vida e das minhas irmãs.

As minhas irmãs Vitória Régia Bocater e Nivânia Porfirio de Souza, pelo companheirismo durante esta longa trajetória.

A minha Sobrinha Ellen Larissa e aos meus sobrinhos Humberto, Davi Luciano, Alluisio Wandy e Arthur Emanuel, pelo amor me contagiando durante os momentos mais difíceis nesse percurso.

Aos meus tios, tias, primos e primas, pelo carinho e apoio nas horas difíceis.

Aos/as professores/as Marcia Thereza Couto Falcão, Mário César Schiffer, Beatriz Helena Carvalho Tess, Jose Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, Ricardo Rodrigues Teixeira, Patrícia Coelho de Soárez, Ivaldo Silva e Luís

Eduardo Batista, por participarem e incentivarem a minha trajetória profissional e acadêmica.

Em especial aos/as professores/as que foram significativos para esse sonho se tornar realidade, ajudaram nos momentos de aflição, e hoje, se tornaram amigos/as e que terei a gratidão eterna, Elda de Oliveira, Aparecida do Carmo Miranda campos e Deivison Mendes Faustino.

Os/a amigos/a pelo apoio fraternal, Elijanny Farias, Edson Feitosa, Alberto Silva e Clemilton Lopes.

Aos colegas do mestrado, pelo estímulo e companheirismo durante o percurso deste trabalho, Cláudia Simões, João Alexandre Teixeira, Vinicius Gonçalves, Waleska Araújo, Augusto Mathias, Renata Lobo, Karen Rodrigues, Jenifer do Vale, James Lalane e Felipe Nascimento, pelas horas em que dividimos as angústias, tristezas e alegrias e pelos momentos compartilhados de estudo.

Aos/as funcionários/as do Departamento de Medicina Coletiva, pela gentileza com que sempre nos trataram, enquanto alunos/as da pós graduação.

Ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Prof.^a Dra. Olinda do Carmo Luiz, pelo carinho e pela confiança sempre presente em todos os momentos da orientação deste trabalho.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anne Iiese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO	1
1 INTRODUÇÃO	3
1.1 Iniquidades raciais	3
1.2 Câncer do colo do útero	14
1.2.1 Epidemiologia do câncer cervical	20
1.2.2 Raça/cor e câncer do colo do útero	23
1.3 Raça/cor e sistemas de informação	25
2 JUSTIFICATIVA	28
3 OBJETIVOS.....	30
3.1 Objetivo Geral.....	30
3.2 Objetivos Específicos	30
4 MÉTODOS.....	31
4.1 Delineamento do estudo.....	31
4.2 População brasileira.....	31
4.3 Populações de estudo	33
4.4 Taxa de mortalidade	33
4.5 Fontes.....	35
4.6 Análise de dados	35
5 RESULTADOS	36
6 DISCUSSÃO	47
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCR	Canadian Cancer Registry
CGMA	Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª edição
CVSD	Canadian Vital Statistics Database
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DEMAS	Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde
DO	Declaração de Óbito
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS	Índice de Desenvolvimento Humano
IE	Instituto de Economia
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LAESER	Laboratório de Análises Econômicas, Sociais e Estatísticas das Relações Raciais
MS	Ministério da Saúde
NCIRS	National Cancer Incidence Reporting System
NIC I	Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau um
NIC II	Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau dois
NIC III	Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau três
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PCRI	Programa de Combate ao Racismo Institucional
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SEPPIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo
USPSTF	US Preventive Services Task Force

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Taxa de mortalidade por câncer de colo de útero ajustado por idade e ano – Brasil 2002-2017.	37
Figura 2	Taxa de mortalidade por câncer de colo de útero ajustado por idade na população feminina branca e ano – Brasil 2002-2017.	38
Figura 3	Taxa de mortalidade por câncer de colo de útero ajustado por idade na população feminina negra e ano – Brasil 2002-2017.	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Números de óbitos por câncer de colo de útero redistribuídos*, taxa de mortalidade por câncer de colo de útero ajustada por idade** segundo raça e ano, Brasil 2002-2017	36
Tabela 2	Taxa de mortalidade por câncer de colo do útero ajustada por idade e intervalo de confiança de 95% segundo raça/cor e grandes regiões, Brasil 2010	40

RESUMO

Souza ASP. *Diferenças raciais na mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

INTRODUÇÃO: O câncer de colo do útero é o terceiro tumor feminino mais comum, ficando atrás somente do câncer de mama. Embora seja uma doença evitável, ainda afeta mais de meio milhão de mulheres, levando a óbito aproximadamente 60% delas a cada ano. Acomete principalmente população feminina mais vulnerável socialmente. A população negra no Brasil apresenta os piores indicadores sociais, no entanto, ainda são poucos os estudos que consideram as variáveis raça/cor nas avaliações do câncer de colo do útero.

OBJETIVO: Descrever o comportamento da mortalidade por câncer de colo do útero segundo raça/cor no Brasil, através da avaliação da tendência temporal da mortalidade por câncer de colo do útero segundo raça/cor no Brasil no período de 2002 a 2017, além da avaliação das diferenças regionais da mortalidade por câncer de colo do útero segundo raça/cor no ano censitário de 2010.

MÉTODOS: Estudo ecológico de tendência temporal do período de 2002 a 2017 das taxas ajustadas por idade de mortalidade por câncer de colo do útero em mulheres acima de 20 anos de idade no Brasil em mulheres brancas e negras. Estudo das diferenças raciais e regionais no ano de 2010. Foram utilizados dados secundários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para estimativas populacionais e do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde. Para análise da tendência temporal foi utilizado o *Joinpoint Regression Program*.

RESULTADOS: existem marcantes diferenças nas tendências de mortalidade por câncer de colo do útero segundo raça/cor no Brasil. A partir de 2015, no entanto, parece haver homogeneidade na tendência, com uma reversão da queda sustentada ocorrida no período anterior em negras, brancas e na população feminina total. Como resultado da heterogeneidade das tendências, temos uma maior queda na taxa de mortalidade na população branca, com concomitante aumento da desigualdade racial. No Brasil, em 2017 a taxa de mortalidade por câncer de colo do útero nas mulheres negra foi 34% maior que a mesma taxa nas mulheres brancas. Quando se avaliam as diferenças regionais nota-se que para o Brasil a taxa de mortalidade na população negra foi 24% maior que na população branca. Quando se observam as diferenças regionais, verifica-se que a maior desigualdade é encontrada na região Norte, com a mortalidade em negras 64% maior que em brancas. A menor diferença foi encontrada na região Centro-oeste com uma taxa de mortalidade em negras apenas 1% maior que em brancas.

CONCLUSÃO: As mulheres negras deveriam ser consideradas com especial atenção no desenvolvimento de estratégias do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama.

Descritores: Neoplasias do colo do útero; Origem étnica e saúde; Fatores raciais; Mortalidade; Estudos de séries temporais; Brasil.

ABSTRACT

Souza ASP. *Racial Differences in uterine cervical cancer mortality rates in Brazil* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2019.

INTRODUCTION: Uterine cervical cancer is the third most common tumor in women, lagging only for the breast cancer. Although being an avoidable disease, it still affects more than half million women, leading to the death of approximately 60% of them annually. It assails mainly the more socially vulnerable female population. The African-descendant population in Brazil shows the worst social indicators, yet still are few studies that regard the race and color variations on uterine cervical cancer assessments. **OBJECTIVE:** To describe the cervical cancer mortality behavior according to race and color in Brazil by evaluating the temporal trend of cervical cancer mortality according to race and color in Brazil from 2002 to 2017 and evaluating regional differences in cervical cancer mortality according to race and color in the census year of 2010. **METHODS:** Ecological study of time trend from 2002 to 2017 of age-adjusted rates of cervical cancer mortality in women over 20 years of age in Brazil in white and black women. Study of racial and regional differences in 2010. Secondary data used from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) for the population estimates and the Mortality Information System of the Ministry of Health. The Joinpoint Regression Program was used to analyze the temporal trend. **RESULTS:** There are striking differences in cervical cancer mortality trend according to race/color in Brazil. Since 2015, however, there seems to be homogeneity in the trend, with a reversal of the sustained fall that occurred in the previous period in blacks, whites and in the total female population. As a result of the heterogeneity of trend, we have a greater downfall in the mortality rate in the white population, with concomitant increase in racial inequality. In Brazil, in 2017 the mortality rate due to uterine cervical cancer in black women was 34% higher than the same rate in Caucasian women. When the regional differences were evaluated, it is noted that for Brazil the mortality rate in the black population was 24% higher than in the white population. When regional differences are observed, it is verified that the greatest inequality is found in the North region, with mortality in black women 64% higher than in white. The smallest difference was found in the Midwest region with a black mortality rate only 1% higher than in white. **CONCLUSION:** African-descendant women should be considered with special attention in the development of strategies of the National Program for the Control of Cervical and Breast Cancer.

Keywords: Uterine cervical neoplasms; Ethnicity and health; Race factors; Mortality; Time serie studies; Brazil.

APRESENTAÇÃO

Sou bacharel em Ciências Econômicas pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), licenciado em Matemática pelo Centro Universitário CESMAC, e mestre em Educação pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Por ser professor, resolvi incorporar meu conhecimento em prol das questões sociais, econômicas e culturais afro-brasileiras nas minhas práticas pedagógicas. Paralelo a isso, sou integrante de uma ONG que faz parte do movimento negro nacional, onde se discutem as desigualdades sociais devido ao racismo. A experiência vivida nos movimentos sociais me permitiu um avanço nas práticas pedagógicas por proporcionar descobertas sobre a história da população africana no Brasil e dos afro-brasileiros, sem relação à situação de exploração da quais foram submetidos. Essa situação criou a condição de desigualdades sociais até a contemporaneidade. Também permitiu conhecer a história do povo negro no processo de desconstrução de ideologias impostas como verdadeiras e absolutas. Isso me libertou, mas, ao mesmo tempo, me responsabilizou.

O meu interesse em saúde coletiva, na área da epidemiologia é singular. Estudar mortalidade por câncer de colo do útero significa que esse será o caminho mais viável de obter resposta que possa me fazer entender a razão pela qual uma mulher negra, com 32 anos e natural de uma capital do Nordeste, morre por câncer de colo de útero. Essa questão explica o motivo da minha vinda para o Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Resolvi não ir direto ao doutorado, mas iniciar um segundo mestrado, por

dois motivos: não ser um profissional de saúde, e necessitar de tempo para entender novos conceitos da saúde coletiva, com o propósito de me tornar um pesquisador da área.

Neste novo mestrado, investigarei as **“Diferenças raciais e regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil”**, sob a orientação da Professora Doutora Olinda do Carmo Luiz. A pesquisa vem sendo desenvolvida e estruturada com a participação do grupo de pesquisa, em construção, que busca o conhecimento das desigualdades sociais e de saúde, tendo como um marcador social o quesito raça/cor.

Nesse percurso, ampliei o conhecimento sobre o objeto deste estudo, por meios das disciplinas cursadas, da interação com alunos da pós-graduação e professores; principalmente por meio de participação nas atividades proporcionadas pelo departamento da Medicina Preventiva. Essa integração tem agregado minha formação, através de experiências, como: minha participação como membro da comissão organizadora do V Simpósio dos Pós-graduandos, do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (SIMPREV), no ano de 2017, os seminários e o Programa de Aperfeiçoamento ao Ensino (PAE). Essas etapas foram e são importantes para formação na área da saúde coletiva e, principalmente, na epidemiologia. A partir de então, tenho avançado na compreensão de temas que norteiam a complexidade do objeto de pesquisa em que venho me debruçando.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Iniquidades raciais

Ainda existem populações que vivem em precárias condições sociais e econômicas, privadas dos direitos humanos universais, especialmente o direito à saúde. Tais desigualdades estão associadas a fatores que sistematicamente colocam grupos sociais em desvantagem, com relação à oportunidade de ser e se manter sadio (BARATA, 2009), conclamando a aplicação do princípio da equidade com a possibilidade de atingir relações igualitárias (ARAÚJO, 2009; NUNES et al., 2001).

A definição de iniquidade aqui adotada refere-se às diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas. Perfis de morbimortalidade diversos estão correlacionados com nível educacional, ocupação, renda, desemprego, entre outros aspectos da vida contemporânea. Além disso, grupos desfavorecidos não só sofrem maior incidência de doenças, mas também têm mais doenças crônicas e incapacidades em idade precoce, relacionadas a um padrão de deterioração da qualidade de vida (LUIZ, 2005).

Segundo essa concepção, a saúde - em sua dimensão ética - assume um valor positivo, considerando o direito à saúde enquanto direito social, construído ao longo da história humana.

Termos como igualdade, justiça social, direitos humanos e sociais estão intimamente relacionados à ideia de equidade. A saúde é considerada um direito social, inserida no âmbito dos direitos de solidariedade, não vinculada apenas à possibilidade individual de compra da assistência, mas ao direito de não ficar doente, impondo a atuação antecipada na forma de serviços que garantam a salubridade pública. Acompanhando os direitos fundamentais, a saúde aproxima-

se da ideia de qualidade de vida, como um dos elementos da cidadania. Direito à cura e à prevenção de doenças, mas também a uma vida saudável, aos benefícios do desenvolvimento, tanto quanto ao trabalho e à alimentação adequada. (Luiz, 2005, pg. 74)

Para além do acesso aos serviços de assistência médica, o direito à saúde requer relações sociais que possibilitem a qualidade do cotidiano.

Desde o início da modernidade, a ciência ocidental tem demonstrado que o estado de saúde de uma população, em muitos casos, pode ser melhorado pela intervenção. A possibilidade de intervenção no processo de adoecimento contribuiu para a constituição da saúde como um direito alcançável pelo progresso humano e, conseqüentemente, para a consolidação do direito à saúde. Seja pela extensão dos serviços sociais, seja pelo crescimento econômico, um nível de saúde satisfatório foi conseguido por uma parcela considerável da humanidade na segunda metade do século XX. Porém, as diferenças continuam existindo, gritantes entre os países do Norte e os países subdesenvolvidos, mas também entre grupos populacionais dentro de um mesmo país.

A resposta das políticas sociais às iniquidades, no entanto, não é homogênea. O comportamento político de boa parte dos dirigentes europeus concede importância à redução das desigualdades em saúde, e considera que as políticas sociais, assim como os sistemas nacionais de saúde, devem ter como principal objetivo o alcance da equidade. Nos Estados Unidos, por outro lado, a saúde está relacionada às capacidades individuais, comportamentais e possibilidade de as pessoas pagarem pelos serviços apropriados (BARATA, 2009).

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal em 1988, buscou-se a implantação de um estado de bem-estar social, destacando a saúde como um

direito de todos e dever do Estado. Este processo deu origem a criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, o Sistema Único de Saúde, consolidado pelos princípios da equidade, integralidade e universalidade. Todavia, assegurar o direito apenas na lei não é suficiente, se fazem necessários investimentos, planejamento e metas efetivas por parte do Estado (BARATA, 2009).

Ainda que a constituição brasileira aponte que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2000), vários segmentos de nossa sociedade seguem com precárias condições de vida e saúde, dentre eles a população negra.

Publicação do Fórum Brasileiro de Segurança Pública revela que a taxa de homicídios é maior entre as mulheres negras do que entre as mulheres brancas. Além disso, entre 2005 e 2015 esse número teve redução de 7,4% na população branca, ao mesmo tempo em que a população negra viu a taxa de homicídios em mulheres aumentar em 22% (Lima et al, 2017).

Podemos citar outros dados, como: A morte materna por toxemia gravídica, que é quase seis vezes maior em mulheres negras (SAÚDE, 2005; ZILLMER et al., 2010); Já os negros apresentam maiores chances de diabetes, hipertensão arterial e acidente vascular cerebral do que qualquer outro grupo racial (NADRUZ et al., 2017; NOBLAT; LOPES; LOPES, 2004; PAIXÃO et al., 2010); Ademais, as mulheres negras têm maiores proporções de gravidez não planejada e menos consultas de pré-natal, pois recebem menos informações, e encontraram mais dificuldades

quando procuraram atendimento, sem contar que elas tem que esperar mais tempo para serem atendidas (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018).

As diferenças raciais no estado de saúde são atribuídas à distribuição desigual de recursos na sociedade, sejam eles recursos sociais, educacionais ou de acesso aos serviços. Embora esta situação possa ser resultante dos níveis de pobreza, especialmente entre as mulheres, ela é catalisada pelo racismo institucional, corresponsável por desigualdades na prestação do cuidado, dentre outros aspectos que afetam o diagnóstico e o tratamento das doenças. Desse modo, é essencial que questões como raça, sexo e nível socioeconômico devam ser considerados nas estratégias para promoção e proteção à saúde.

Assim, é evidente que o racismo institucional se expressa tanto na relação de cuidado quanto no acesso e na própria prática institucional; na forma como os negros são tratados nos serviços, na precariedade da produção de informações com recorte racial e na dificuldade de acesso ao cuidado.

A população negra no Brasil apresenta os piores indicadores sociais e de saúde verificáveis a partir da desagregação de dados segundo raça/cor. Nesse sentido, podemos citar publicidade como a do Ministério da Saúde "Não fique em silêncio" e "Racismo faz mal à saúde", das quais ambas revelam a clara necessidade de políticas públicas afirmativas, com o enfoque nas questões raciais, tendo em vista melhorar os indicadores dentre a população afrodescendente no país.

Nessa direção, a Política de Saúde da População Negra reconhece raça/cor como determinante associada ao adoecimento e à morte precoce de mulheres e homens negros (WERNECK, 2016). Fatores como: política, ciência e a cultura afro-

brasileiras são aspectos fundamentais que integram o conceito de saúde da população negra. Contudo, o racismo, ampliado ao racismo institucional, as vulnerabilidades geradas por agravos e doenças e o conhecimento das tradições afro-brasileiras são aspectos dos processos de saúde e doença que contextualizam as condições de vida e saúde desta população (WERNECK, 2010).

[A] imagem de “paraíso racial”, forjada ideologicamente, foi reforçada das formas mais variadas tornou-se muito aceita pela população brasileira. Através de vários mecanismos ideológicos, políticos e simbólicos, ela foi introjetada (e ainda é) pelos negros, índios, brancos e outros grupos étnico-raciais brasileiros. Porém, a atuação do Movimento Negro e, conseqüentemente, a construção de um debate político sobre a atuação dos negros no Brasil, bem como a realização de pesquisas por acadêmicos e instituições governamentais, têm comprovado a existência do racismo e, conseqüentemente, a desigualdade racial entre os negros e brancos, assim como têm ajudado a superar o mito da democracia racial no Brasil. (GOMES, 2005, p. 59-60).

A caracterização de raça compreende o fenótipo, como a cor da pele. Já etnia compreende fatores culturais, como o idioma (SANTOS et al., 2010). As tendências verificadas nas taxas de mortalidade dão indícios de que fatores genéticos são insuficientes para esclarecer diferenças raciais. Isso ocorre porque, quando se compara fatores genéticos à fatores ambientais, tendo em vista a relevância na determinação de adoecimento e mortalidade da população, os fatores ambientais apresentam maior notoriedade, pelo fato de que a melhoria das condições de vida se relaciona com a redução de muitas doenças, sugerindo fortemente que elas não são, sobretudo, genéticas (PEARCE et al., 2004).

No entanto, não se questiona o fato de que a estrutura dos diferentes grupos humanos seja importante para estudos epidemiológicos e de saúde pública. O que

se discute é a teoria de usar raça como um marcador para características biológicas herdadas (ALVES, 2008).

Alguns pesquisadores divergem em relação à aplicação do conceito raça, pois discordam do termo como forma de estratificação social, usando traços físicos como critério de classificação. Questiona-se o fato de se tratar de um construto social e não biológico (MAIO; MONTEIRO, 2005). Além disso, elimina o diálogo entre raça e saúde desconsiderando qualquer relação a estrutura das diferentes populações para estudos epidemiológicos e de saúde pública. (BOURDIEU; WACQUANT, 2002). Ademais, argumentam sobre a influência dos estudos estrangeiros, que induzem distorções por generalizar condições específicas, crítica a racialização, como assim conceitua o autor, já que o racismo não se apresenta de forma igual nas diferentes sociedades (FRY; NARBY; S, 2005).

Outros autores, por sua vez, ressaltam a importância das concepções sobre raça/cor no estudo do impacto do racismo ou da desvantagem cultural e social no acesso e uso dos serviços de saúde. (FAUSTINO, 2017), destaca o racismo como determinante social de saúde. (AYRES, 2007), expõe a importância do conceito de raça para compreender os processos de adoecimento na sociedade. (CHOR, 2013), pontua as limitações metodológicas e a cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) como obstáculos para estudos epidemiológicos de raça e saúde, no entanto, eles não impossibilitaram a pesquisa sobre mortalidade no Brasil nos anos 80. O uso dos dados contribuiu para o aperfeiçoamento das Informações do Sistema. (ALVES, 2008).

Toda essa discussão entorno da construção social, nos leva a entender que, a noção raça/cor refere-se em como as diferenças fenotípicas entre indivíduos e grupos são percebidas e transformadas, em contextos sociais concretos, em barreiras sociais diversas. Sendo assim, é importante fortalecer estudos que consideram o racismo – e não a raça – como um Determinante Social de Saúde.

Se pensarmos em alguns fatores como a falta de acesso ao diagnóstico precoce e tratamento adequado pode-se encontrar explicações para causa das diferenças injustas e evitáveis no modo as quais as mulheres negras enfrentam o câncer de colo do útero, são as diferenças evitáveis e injustas dos demais indicadores de saúde, da economia, da justiça, da educação, do mercado de trabalho, da segurança entre tantos outros. Sendo um problema de saúde pública evidenciado.

Assume-se na presente dissertação que as variações genéticas entre os indivíduos não explicam as diferenças em saúde segundo a cor da pele, portanto, a determinação social parece ser a concepção que melhor esclarece as desigualdades. Ao considerar as desigualdades de saúde e sociais, o quesito raça/cor tem implicações em sua reprodução. As representações identitárias formadas por negros e não negros geram situações de forças e poder, dentro do contexto social. Rosa, (2009) argumenta que o fim do colonialismo não extinguiu a cartografia do poder que pode ser notada nas segregações territoriais, nas diferenças educacionais entre outros reflexos do colonialismo, os quais devem ser revelados ao tratar os problemas da discriminação e da desigualdade. Dessa forma:

O mundo racial foi inventado para dar a alguns grupos o status de dominantes, superiores e com direito “inato” a serem favorecidos pelos privilégios do poder, educação, saúde e dinheiro. O conceito moderno de raça surgiu com os colonizadores europeus que escravizaram os negros e inventaram as categorias de “branquitude” e “negritude” para justificar sua política de opressão e exclusão, na qual os brancos eram considerados superiores e os negros, inferiores. [...] Aos negros foram negados os mais elementares direitos civis, enquanto aos brancos foram reservadas “todas as vantagens econômicas e sociais que lhes fizeram ser donos das terras, do poder e do acesso à educação”. [...] Em vários países do mundo e até mesmo no Brasil, apesar da pretensa “democracia racial”, o preconceito baseado na aparência física ainda existe. Isto quer dizer que a pigmentação da pele continua a ser usada como mecanismo de exclusão e de preconceito racial (ALVES, 2008, p. 102-103).

Essas questões podem ser os motivos pelos quais raça/cor é uma variável pouco utilizada nos estudos sobre desigualdades em saúde, não obstante sua grande relevância como marcador das discrepâncias entre grupos, em termos de condições de vida. Essa falsa “democracia” se desvela cada vez mais por meio das diferenças dos indicadores socioeconômicos, educacionais e culturais e, também, pelos resultados de estudos sobre desigualdades em saúde (ARAÚJO, 2009).

Segundo Lopes, (2005), os estudos sobre desigualdades, disparidades ou iniquidades em saúde devem transpor a barreira dos números, e ir além da comparação de dados estatísticos, uma vez que o racismo nem sempre se mostra de forma explícita e mensurável nas interações sociais.

A aplicação do conceito de “raça” é hoje uma necessidade teórica e prática nos estudos e nos processos sobre identidade étnica, conquista de direitos e justiça social de grupos fenotipicamente distintos. Nesse sentido, a erradicação do racismo e a luta contra raça como um critério de segregação social e de exclusão de oportunidades requer que o termo – ou conceitos correlatos, como cor e fenótipo – seja mantido nas coletas de dados e nos registros e notificações das instituições, públicas ou particulares, ao menos enquanto perdurar essa situação de flagrante desigualdade (MUNIZ, 2010, p.282).

Sendo assim, a ausência de categorias raciais ou étnicas impossibilita o estudo de temas tão importantes como racismo, o estudo das doenças e exclusão de minorias no acesso e uso dos serviços de saúde (ALVES, 2008).

Além disso, a desigualdade de raça soma-se a desigualdade de gênero; ser mulher negra no Brasil desvela essa discriminação e desigualdade, de modo que as mulheres estão inseridas em um ciclo de marginalização desde o período histórico colonial. Os processos discriminatórios funcionam para limitar suas exequibilidades sociais, contribuindo para a reprodução das iniquidades no contexto educacional, econômico, social, político e, destacadamente, na saúde (SANTOS, 2009)

Há avanços e recuos na saúde das mulheres, além da explícita diferença racial nos números da incidência e da mortalidade por câncer de colo do útero (CCU). Essa diferença tem se agravado em diferentes regiões no mundo e no Brasil. Ao analisar as desigualdades de ordem social e econômica no contexto da pobreza e injustiça social, os aspectos de raça/cor devem ser considerados (ROSA, 2009).

Segundo Lima M., (2010), as políticas e ações no campo da saúde para a população negra podem ser entendidas a partir de três períodos diferentes. O primeiro período tem como reivindicações medidas de combate à “vulnerabilidade socioeconômica associada à vulnerabilidade de negros e mulheres e, consequentemente, de mulheres negras”. O racismo se prolifera na área da saúde e obstáculo do reconhecimento das desigualdades nessa área foi a não disponibilização dos “dados existentes desagregados por cor e introduzir esse quesito nos principais formulários de saúde pública, particularmente naqueles referentes à mortalidade e à morbidade” (LIMA M., 2010, p.90).

Já o segundo período tem como reivindicações medidas voltadas para as doenças "geneticamente determinadas", que afetam mais a população negra e as doenças geradas pela baixa situação socioeconômica e os impasses no acesso à saúde. O terceiro e último período reivindica o enfrentamento do "racismo institucional", que são os mecanismos discriminatórios que operam nas instituições sociais (LIMA M., 2010).

Essas reivindicações serviram para impulsionar tanto o Ministério da Saúde (MS) como a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) a estruturarem políticas de ações afirmativas com o objetivo de implementar a equidade em saúde e promover a igualdade racial. As políticas criadas são as seguintes: em 2003, a Política Nacional de Saúde da População Negra (Seppir/Ministério da Saúde); em 2004, o Comitê Técnico de Saúde da População Negra; em 2005, o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI). Como apanhado dessas políticas, foi publicada, em 2007, pela Seppir/Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN(LIMA M., 2010), cujo objetivo é promover a saúde integral dessa população, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para redução das iniquidades (BRASIL, 2017). Desse modo, as diretrizes e metas para alcance desse objetivo se encontram ratificadas no Plano Nacional de Saúde (PNS), entre 2012-2015 (BRASIL, 2011, p. 70).

O documento que aborda estratégias relacionadas à melhoria da saúde de grupos étnico-raciais pressiona a gestão pública a implantar ações e gerenciar o

desempenho em prol de políticas de saúde, voltadas a reconhecer no âmbito da saúde pública, os agravos sofridos pela população negra.

O período histórico entre 1996 e 2005 contribuiu para reconhecer a importância de ações voltadas à saúde da população negra no Brasil. No entanto, ainda são poucos os estudos que consideram as variáveis raça/cor nas avaliações da mortalidade. Logo, verifica-se a necessidade de analisar não somente as desigualdades regionais, mas também relacionar raça com as condições sociais, situação socioeconômica e localização geográfica.

O Relatório Anual das Desigualdades no Brasil, 2009-2010, elaborado pelo Laboratório de Análises Econômicas, Sociais e Estatísticas das Relações Raciais (LAESER) /IE/UFRJ, tem por eixo fundamental o tema das desigualdades raciais e sua mensuração através de indicadores econômicos, sociais e demográficos. Visa sistematizar os avanços e recuos existentes no Brasil em termos da equidade racial em seus diversos aspectos.

O documento mostra que a população negra brasileira está em desvantagem no acesso a serviços públicos como educação, saúde, justiça e previdência social. Ademais, a população negra recebe menor renda e tem expectativa de vida mais baixa do que outros segmentos. As raízes desta situação são históricas, pois a mudança da categoria de escravos para a de homens e mulheres livres não foi capaz de alterar o quadro de exclusão da população negra na medida em que não veio acompanhada da garantia de acesso à terra, ao trabalho, à saúde e à educação (PAIXÃO et al., 2010).

O direito à diferença é fundamental na superação das iniquidades e efetivação da igualdade (LOPES, 2005). Além disso, a divergência na autoclassificação de negros politicamente engajados e as bases não mobilizadas deixam nítida a ideologia do embranquecimento. A raça/cor faz parte da pessoa, assim como o sexo e o nome, sendo um definidor tanto de individualidade, quanto de identidade oficial, pública e/ou privada (BENTO, 2002; LOPES, 2005).

A existência de políticas avançadas oficiais é um grande passo, mas não é suficiente para garantir avanços sociais de fato, tanto em relação aos impactos da política, quanto em relação ao direcionamento de recursos e esforço governamentais. Isso ocorre porque a não adoção de medidas estatais de combate às desigualdades raciais contribui para sua manutenção (FAUSTINO, 2012), principalmente, em sociedades como a brasileira, na qual relações de classe são racializadas e relações raciais são dependentes da classe social (CHOR; LIMA, 2005).

1.2 Câncer do colo do útero

O câncer de colo do útero (CCU) é um problema de saúde pública no mundo todo (GINSBURG; PASKETT, 2018), considerado o terceiro tumor feminino mais comum, ficando atrás do câncer de mama (GINSBURG; PASKETT, 2018; SCARINCI et al., 2011). Embora seja uma doença evitável, ainda afeta mais de meio milhão de mulheres e mata aproximadamente 60% delas a cada ano. Desse modo:

Em relação aos cânceres especificamente femininos, o câncer de mama mostrou estabilidade de taxas, enquanto o do colo do útero

apresentou comportamento ascendente, embora estatisticamente não significativo. No entanto, o câncer do útero de parte não especificada apresentou decréscimo significativo (FONSECA; ELUF-NETO; FILHO, 2010 p. 309-10).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2010) define-o como a replicação desordenada do epitélio de revestimento do colo do útero, comprometendo o tecido subjacente e chegando a invadir estruturas e órgãos adjacentes e à distância. Existem duas categorias de carcinomas invasores do colo do útero, de acordo com a origem do epitélio afetado: o carcinoma epidermoide, de maior incidência, que ataca o epitélio escamoso em 90% dos casos; em 10% o adenocarcinoma ataca o epitélio glandular.

O Papiloma Vírus Humano (HPV), sigla originada do inglês, é o principal fator causal, pois suas infecções causam quase a totalidade dos CCU (SCARINCI et al., 2011).

Já os HPV infectam a pele e as mucosas e é possível encontrar mais de 150 tipos distintos, dos quais 40 têm capacidade de acometer os órgãos genitais. Tendo isso em vista, os CCU relacionam-se à infecção pelos subtipos oncogênicos do HPV, com destaque para os tipos 16 e 18, considerados de alto risco e causadores de aproximadamente 70% dos CCU (BRUNI et al., 2019; ELUF NETO, 2008).

Estima-se que aproximadamente 80% das mulheres, no decorrer de sua vida sexualmente ativa, serão infectadas por HPV, sendo que em torno de 33% serão infectadas pelos subtipos oncogênicos (SANJOSÉ et al., 2007).

Na maioria das vezes a infecção cervical pelo HPV é transitória e regride espontaneamente, entre seis meses a dois anos após a exposição (OMS, 2007), o pequeno número de casos nos quais a infecção persiste é especialmente causada

por um subtipo viral oncogênico. Neste caso, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras – lesão intra-epitelial escamosa de alto grau e adenocarcinoma in situ – cuja identificação e tratamento adequado possibilitam a prevenção do câncer cervical invasivo (ROSA et al., 2009). A idade também interfere nesse processo, destacando que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente (OMS, 2007).

Fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção pelo HPV, bem como a progressão para lesões precursoras ou câncer.

Diferente das demais doenças sexualmente transmissíveis, o uso de preservativos não protege totalmente da infecção pelo HPV. Na presença de infecção na vulva, na região pubiana, perineal e perianal ou na bolsa escrotal, o HPV poderá ser transmitido apesar do uso do preservativo. Todavia, a camisinha feminina, que cobre toda a vulva, pode evitar mais ativamente a contaminação, quando usada no início do ato sexual (GONZAGA et al., 2013). Assim, a principal medida para prevenção da morbimortalidade por CCU é o diagnóstico precoce e tratamento imediato das lesões precursoras.

Apesar da evolução do CCU em geral ser lenta, com fases pré-clínicas detectável, a maioria das infecções por HPV é assintomática e de caráter transitório, ou seja, regride espontaneamente. Tanto o homem quanto a mulher podem estar infectados sem apresentar sintomas. Habitualmente as infecções pelo HPV se

apresentam como lesões microscópicas ou não produzem lesões, o que chamamos de infecção latente.

O colo uterino é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arrançadas de forma bastante ordenada. Nas neoplasias Intra-epiteliais, esta estratificação fica desordenada. Quando a desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, estamos diante de uma displasia leve ou neoplasia intra-epitelial cervical grau I (NIC I). Cerca de 60% das mulheres com NIC I vão apresentar regressão espontânea, 30% podem apresentar persistência da lesão como tal, e das demais, menos de 10% irão evoluir para NIC III, sendo a progressão para o câncer invasor estimada em cerca de 1%. Se a desordenação avança até os três quartos de espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais, estamos diante de uma displasia moderada ou NIC II. Na NIC III, o desarranjo é observado em todas as camadas. Esta desordenação das camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular. A coilocitose, alteração que sugere a infecção pelo HPV, pode estar presente ou não. Quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, temos o carcinoma invasor. Para chegar a câncer invasor, a lesão não tem, obrigatoriamente, que passar por todas estas etapas. As lesões de alto grau são consideradas como as verdadeiras precursoras do câncer e, se não tratadas, em boa proporção dos casos, evoluirão para o carcinoma invasor do colo do útero. (SAÚDE, 2002, p. 17)

A principal medida preventiva do CCU é o diagnóstico precoce por exame citológico do esfregaço cervical, conhecido como Papanicolaou, nome dado em alusão ao patologista pioneiro George Papanicolaou, que, em 1949, foi o responsável por introduzir o exame para detecção precoce do CCU. Recentemente, existe o exame de citologia oncológica em meio líquido.

A investigação diagnóstica da infecção latente pelo HPV, que ocorre na ausência de manifestações clínicas ou subclínicas, só pode atualmente ser realizada por meio de exames de biologia molecular, que mostra a presença do DNA do vírus. O diagnóstico das verrugas ano-genitais pode ser feito em homens e em mulheres por meio do exame clínico. Além dos exames laboratoriais (citopatológico, histopatológico e de biologia molecular), as lesões subclínicas podem ser

diagnosticadas por meio de instrumentos com lentes de aumento, após a aplicação de reagentes químicos para contraste (colposcopia, peniscopia, anoscopia).

Em 1994, o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade de um programa de âmbito nacional para o controle do câncer do colo do útero no Brasil, e, em 1998, foi criado o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero (PNCCC). Como decorrência, foi instituído o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 1999.

Um rastreamento bem elaborado e planejado tem possibilidade de desacelerar a incidência e a mortalidade por câncer de colo de útero, pois pode constatar lesões pré-cancerosas, que quando conduzidas para investigação e tratamento, reduzem sensivelmente a ocorrência da doença (WHO, 2007).

Outra abordagem preventiva é a vacinação contra HPV em mulheres mais jovens (SCARINCI et al., 2011). As vacinas contra HPV regulamentadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) são quadrivalente e bivalente. Assim, a vacina quadrivalente protege contra HPV 6, 11, 16 e 18, e a vacina bivalente protege contra HPV 16 e 18. Os tipos HPV 6 e HPV 11, considerados de baixo risco, estão relacionados ao condiloma acuminado, não ao câncer cervical.

A vacinação profilática contra HPV 16 e 18 provavelmente reduzirá a incidência e a mortalidade por câncer de colo de útero. A vacina proporciona elevada proteção contra NIC 3, lesão reconhecidamente precursora do câncer cervical invasivo. Em estudo recente, o risco de câncer invasivo em mulheres com NIC 3 não tratadas foi 50 a 100 vezes o risco das mulheres tratadas. (ELUF NETO, 2008, p.522)

O Ministério da Saúde efetivou a vacinação gratuita contra o HPV. Nos últimos quatro anos vem ampliando seu público alvo, priorizando a faixa etária que apresenta maior benefício pela grande produção de anticorpos e por ser menos exposta ao vírus por ato sexual.

Mesmo diante do evidente potencial de redução da mortalidade, o rastreio do CCU ainda apresenta dificuldades, mesmo em países desenvolvidos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma cobertura de citologia oncológica regular entre 80% a 100% da população e uma rede organizada para o diagnóstico e tratamento adequado seriam medidas com possibilidade de redução de 60% a 90% no número de casos de câncer invasivo (GONZAGA et al., 2013). Apesar disso, há obstáculos significativos de acesso, aceitabilidade e adoção de qualquer estratégia de prevenção (SCARINCI et al., 2011).

As recomendações, que ocorrem desde 2003, sobre o rastreamento do câncer do colo do útero pela US Preventive Services Task Force (USPSTF) foram atualizadas, e desenvolvidas por meio da nova revisão sistemática de evidências e por um modelo computadorizado de análise de decisão. O que traz diferentemente da recomendação anterior é que o pré-câncer ou câncer é raro antes dos 20 anos de idade e que o rastreamento a cada três anos economiza quase tantas vidas quanto a cada ano, ou seja, a citológica a cada três anos entre mulheres de 21 a 29 anos. E o teste de HPV combinado com citologia como uma estratégia de rastreamento aceitável para mulheres de 30 a 65 anos que preferem prolongar o intervalo de triagem para além de 3 anos. Desse modo, não se recomenda rastreamento para

mulheres a partir de 65 anos que tiveram citologia prévia adequada e não estão em alto risco de câncer do colo do útero (US Preventive Services Task Force, 2018).

1.2.1 Epidemiologia do câncer cervical

As taxas de incidência do CCU variam de região para região e de país para país. É possível verificarmos a diferenças entre os países africanos e europeus sobre mortalidade. Vejamos: Constituem regiões de maior risco a África Oriental (42,7por 100 mil mulheres), Melanésia (33,3por 100 mil mulheres), África do Sul (31,5por 100 mil mulheres) e África do Norte (30,6por 100 mil mulheres). As regiões que possuem as menores incidências são a Austrália e a Nova Zelândia (5,5por 100 mil mulheres) e a Ásia Ocidental (4,4por 100 mil mulheres).

A mortalidade apresenta uma variação maior, de 2 por 100 mil mulheres na Ásia Ocidental, Europa Ocidental, Austrália e Nova Zelândia, para acima de 20 por 100 mil mulheres na Malásia, África Central e África Oriental (FERLAY et al., 2015).

Um estudo na Holanda explora as tendências da incidência e mortalidade de câncer cervical por idade, estágio e morfologia, ligados às tendências observadas no rastreamento. Os dados foram obtidos a partir do Registro de Câncer da Holanda durante 1989-2007 (incidência) e *Statistics Netherlands* durante 1970-2007 (mortalidade). A taxa de incidência ajustada por idade total foi de 7,9 por 100.000 anos-mulher, em 2007. Durante 1989-1998, as taxas de incidência diminuíram com variação percentual anual de -1,3%. Já entre 1998-2001 a redução foi ainda maior de -6,7%. No entanto, durante 2001-2007 houve aumento de 2,3%. A mortalidade total foi de 1,9 por 100.000 anos-mulher, em 2007. As taxas de mortalidade

diminuíram durante 1970-1994 anualmente em -4,1%. Esta redução foi de -2,6% durante 1994-2007(DE KOK et al., 2011).

O *Canadian Cancer Registry* (CCR), o *National Cancer Incidence Reporting System* (NCIRS) e o *Canadian Vital Statistics Database* (CVSD) foram usados para medir as taxas de mortalidade e de incidência naquele país. A mortalidade por câncer do colo do útero tem diminuído de forma constante de 13.5, em 1952, para 2.2 por 100.000 mulheres, em 2006. Dos 83% de redução de mortalidade, 71% ocorreram entre 1972 e 2006.

A incidência de câncer cervical invasivo diminuiu em 58%, desde 1972. Estas quedas ocorreram mais entre os grupos etários mais velhos do que os mais jovens. A incidência de câncer cervical invasivo é menor em cada corte de nascimento sucessivo de mulheres. As taxas de participação no rastreio são elevadas, especialmente em mulheres com menos de 50 anos de idade.

O período de mortalidade crescente (1932 - 1950) foi provavelmente relacionado a uma melhor classificação dos tipos de câncer e a subsequente redução (1950 - 1970) por um melhor diagnóstico e tratamento. Para as mulheres com idade inferior a 30 anos há baixas taxas de doença, mas menor rastreamento (DICKINSON et al., 2012).

No Brasil, a distribuição do câncer de colo de útero revela também a sua localidade. As tendências temporais da mortalidade por câncer de colo de útero nas cinco regiões, no período de 1996 a 2010, destacam que as regiões Norte e Nordeste apresentaram aumento ao longo dos anos analisados, ao contrário das demais regiões. Essa desigualdade regional é determinada pela falta de acesso aos

bens e recursos sociais, que se traduzem em problema socioeconômico (BARBOSA, et al., 2016).

Em 2015 ocorreram no Brasil 5.727 óbitos por câncer do colo do útero (BRASIL, 2017). Enquanto isso, o controle de câncer do colo do útero constitui uma das prioridades da agenda de saúde do país, integrando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).

O INCA estima que, para cada ano do biênio 2018/2019, sejam diagnosticados 16.370 novos casos de câncer de colo do útero no Brasil, com uma taxa ajustada estimada em 17,11 casos a cada 100 mil mulheres.

No momento atual, o controle do câncer de colo do útero no Brasil é um dos maiores obstáculos na saúde pública decorrente da diversidade regional, caracterizada por uma população plural, diversificada no âmbito social, econômico e cultural.

A tendência temporal do câncer de colo de útero avaliada no estado do Rio Grande do Norte, no período de 1996 a 2010, revelou a evolução ascendente nas microrregiões com piores condições socioeconômicas e acesso aos serviços de saúde, e uma tendência à evolução descendente em região com melhor condição socioeconômica(SOUSA et al., 2016).

Outro estudo que avaliou a tendência da mortalidade por câncer de colo do útero, de corpo do útero e por câncer do útero não especificado, no Município de São Paulo, entre 1980 e 1999, por meio do exame das taxas brutas e ajustadas por idade, observou uma discreta redução da mortalidade por câncer do colo do útero,

queda da mortalidade por câncer de útero não especificado e aumento da mortalidade por câncer do corpo do útero. A queda da mortalidade por câncer do útero não especificado indica aperfeiçoamento na precisão do diagnóstico clínico e no preenchimento do atestado de óbito (FONSECA; ADRIANA DE SOUZA RAMACCIOTTI JOSÉ ELUF NETO, 2004).

O referido estudo recomenda a “importância de se incluir, nos estudos de mortalidade, uma análise do comportamento temporal da mortalidade pelas causas menos definidas, a exemplo de câncer de útero não especificado, abordado neste trabalho, ainda que estejam abrigadas em capítulos específicos da Classificação Estatística Internacional de Doenças - CID” (FONSECA; RAMACCIOTTI; NETO, 2004, p.141).

A mortalidade por câncer do colo do útero se manteve estável até 1999, quando se inicia um pequeno movimento de aumento de taxas, enquanto as taxas do câncer de útero não especificado se reduzem, particularmente nos últimos nove anos do período em estudo. Este fato pode estar a apontar para maior precisão do diagnóstico, levando a aumento aparente da mortalidade por esta melhor diagnosticado e declarado câncer do colo do útero. A corroborar esta hipótese, cite-se estudo realizado na cidade de São Paulo, que mostrou que a queda da mortalidade por câncer do útero não especificado foi bem maior que aquela verificada para o câncer do colo do útero no mesmo período, fato que, se estiver ocorrendo também para outras capitais, deve explicar o comportamento da mortalidade pelos dois diagnósticos acima, observados neste estudo(MARCONDES; ELUF-NETO; FILHO, 2010, p.311).

1.2.2 Raça/cor e câncer do colo do útero

São limitadas as pesquisas que consideram a raça como fator de risco para a ocorrência de câncer do colo do útero. Um estudo no estado do Texas buscou

conhecer as causas do estágio avançado de câncer de colo de útero responsável por alto índice de mortalidade naquele território.

Três principais características foram consideradas: raça/etnia, situação socioeconômica e localização geográfica (ZHAN; LIN, 2014). Os resultados mostraram as disparidades entre as regiões, principalmente em relação aos programas de saúde. Podemos citar também que estudo destacou que, nas regiões mais empobrecidas, há aumento do câncer de colo de útero.

Um outro estudo, também nos Estados Unidos, incluiu pesquisas que demonstram diferenças quantificáveis por raça/etnia na incidência, tratamento e sobrevivência de cânceres ginecológicos, destacando as diferenças entre mulheres brancas e negras. Os resultados salientaram que as mulheres brancas têm maior incidência de câncer de ovário em comparação com as mulheres negras. No entanto, a mortalidade por câncer de ovário em mulheres negras é 1,3 vezes maior que a das mulheres brancas. Já a mortalidade de câncer de colo do útero em mulheres negras é o dobro, quando comparada com o mesmo número das mulheres brancas (COLLINS et al., 2014).

Estudo realizado em São Paulo, na região de Campinas, analisou a prevalência da não realização do exame de Papanicolaou. Fizeram parte da amostra mulheres com mais de 40 anos de idade. Foram consideradas para análise variáveis socioeconômicas, demográficas e de comportamentos relacionados à saúde. Os fatores associados à não realização do Papanicolaou encontrados foram: idade de 40 a 59 anos, cor preta/parda, escolaridade de até 4 anos de estudos. Entre os motivos alegados por quem nunca realizou o exame destacam-se: acha

desnecessário (43,5 por cento), sentir vergonha (28,1 por cento) e ter dificuldades relacionadas aos serviços (13,7 por cento) (AMORIM et al., 2006).

Outro estudo, realizado no Quilombo Campinho da Independência, localizado na região do Rio de Janeiro, avaliou as percepções de mulheres quilombolas sobre o acesso aos serviços de contracepção e assistência ginecológica para câncer de colo uterino. Os estudos pontuaram raça/etnia, situação socioeconômica e localização como uma problemática que contribui para a baixa participação dessas mulheres nas ações de planejamento, no acesso ao exame preventivo e na assistência à saúde com qualidade (CARTOLANO, 2006).

1.3 Raça/cor e sistemas de informação

A qualidade dos sistemas de vigilância em saúde é definida por “atributos como a completude, oportunidade, utilidade, sensibilidade, especificidade, valor preditivo, simplicidade, flexibilidade, aceitabilidade e representatividade” (WHO, 2006, p. 15).

A despeito da controvérsia em torno da distinção da população por raça/cor, assume-se no presente trabalho que ela propicia aferição da equidade étnico-racial e, portanto, é permite expressar o racismo em nosso país. Antes da avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde, se faz necessário destacar a importância da Declaração de Óbito (DO). A DO é fornecida pelo Ministério da Saúde e distribuída pelas Secretarias Municipais de Saúde, com formato padrão nacional.

É evidente que o principal responsável pelas informações é o médico. Segundo Fonseca et al., (1974, p. 21), “o primeiro modelo do atestado de óbito - modelo internacional - foi proposto em 1948”, ressaltando que a “fonte de dados das estatísticas de mortalidade é o atestado de óbito, razão pela qual se torna desnecessário salientar a importância do seu correto preenchimento”.

Com a possibilidade de acesso aos dados do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), as análises segundo as diversas variáveis, entre elas o quesito raça/cor, estão facilitadas. Avaliar os sistemas de informação é imprescindível, pois a qualidade da informação é fundamental para o desempenho dos sistemas de saúde. As informações são instrumentos para o diagnóstico situacional, podendo caracterizar populações sob risco e permitir o planejamento de estratégias conforme as especificidades de cada grupo populacional (ZILLMER et al., 2010).

O Ministério da Saúde, através de sua Secretaria-Executiva Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (Demas) e a Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação (CGMA), publicaram, em novembro de 2013, uma análise da completude do campo raça/cor dos oito sistemas/módulos de informação do Ministério da Saúde, e um estudo da validação dos 24 indicadores do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Foi considerado validado o estudo cujo campo apresentou mais de 90% de preenchimento.

A avaliação da completude do campo raça/cor dos oito sistemas/módulos de informação em saúde, voltada para a viabilidade de recorte étnico-racial dos indicadores do IDSUS, permitiu classificar três (37,5%) sistemas/módulos como adequados e cinco (62,5%) como inadequados. Foi possível verificar também que,

dos 24 indicadores utilizados para construção do IDSUS, apenas três (12,5%) foram considerados como tendo possibilidade de validação em relação ao campo raça/cor. Já o resultado da avaliação do SIM em relação à completude do campo raça/cor foi de 93,5% do preenchimento, considerado adequado (BRAZ et al., 2013).

A variável raça/cor foi introduzida na Declaração de Óbito em 1996, atendendo a uma reivindicação da Liga Nacional para a Valorização da Raça Negra (SAÚDE, 2005).

Visando a melhorar a avaliação dos grupos populacionais, o MS propôs a inclusão de recorte étnico-racial nos indicadores do IDSUS com vistas à melhoria das informações voltadas para a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Para que o IDSUS represente a realidade desse grupo populacional, é necessário que a coleta de dados relativos à raça/cor seja qualificada para não fragilizar a construção de indicadores que melhor avaliem a atenção à saúde, quando se trata de um segmento específico.

A introdução do recorte étnico-racial no cálculo do IDSUS é importante, porque esse quesito pode melhorar a pontuação de desempenho do SUS naqueles entes federados que apresentarem melhor execução da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Por outro lado, aqueles com baixo desempenho alcançarão menores notas. Este aspecto é primordial no direcionamento das políticas públicas de saúde. Por isso, é relevante a qualificação do campo raça/cor nos grandes sistemas nacionais de informação em saúde para identificar as diferenças e as necessidades reais, possibilitando melhor acerto nas políticas de promoção da equidade (BRAZ et al., 2013).

2 JUSTIFICATIVA

O câncer do colo do útero é o terceiro câncer mais prevalente entre as mulheres e a quarta causa mais comum de mortes relacionadas ao câncer em todo o mundo (FERLAY et al., 2015). Na maioria dos casos, ele ocorre em populações desfavorecidas como parte de um complexo de doenças ligadas à pobreza, raça/etnia, gênero e condições de vida desfavoráveis.

As análises das variáveis demográficas e de comportamentos relacionados à saúde revelam as desigualdades de ordem social e econômica. No contexto da pobreza e injustiça social, a utilização da variável raça/cor é imprescindível, principalmente nos estudos que tratam de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero.

Vários estudos na América do Norte e Europa utilizam a variável raça nas pesquisas. No Brasil, no entanto, os estudos em sua maioria se limitam à análise da complexidade de doenças ligadas somente à pobreza, o que gera uma lacuna na construção do conhecimento. A incorporação do quesito raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde e os recentes programas de políticas públicas em saúde voltados para o reconhecimento dos agravos sofridos pela população negra possibilitam a construção de indicadores que revelem as desigualdades por raça/cor no país e permitem avaliar o desempenho dos serviços de saúde na inclusão social.

Por isso, investigar os fundamentos na origem das diferenças raciais é a primeira etapa passo para reduzir as iniquidades raciais e os resultados indesejáveis relacionados à saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever o comportamento da mortalidade por câncer de colo do útero segundo raça/cor no Brasil.

3.2 Objetivos Específicos

1. Avaliar a tendência temporal da mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil no período de 2002 a 2017.
1. Avaliar diferenças regionais da mortalidade por câncer de colo do útero segundo raça/cor no ano censitário de 2010.

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Estudo ecológico de tendência temporal para o período de 2002 a 2017 e de delineamento transversal no ano de 2010.

4.2 População brasileira

A República Federativa do Brasil está localizada na América do Sul, composta por 26 estados e 1 Distrito Federal. Está dividida em cinco regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. A população no ano 2000 era de 169.799.170 habitantes. Em 2010, este número passou para 190.755.799, e, em 2012, chegou a 193.645.886. A área ocupada é de 8.5 milhões km², segundo os dados do Censo 2012 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE).

Os estados da região Sudeste do Brasil têm a maior concentração populacional. Basta observar que os três estados mais populosos, São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro estão na região Sudeste. A região nordeste do Brasil possui os dois estados com os menores IDH do país, Alagoas e Maranhão.

Em razão da grande extensão territorial existem grandes contrastes entre as regiões, que apresentam diferenças econômicas, culturais, sociais e demográficas. O estudo do contexto demográfico de cada região do Brasil proporcionará um entendimento da sua situação atual e pode apresentar o tamanho da população, sua dinâmica no tempo, sua distribuição espacial e sua composição segundo diferentes características.

Os Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica demonstrado pela IBGE/2015 apresentam as informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), conforme descritas a seguir.

Na Região Sudeste reside a maior parte da população brasileira (42,0%), enquanto as Regiões Norte (8,5%) e Centro-Oeste (7,5%) apresentam menor população residente (PNAD, 2014).

A composição da população por sexo normalmente é medida pela razão de sexo, calculada pelo quociente entre o número de pessoas do sexo masculino por 100 pessoas do sexo feminino.

Em 2014, a razão de sexo foi de 93,9 para o Brasil, sendo que a composição da população por sexo foi de 51,6% de mulheres e 48,4% de homens. No País, em 2014, mais da metade (53,6%) das pessoas se declaravam como de cor ou raça preta ou parda, enquanto as que se declaravam brancas foram 45,5%. Em 2004, o cenário era diferente. Pouco mais da metade se declarava como branca (51,2%), enquanto a proporção de pretos ou pardos era 48,2%. Em 2014, a proporção de pretos ou pardos foi mais baixa, em Santa Catarina (15,7%), Rio Grande do Sul (19,7%), Paraná (31,2%) e São Paulo (37,3%). A participação de pretos ou pardos na população foi bastante expressiva no Maranhão (80,6%), Bahia (79,3%), Pará (78,6%) e Tocantins (77,6%).

O envelhecimento populacional, caracterizado pelo aumento da participação percentual dos idosos na população e consequente diminuição dos demais grupos etários, é um fenômeno já conhecido no país e tende a ficar mais marcante nas próximas décadas. Em 2004, as pessoas de 0 a 29 anos de idade eram maioria

(54,4%), já em 2014 este indicador diminuiu para 45,7%. Por outro lado, a proporção de adultos de 30 a 59 anos de idade teve aumento no período, passando de 35,9% para 40,6%, assim como a participação dos idosos de 60 anos ou mais de idade, de 9,7% para 13,7%.

4.3 Populações de estudo

Mulheres com mais de 20 anos de idade, residentes no território brasileiro que foram a óbito por câncer de colo do útero.

4.4 Taxa de mortalidade

As taxas de mortalidade por 100 mil mulheres, para câncer do colo do útero foram calculadas pela relação entre número de óbitos por câncer de colo do útero em mulheres com mais de 20 anos dividido pela população feminina com mais de 20 anos na base de 100 mil mulheres.

Com vistas a corrigir a grande proporção de óbitos classificados como câncer do útero de porção não especificada (C55), gerado pela má qualidade da informação, realizou-se a redistribuição proporcional desses óbitos, por ano e com as seguintes faixas etárias: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 e mais anos.

A redistribuição proporcional desses óbitos foi realizada da seguinte forma: no primeiro passo, os óbitos classificados como câncer do colo do útero (por ano, faixa etária e raça/cor) e câncer do corpo do útero (por ano, faixa etária e raça/cor) são somados; no segundo passo, verificam-se as proporções de óbitos por câncer

do colo do útero e corpo do útero relativas ao total de óbitos (câncer do colo do útero + câncer do corpo do útero); no terceiro passo, multiplicam-se essas proporções pelo número de óbitos classificados como câncer do útero de porção não especificada, por ano, faixa etária e raça/cor; e no quarto passo, soma-se o valor obtido no passo anterior com o número de óbitos originais de câncer do colo do útero e câncer do corpo do útero, obtendo-se, assim, o número de óbitos corrigidos (por ano, faixa etária e raça/cor) (SILVA et al., 2010).

Após correção, foram calculadas as taxas de mortalidade padronizadas por faixa etária pelo método direto (PEREIRA, 2003), tendo como referência a população mundial padrão.

Para a tendência temporal, o ano inicial de 2002 foi definido por ser o primeiro ano em que o quesito raça/cor nos registros do SIM apresentou mais de 90% de preenchimento adequado, exibindo a mesma qualidade desde então. O ano final do período, 2017, foi definido por ser o ano com os dados de mortalidade mais recente à época da pesquisa.

As diferenças regionais da mortalidade por câncer de colo do útero segundo raça/cor foram verificadas no ano censitário de 2010, quando estavam disponíveis as informações populacionais por raça/cor e faixa etária segundo as grandes regiões brasileiras. As faixas etárias são importantes para a padronização por idade.

A classificação por raça/cor levou em conta as definições do IBGE: branca, negra (parda e preta), amarela e indígena.

4.5 Fontes

Os dados dos óbitos por câncer do colo do útero, câncer do corpo do útero e câncer do útero de porção não especificada foram obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), do Ministério da Saúde, utilizando-se a codificação da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

As informações demográficas foram obtidas junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As projeções da população feminina por faixa etária e raça/cor nos anos de 2002 a 2017 foi realizada projeção linear.

4.6 Análise de dados

Para a análise das tendências temporais de mortalidade foi utilizado o *Joinpoint Regression Program (National Cancer Institute, Bethesda, Maryland, USA)*, Versão 4.1.0. *Joinpoint* é um método estatístico para a análise das tendências que considera os pontos de inflexão.

Para a descrição das diferenças regionais as taxas de mortalidade foram calculadas segundo a região.

5 RESULTADOS

No período de 2002 a 2017, foram registrados no Brasil 101.043 óbitos por câncer de colo de útero. Sendo 49.176 (48,7%) óbitos em mulheres brancas, 8.483 (8,4%) óbitos em mulheres pretas, 42.436 (42%) óbitos em mulheres pardas, 481 (0,48%) óbitos em mulheres amarelas, 462 (0,46%) óbitos em mulheres indígenas.

A análise foi concentrada na mortalidade em mulheres negras e brancas por representarem 99,04% do total de registro de óbitos por câncer de colo de útero no Brasil. Embora o complemento da totalidade corresponder menos de 1% da soma dos registros de óbitos por câncer de colo de útero em mulheres amarelas e indígenas no Brasil, é oportuno evidenciar que as mulheres amarelas possuem as menores taxas de mortalidade variando de 2,93 óbitos/100.000 habitantes, em 2002 a 2,09 óbitos/ 100.000 habitantes, em 2017. As mulheres indígenas (465 óbitos) apresentam a menor quantidade de registros de óbitos por câncer de colo de útero no período de 2002 a 2017, diferentemente das mulheres amarelas (482 óbitos), apresentam taxas de mortalidade crescente no período de 2002 a 2017.

A taxa de mortalidade padronizada à população mundial para o Brasil variou de 6,77 óbitos/100.000 habitantes, no ano de 2002 a 6,37 óbitos/ 100.000 habitantes, no ano de 2017. As taxas de mortalidade segundo raça/cor apresentou uma variação para mulheres brancas 6,60 óbitos/100.000 habitantes, no ano de 2002 a 5,52 óbitos/ 100.000 habitantes, no ano de 2017, para as mulheres negras variou de 7,12 óbitos/100.000 habitantes, no ano de 2002 a 7,43 óbitos/ 100.000 habitantes, no ano de 2017.

Ao verificar que o número de óbitos em mulheres pardas somados com o número de óbitos em mulheres pretas obtém-se um total de 50.919 óbitos, o que representa, segundo classificação por raça/cor definida pelo IBGE, 50,4% dos registros de óbitos por câncer de colo de útero em mulheres negras no Brasil. A taxa de mortalidade para as mulheres pretas variou de 8,6 óbitos/100.000 habitantes, no ano de 2002 a 5,7 óbitos/ 100.000 habitantes, no ano de 2017, no que concerne as mulheres partas a variação foi de 6,8 óbitos/100.000 habitantes, no ano de 2002 a 7,8 óbitos/ 100.000 habitantes, no ano de 2017.

Em 2002 a taxa de mortalidade na população negra era 7% maior que a mesma taxa na população branca. Em 2017 esta diferença foi de 34%, com um significativo aumento da desigualdade racial (tabela 1).

Tabela 1- Números de óbitos por câncer de colo de útero redistribuídos*, taxa de mortalidade por câncer de colo de útero ajustada por idade** segundo raça e ano, Brasil 2002-2017

Ano	Brasil		Branca		Negra(Preta+Parda)		Preta		Parda		Amarela		Indígena	
	Óbitos	Tx. Mort.	Óbitos	Tx. Mort.	Óbitos	Tx. Mort.	Óbitos	Tx. Mort.	Óbitos	Tx. Mort.	Óbitos	Tx. Mort.	Óbitos	Tx. Mort.
2002	5127	6.77	2950	6,6	2149	7,12	450	8,6	1699	6,8	18	2,93	10	3,33
2003	5403	6.90	3097	6,78	2266	7,19	479	8,8	1787	6,9	21	3,25	19	6,27
2004	5622	6.96	3141	6,74	2420	7,3	479	8,4	1941	7,1	35	5,03	26	8,62
2005	5730	6.87	3068	6,43	2597	7,46	489	8,2	2108	7,3	45	5,68	20	6,67
2006	5777	6.71	2935	6,01	2788	7,74	469	7,5	2319	7,8	25	2,85	29	9,74
2007	5930	6.66	2962	5,93	2912	7,71	506	7,7	2406	7,7	26	2,72	30	9,8
2008	6098	6.61	3066	6	2971	7,47	498	7,3	2473	7,5	31	2,95	30	9,72
2009	6323	6.63	3136	6	3126	7,52	504	7,0	2622	7,6	30	2,66	31	9,82
2010	6278	6.36	3061	5,75	3157	7,22	513	6,8	2644	7,3	38	3,02	22	7,1
2011	6441	6.31	3021	5,53	3366	7,35	576	7,3	2790	7,4	33	2,38	21	6,82
2012	6675	6.32	3070	5,51	3553	7,42	540	6,5	3013	7,6	24	1,59	28	9
2013	6753	6.17	3001	5,27	3679	7,31	594	6,8	3085	7,4	35	2,16	38	12,48
2014	6768	5.99	3002	5,16	3719	7,07	552	6,1	3167	7,3	18	1,02	29	9,53
2015	7103	6.07	3132	5,28	3907	7,08	625	6,6	3282	7,2	24	1,23	40	12,44
2016	7254	6.11	3142	5,19	4038	7,23	642	6,6	3396	7,3	38	2,02	36	11,14
2017	7761	6.37	3392	5,52	4272	7,43	567	5,7	3705	7,8	41	2,09	56	17,38

Fonte: SIM – DATASUS, Ministério da Saúde e IBGE Censo 2010

*corrigida com redistribuição proporcional dos óbitos por câncer de útero porção não especificado.

**por 100 mil mulheres

Figura 1 – Taxa de mortalidade por câncer de colo de útero ajustado por idade e ano – Brasil 2002-2017

Fonte: SIM – DATASUS, Ministério da Saúde e IBGE Censo 2010

A figura 1 apresenta a tendência temporal da mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil no período analisado para o conjunto de mulheres. A análise *Joinpoint* indica 2 pontos de inflexão, no ano de 2004 e 2015. Apesar de haver um aumento entre 2002 e 2004, de 6,77 para 6,96 óbitos para cada 100 mil mulheres (tabela 1), a variação percentual anual não foi significativa. O mesmo ocorre no período entre 2005 e 2014, quando a taxa reduz de 6,87 para 5,99. No segmento

seguinte entre 2015 e 2017, no entanto, podemos observar um aumento estatisticamente significativo de 6,07 para 6,37, voltando aos patamares de 2010.

Figura 2 – Taxa de mortalidade por câncer de colo de útero ajustado por idade na população feminina branca e ano – Brasil 2002-2017

Fonte: SIM – DATASUS, Ministério da Saúde e IBGE Censo 2010

A figura 2 apresenta a tendência temporal da mortalidade por câncer de colo do útero para a população feminina branca. A análise *Joinpoint* indica 1 ponto de inflexão no ano de 2014. Houve queda significativa entre 2002 e 2014, com uma

variação percentual anual de 12,2%, passando de 6,6 óbitos por 100 mil mulheres em 2002 para 5,16 em 2014. No segmento seguinte entre 2015 e 2017, no entanto, a tendência se inverte, quando é observável aumento da taxa de mortalidade, ainda que não significativa.

Figura 3 – Taxa de mortalidade por câncer de colo de útero ajustado por idade na população feminina negra e ano – Brasil 2002-2017

Fonte: SIM – DATASUS, Ministério da Saúde e IBGE Censo 2010

A figura 3 apresenta a tendência temporal da mortalidade por câncer de colo do útero na população feminina negra no período analisado. A análise *Joinpoint*

indica dois pontos de inflexão, no ano de 2006 e 2015. No período 2002 a 2006 houve claro aumento na taxa de mortalidade, com uma variação percentual anual de 16,2%, passando de 7,12 óbitos por 100 mil mulheres em 2002 para 7,74 em 2006. No período seguinte a tendência se inverte, com queda estatisticamente significativa de 5,8% ao ano. De 2015 a 2017 parece haver aumento, no entanto, sem significância estatística.

Tabela 2 - Taxa de mortalidade por câncer de colo do útero ajustada por idade e intervalo de confiança de 95% segundo raça/cor e grandes regiões, Brasil – 2010

Região	População feminina	Raça/cor		Razão de taxas Negras/Brancas
		Brancas	Negras	
Brasil	6,4	5,8	7,2	1.24
Norte	12,5	8,4	13,8	1.64
Nordeste	7,7	5,7	7,9	1.39
Sudeste	5,2	5,1	5,4	1.06
Sul	6	4,7	7,1	1.51
Centro-oeste	8,4	8,3	8,4	1.01

Fonte: SIM – DATASUS e Censo 2010 – IBGE

Tabela 3 - Taxa de mortalidade por câncer de colo do útero ajustada por idade e intervalo de confiança de 95% segundo raça/cor e grandes regiões, Brasil – 2010

Região	População feminina	Raça/cor		
		Brancas	Pretas	Pardas
Brasil	6,4	5,8	6,8	7,3
Norte	12,5	8,4	7,3	14,6
Nordeste	7,7	5,7	6,6	8,1
Sudeste	5,2	5,1	6,7	5,0
Sul	6	4,7	6,4	2,6
Centro-oeste	8,4	8,3	8,1	8,5

Fonte: SIM – DATASUS e Censo 2010 – IBGE

Na tabela 2 estão as taxas de mortalidade por câncer de colo do útero por raça/cor e região brasileira no ano censitário de 2010. Observa-se diferença importante entre a população feminina branca e negra. Foram registrados 6.278 óbitos por câncer de colo de útero no ano de 2010. Desse total de óbitos 48,8% são de mulheres brancas, 50,3% são de mulheres negras, 0,6% de mulheres amarelas e 0,3% de mulheres indígenas.

A tabela 3 apresenta taxas de mortalidade por câncer de colo do útero com o propósito de ampliar a análise das diferenças entre as mulheres pretas e pardas quando comparadas com as mulheres brancas e população feminina nas cinco regiões brasileiras no ano censitário de 2010. Dos 6.278 óbitos por câncer de colo de útero no ano de 2010, 48,8% são de mulheres brancas, e dos 50,3% dos óbitos de mulheres negras, 8% é referente aos óbitos de mulheres pretas e 42,3% aos óbitos de mulheres pardas.

O estudo ainda mostra que 99,1% da mortalidade por câncer de colo de útero concentram-se entre a população de mulheres brancas e negras.

Em todas as regiões e no Brasil a taxa de mortalidade em mulheres brancas foi menor que em mulheres negras. A taxa de mortalidade padronizada para idade segundo a população mundial é de 6,4 óbitos por 100.000 mulheres acima de 20 anos. As maiores taxas tanto em mulheres brancas como em mulheres negras foram apresentadas na Região Norte, com mortalidade de 8,4 óbitos por 100.000 mulheres brancas e de 13,8 óbitos por 100.000 por mulheres negras, sendo a taxa em

mulheres negras superior à taxa do conjunto da população feminina da região Norte de 12,5 óbitos por 100.000 por mulheres.

Em segundo lugar está a região centro-oeste com mortalidade de 8,3 óbitos por 100.000 mulheres brancas e de 8,4 óbitos por 100.000 mulheres negras. A região Sul apresentou a menor taxa com 4,7 óbitos por 100.000 mulheres brancas, mas com uma taxa de 7,1 óbitos por 100.000 mulheres negras.

Já a Região Sudeste apresentou um equilíbrio nas taxas, com 5,1 óbitos por 100.000 mulheres brancas e 5,4 óbitos por 100.000 mulheres negras, taxa aproximada do conjunto da população feminina na região. E, por fim, o Nordeste apresentou taxa de 5,7 óbitos por 100.000 mulheres brancas e 7,9 óbitos por 100.000 mulheres negras.

As taxas de mortalidade em mulheres pretas e pardas foram maiores do que as taxas de mortalidade em mulheres brancas e a população feminina no Brasil. Com exceções das Regiões Sudeste e Sul, as maiores taxas foram apresentadas em mulheres pardas. No entanto as maiores taxas na Região Sul e Sudeste foram apresentadas em mulheres pretas. Região Norte apresenta as duas maiores taxas de mortalidade, uma taxa de mortalidade de 14,6 óbitos por 100.000 por mulheres pardas, e a outra taxa do conjunto da população feminina de 12,5 óbitos por 100.000 por mulheres (Tabela 3).

6 DISCUSSÃO

A presente pesquisa encontrou marcantes diferenças nas tendências de mortalidade por câncer de colo do útero segundo raça/cor no Brasil, com padrões temporais e velocidades de mudanças diversas quando se analisa todo o período aqui estudado. No entanto, a partir de 2015, parece haver homogeneidade na tendência, com uma reversão da queda sustentada ocorrida a partir de 2004/2006, em negras, brancas e na população feminina total. Mesmo que o aumento a partir de 2015 não tenha sido significativo, é possível afirmar que, no mínimo, houve estagnação na queda das taxas, com reversão da tendência de queda no período anterior. Já a ausência de significância no período 2015/2017 pode ser atribuída ao pouco tempo de análise, de apenas dois anos.

Como resultados da heterogeneidade das tendências têm uma maior queda na taxa de mortalidade na população branca, consequentemente isso resulta num aumento da desigualdade racial. Se em 2002 ocorriam 0,52 óbitos por cada 100 mil mulheres a mais na população negra comparada com a população branca, em 2017 esse número passa a quase 2 óbitos para cada 100 mil mulheres, um aumento de aproximadamente 367%. No Brasil, em 2017 a taxa de mortalidade por câncer de colo do útero nas mulheres negras foi 34% maior que a mesma taxa nas mulheres brancas.

Quando se avaliam as diferenças regionais, nota-se que no Brasil a taxa de mortalidade na população negra foi 24% maior que na população branca. Quando se observam as diferenças regionais, verifica-se que a maior desigualdade é

encontrada na região Norte, com a mortalidade em negras 64% maior que em brancas. A menor diferença foi encontrada na região Centro-oeste com uma taxa de mortalidade em negras apenas 1% maior que em brancas.

Quando se considera o total da população feminina também se encontram variações regionais com uma taxa de mortalidade na região Norte – maior magnitude – quase duas vezes e meia a da região Sudeste – a qual possui a menor taxa.

Os resultados aqui encontrados devem ser interpretados à luz das limitações do uso dos dados secundários. Apesar do incremento na qualidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ainda se observou durante todo o período uma proporção de aproximadamente 28% dos óbitos classificados como câncer de útero de porção não especificada. Buscou-se contornar esse limite realizando a redistribuição proporcional destes óbitos conforme descrito na sessão de metodologia. Surpreendentemente o preenchimento do quesito raça/cor nos registros do SIM se mostrou de boa qualidade, além de que quase todos os estados brasileiros apresentaram preenchimento adequado acima dos 90%, com exceção para os estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Rio Grande do Norte, que ficaram com preenchimento adequado entre 88% e 90%. Contudo, mesmo com qualidade acima de 90% observou-se variação temporal, com dados de melhor qualidade nos anos mais recentes.

Ao comparar a literatura científica com os resultados da presente pesquisa não foram encontrados artigos sobre a relação entre raça/cor e mortalidade por câncer de colo

do útero no Brasil. Algumas pesquisas traçam o panorama da mortalidade em alguns estados e municípios quase sempre sem considerar a distribuição por raça/cor.

Ferlay, et al., (2015) apontam que quase nove a cada dez óbitos por câncer do colo do útero ocorrem em regiões menos desenvolvidas, onde o risco de morrer antes dos 75 anos é três vezes maior.

Outro levantamento mostra que câncer do colo do útero é o mais incidente na Região Norte. As Regiões Nordeste e Centro-Oeste ocupam a segunda posição mais frequente. As Regiões Sul e Sudeste estão na quarta posição. A Região Norte é a única do país onde as taxas dos cânceres de mama e do colo do útero se equivalem entre as mulheres, o que a torna uma região com maiores taxas de casos de neoplasias malignas do sexo feminino (INCA 2018).

Na cidade de Recife entre 2000 e 2004, Mendonça, et al., (2008) encontraram taxa de mortalidade de 8,2 por 100.000 mulheres. As características destes óbitos foram o grande número de óbitos nas mulheres em idade entre 40 a 59 anos – abaixo dos 60 anos, portanto – negras, sem parceiro fixo, do lar, residentes de bairros sem infraestrutura básica e usuárias de hospitais públicos.

Com o objetivo de estimar o efeito da idade, período e corte de nascimento na mortalidade por câncer do colo do útero, Meira, et al., (2013) analisaram a mortalidade em mulheres com mais de 30 anos de idade nos municípios de Rio de Janeiro e São Paulo. A taxa de mortalidade média do período no período de 1980 a 2009 foi 15,90 por 100.000 mulheres no Rio de Janeiro e 15,87 em São Paulo. Houve redução significativa nas duas cidades, com redução acentuada de 2000 a 2009, especialmente nas mulheres nascidas depois de 1960.

Além disso, Sousa, et al., (2016) analisaram a tendência da mortalidade por câncer do colo do útero ajustada por idade no estado do Rio Grande do Norte e em suas microrregiões de saúde, no período de 1996 a 2010, e realizaram projeções para os quinquênios, de 2011 a 2030. Observaram taxas acima de 5,0 óbitos por 100 mil mulheres em todas as microrregiões. Não houve variação significativa ao longo do tempo para o conjunto do estado, todavia, as microrregiões com piores condições socioeconômicas tiveram aumento no período analisado. As projeções indicaram redução nas taxas de mortalidade no estado. Os autores concluem sobre a necessidade de fortalecimento do programa de controle do câncer do colo do útero no estado.

A tendência de aumento na taxa de mortalidade também foi observada no Piauí no período de 2000 a 2011. Madeiro, et al., 2016), avaliaram a tendência de mortalidade por câncer do colo do útero no Piauí e em seus 11 territórios de desenvolvimento neste período. Os autores encontraram aumento em todo o Estado, com aumento mais pronunciado em alguns territórios, e não houve queda em nenhum território.

As desigualdades por raça/cor ao longo dos anos e por regiões podem ser explicadas por diferenças no acesso ao rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero. A citologia oncológica continua sendo a principal intervenção para o seu controle. Se por um lado não encontramos pesquisas sobre raça/cor e mortalidade por câncer de colo de útero, por outro, localizamos algumas publicações sobre acesso aos serviços e raça/cor.

Com o objetivo de investigar fatores associados ao acesso ao Papanicolaou no Rio de Janeiro, Martins, et al., (2018) apontam uma prevalência de falta de acesso aos resultados dos testes de 18,4%. Mulheres mais jovens de raça/cor negra tiveram menor acesso, receberam menos informações e avaliaram pior a assistência recebida. Os autores apontam que aspectos relacionados à organização e infraestrutura dos serviços de saúde estão relacionados a falta de acesso ao rastreamento.

Ainda como objetivo de investigar o acesso à detecção precoce de câncer de colo do útero e mama, Bairros, et al., (2011) encontraram em duas cidades do Rio Grande do Sul, Pelotas e São Leopoldo, desigualdades raciais que persistiram após o controle por idade e fatores socioeconômicos. Das 2.030 mulheres entrevistadas, 16,1% eram negras e 83,9%, brancas. As mulheres negras eram significativamente menos propensas a ter um exame de Papanicolaou ou exame de mama do que as mulheres brancas. As diferenças raciais no acesso aos exames foram atribuídas às desigualdades raciais e socioeconômicas das mulheres negras no acesso aos serviços e programas de saúde.

Na mesma linha de pensamento, Martínez-Mesa et al.,(2013), analisaram fatores de risco associados a nunca ter sido rastreada para câncer de colo do útero no Brasil. Utilizando a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008 (PNAD) foram analisados dados de 102.108 mulheres com idade entre 25 e 64 anos. A prevalência ajustada por idade para nunca ter realizado a citologia oncológica foi de 12,9% para o total da população feminina brasileira, 11,5% na área urbana e 22,2% na área rural. Os fatores foram: pobreza, idade mais jovem, menor nível de

escolaridade, cor da pele não branca, maior número de crianças, nenhum seguro de saúde suplementar e não ter consultado um médico nos últimos 12 meses.

Como decorrência do menor acesso ao rastreamento, mulheres negras são mais propensas a ter diagnóstico tardio com pior prognóstico, o que explica a mortalidade mais alta. Já Renna Junior; Silva, (2018) analisaram os determinantes do estágio câncer de colo do útero no momento do diagnóstico. Foram avaliados 65.843 casos dos registros de câncer hospitalar. O percentual de doença avançada aumentou em mulheres negras e indígenas, naquelas com menor escolaridade e na região Norte. Os autores concluem que as desigualdades afetam as chances de diagnóstico precoce.

Entre 2000 e 2009, Thuler de Aguiar; Bergmann, (2014) também chegaram à conclusão semelhante. Dentre os 37.638 casos avaliados, os fatores associados com estadiamento avançado no momento do diagnóstico identificados por modelo de regressão logística foram: cor da pele negra, baixa escolaridade, idade maior que 50 anos, morar com parceiro e carcinoma espinocelular. Os autores reafirmam o papel das desigualdades sociais na causalidade do diagnóstico tardio.

Se no Brasil são escassas as pesquisas que avaliam a associação entre raça/cor e mortalidade por câncer de colo do útero, nos EUA encontra-se maior número de estudos. Assim, YOO, et al., (2017), reconhecem que nos EUA mulheres negras experimentam maior incidência de câncer de colo do útero apesar da redução da taxa de mortalidade nos últimos anos. Além disso, existem grandes variações entre as regiões geográficas dos EUA, com o Sul tendo as maiores taxas de incidência e mortalidade em comparação com outras regiões.

Ao estudar as diferenças regionais da disparidade racial entre 2000 e 2012, os autores encontraram uma taxa média de incidência de câncer do colo do útero mais alta entre as negras não hispânicas do Sul. As taxas de mortalidade para as negras aumentaram drasticamente aos 65 anos em comparação com uma tendência relativamente estável para as brancas. A crescente disparidade racial com o aumento da idade na incidência foi mais pronunciada quando corrigido para prevalência de histerectomia. A raça negra e a região Sul dos EUA foram associadas a maior incidência e mortalidade por câncer cervical.

Usando o *National Cancer Database* (2004-2014), Rauh-Hain, et al., (2018), identificaram mulheres com câncer ginecológico e analisaram as tendências no tratamento de mulheres negras, asiáticas, hispânicas e brancas. As mulheres negras foram menos propensas a receber quimioterapia e radioterapia para câncer de colo de útero quando indicado.

Assim, os autores concluem que persistem disparidades raciais significativas na prestação de cuidados baseados em evidências. Mulheres negras com câncer de ovário, endometrial e cervical continuam a experimentar uma mortalidade por câncer ginecológico mais alta do que outros grupos raciais.

Nos Estados Unidos, a incidência de câncer do colo do útero diminuiu drasticamente devido à disseminação do rastreamento de rotina e do tratamento de lesões precursoras (BENARD et al., 2017; MARKT et al., 2018). Apesar disso, a incidência permanece importante, principalmente entre mulheres negras e hispânicas e em populações nas regiões sul. As mulheres que não têm acesso ao cuidado de saúde são as que permanecem em maior risco. Markt, et al., (2018),

mostraram que mulheres negras não hispânicas tiveram um risco aumentado de mortalidade por câncer do colo do útero e mulheres hispânicas um risco diminuído comparado com mulheres brancas não hispânicas. Além disso, mulheres negras eram mais propensas a receber radioterapia e menos propensas a receber cirurgia para doença em estágio inicial.

Parte do excesso de mortalidade em mulheres negras foi atribuído a fatores como nível socioeconômico e cobertura de seguro saúde. Os autores sugerem que melhorar a cobertura de seguro existente e garantir tratamento igual e adequado a todas as mulheres pode ser uma estratégia fundamental para melhorar os resultados do câncer de colo do útero nos EUA.

Desse modo, as desigualdades raciais também se refletem na sobrevida do câncer de colo do útero. Benard, et al., (2017), verificaram menor sobrevida para mulheres negras quando comparadas com mulheres brancas na maioria dos estados dos EUA, principalmente por que as mulheres negras tinham maior proporção de estágios avançados da doença.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aproximadamente 50% da população brasileira é afrodescendente. A relação entre raça/cor e saúde tem sido investigada nos Estados Unidos desde os anos 1980 (ARAÚJO et al., 2010). No Brasil, estudos dessa natureza começaram há aproximadamente dez anos depois, todavia, no mundo todo a produção científica ainda continua escassa.

Embora a escravidão tenha sido abolida há mais de um século, seus vestígios ainda estão presentes e se expressam na desvantagem social da população negra em comparação com a população branca. A maioria dos indicadores econômicos e de saúde revela as diferenças injustas, de acordo com raça/cor (BAGOLIN; NETO, 2019; IBGE, 2018; IPEA, 2011). As variações genéticas entre os seres humanos não explicam as diferenças em saúde segundo raça/cor, portanto, a determinação social parece ser a concepção que melhor esclarece as desigualdades.

A posição ocupada por grupos e indivíduos no espaço social, a forma como se relacionam entre si e com a natureza no processo de produção da riqueza está na origem das doenças e de sua desigual distribuição na população. Apesar disso, a dimensão socio econômica não é suficiente para explicar totalmente as desigualdades. Adiciona-se a ela o racismo como fator de risco.

Como construção social, questões de raça/cor medem diferenças fenotípicas entre indivíduos e grupos. Contudo, a diferença de raça/cor não é, em si, a origem das desigualdades em saúde, isso porque diz respeito à falta de acesso ao

diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno das mulheres negras as verdadeiras causas das diferenças injustas e evitáveis nas taxas de mortalidade por câncer de colo do útero, assim como das diferenças evitáveis e injustas dos demais indicadores de saúde, da economia, justiça, educação, mercado de trabalho entre tantos outros.

Cabe perguntar o motivo pelo qual as políticas de saúde, em especial o rastreamento do câncer de colo do útero, atingem de forma diferente as pessoas de acordo com sua raça/cor. Quais são os detalhes, as formas, os meandros e dinâmicas do racismo institucional que exclui metade da nossa população?

Munanga (2004) e Theodoro (2008), apontam que os fatores macroestruturais e políticos impedem o acesso da população negra aos serviços. A vulnerabilidade influencia a tomada de decisões e a busca por direitos. As relações entre os indivíduos e a forma como se posicionam no mundo são ditadas pelas condições sociais, culturais e históricas, conformando, entre tantas condições, o processo saúde e doença. Desse modo, são determinações que mantêm e reproduzem formas sociais em diversos domínios e impedem que as pessoas demandem os serviços de saúde, pois que introjetaram o preconceito, as experiências e dificuldades de acesso vivenciados anteriormente (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018).

Para reverter tais injustiças, o direito a saúde em toda sua extensão se faz necessário: intervenções nos determinantes e condicionantes da saúde, ações que priorizem a igualdade racial, transferência de renda e combate ao racismo institucional.

No que se refere à política de combate ao câncer de colo de útero, as mulheres negras deveriam ser consideradas com especial atenção no desenvolvimento de estratégias do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. O uso de dados de vigilância para planejar intervenções, bem como o uso de informações sobre a carga da doença nas diferentes regiões deveriam priorizar a qualidade no preenchimento e a análise da variável raça/cor; metas e atividades da atenção primária, cobertura vacinal contra o HPV, rastreamento, sistema de referência e contra referência e implantação de rede de serviços para o tratamento oportuno deveriam considerar as especificidades e necessidades da população negra.

Por fim, é evidente que as desigualdades raciais e a falta de equidade em saúde são pouco estudadas na literatura científica. Isto é, no Brasil, a produção sobre o tema é escassa e recente, provavelmente pela crença, ao longo dos anos, na falsa democracia racial. Dessa maneira, questões raciais, expressa pela variável raça/cor permite identificar, apenas em parte, as desigualdades e injustiças sociais ocasionadas pelo racismo, cujos estudos centrados apenas em determinantes socioeconômicos são incapazes de detectar.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C. ET AL. A Aplicação e o Conceito de Raça em Saúde Pública: Definições, Controvérsias e Sugestões para Uniformizar sua Utilização nas Pesquisas Biomédicas e na Prática Clínica. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 75, n. 1, p. 92–115, 2008.

AMORIM, V. et al. [Factors associated with women's failure to submit to pap smears: a population-based study in Campinas, Sao Paulo, Brazil] TT - Fatores associados a não realização do exame de papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Pau. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2329–2338, 2006.

ARAÚJO, D. et al. Desigualdades em saúde e raça/cor da pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos (1996-2005). **Saúde Coletiva**, v. 7, n. 40, p. 116–121, 2010.

ARAÚJO, E. M. ET AL. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, p. 383–94, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Raça como conceito emancipador e vulnerabilidade como norte para políticas de equidade em saúde. v. 23, n. 3, p. 519–520, 2007.

BAGOLIN, I. P.; NETO, N. J. L. F. Interações revista internacional de desenvolvimento local. **Interações (Campo Grande)**, v. 20, n. 2, p. 345–356, 2019.

BAIRROS, F. S. et al. Desigualdades raciais no acesso à saúde da mulher no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 12, p. 2364–2372, 2011.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?** Rio de Janeiro: [s.n.]. v. 1

BARBOSA, I. R. et al. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: Tendências e projeções até o ano 2030. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 253–262, 2016.

BENARD, V. et al. Prostate cancer survival in the United States by race and stage (2001-2009): Findings from the CONCORD-2 study. **Cancer**, v. 123, p. 5160–5177, 2017.

BENTO, M. A. S. BRANQUITUDE - O LADO OCULTO DO DISCURSO SOBRE O NEGRO In: Psicologia social do racismo – estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil / Iray Carone, Maria Aparecida Silva Bento (Organizadoras) Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. Sobre as Artimanhas da Razão Imperialista. **Estudos Afro-Asiáticos**, v. 24, n. 1, p. 15–33, 2002.

BRASIL. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigos de 196 a 200, da Saúde. BRASIL, Legislação Federal, Leis Federais nº 8.080. **Constituição Federal**, p. 1–2, 2000.

BRASIL, M. DA S. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília-DF: [s.n.].

BRASIL, M. DA SAÚDE M. DA S. S.-E. S. DE P. E O. **Plano Nacional de Saúde - PNS Plano Nacional de Saúde – PNS**. Brasília: [s.n.].

BRAZ, R. M. et al. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 554–562, 2013.

BRUNI, L. et al. Human Papillomavirus and Related Diseases Report. **ICO/IARC Information Centre on HP Vand Cancer (HPV Information Centre)**, n. January, p. 307, 2019.

CARTOLANO, L. C. **As relações de gênero e raça na saúde: um estudo do acesso aos serviços de contracepção e prevenção de câncer de colo uterino numa comunidade Quilombola**. Rio de Janeiro: [s.n.].

CHOR, D. Desigualdades em saúde no Brasil: É preciso ter raça. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1272–1275, 2013.

CHOR, D.; LIMA, C. R. DE A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. [Epidemiologic aspects of racial inequalities in health in Brazil]. **Cad Saúde Publica**, v. 21, n. 5, p. 1586–1594, 2005.

COLLINS, Y. et al. Gynecologic cancer disparities: A report from the Health Disparities Taskforce of the Society of Gynecologic Oncology. **Gynecologic Oncology**, v. 133, n. 2, p. 353–361, 2014.

DE KOK, I. M. C. M. et al. Trends in cervical cancer in the Netherlands until 2007: Has the bottom been reached? **International Journal of Cancer**, v. 128, n. 9, p. 2174–2181, 2011.

DICKINSON, J. A. et al. Reduced cervical cancer incidence and mortality in Canada: national data from 1932 to 2006. **BMC public health**, v. 12, n. 1, p. 992, 2012.

DOLL, R.; MUIR, C.; WATERHOUSE, J. **Cancer Incidence in Five Continents**. SPRINGER-VERLAG BERLIN - HEIDELBERG - NEW YORK: [s.n.].

ELUF NETO, J. A vacina contra o papilloma virus humano. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 3, p. 521–523, 2008.

FAUSTINO, D. M. **A equidade racial nas políticas de saúde**. Brasília DF: [s.n.].

FAUSTINO, D. M. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: O caso da saúde da população negra. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3831–3840, 2017.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **Int. J. Cancer**, p. E359–E386, 2015.

FONSECA, FL. A. M.; ADRIANA DE SOUZA RAMACCIOTTI JOSÉ ELUF NETO. Mortality trends from uterine cervical cancer in the city of São Paulo from 1980 to 1999 | Tendência da mortalidade por câncer do útero no Município de São Paulo entre 1980 e 1999. **Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 136–142, 2004.

FONSECA, L. A.; ELUF-NETO, J.; FILHO, V. W. Tendências da mortalidade por câncer nas capitais dos estados do Brasil, 1980-2004. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 3, p. 309–312, 2010.

FRY, P.; NARBY, J.; S, L. M. A PERSISTENCIA DA RAÇA: ENSAIOS ... (2005). p. 7–9, 2005.

GINSBURG, O.; PASKETT, E. D. Ethnic and racial disparities in cervical cancer: lessons from a modelling study of cervical cancer prevention. **The Lancet Public Health**, v. 3, n. 1, p. e8–e9, 2018.

GOMES, N. L. Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil: uma breve discussão. **Educação Antirracista: caminhos abertos pela Lei federal nº 10.639/03.**, p. 39–62, 2005.

GONZAGA, C. M. R. et al. Cervical cancer mortality trends in Brazil: 1980-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 599–608, 2013.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2018 [Synthesis of social index: An analysis of the living standards of the Brazilian population 2018]**. Rio de Janeiro: [s.n.].

INCA. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. **Programa Viva Mulher**, p. 1–14, 2010.

IPEA. **Retrato das desigualdades**. [s.l: s.n.].

LIMA M. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. **Novos estudos CEBRAP**, 2010.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde Beyond the numbers barrier: racial inequalities and health. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1595–1601, 2005.

LUIZ, C. Direitos e equidade: princípios éticos para a saúde. v. 30, n. 2, p. 69–75, 2005.

MADEIRO, A. et al. Tendências da mortalidade por câncer do colo do útero no Piauí, 2000-2011. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 282–285, 2016.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. In times of. p. 419–446, 2005.

MARKT, S. C. et al. Insurance status and cancer treatment mediate the association between race/ethnicity and cervical cancer survival. **PLoS ONE**, v. 13, n. 2, p. 1–12, 2018.

MARTÍNEZ-MESA, J. et al. Inequalities in Pap smear screening for cervical cancer in Brazil. **Preventive Medicine**, v. 57, n. 4, p. 366–371, 2013.

MARTINS, L. F. L. et al. Factors associated with the lack of access to cervical cancer screening test results in the Brazilian unified health system network in the municipality of Rio de Janeiro. **European Journal of Cancer Prevention**, v. 27, n. 4, p. 339–346, 2018.

MUNANGA, K. História do Negro no Brasil: o negro na sociedade brasileira: resistência, participação e contribuição. **Fundação Cultural Palmares**, 2004.

MUNIZ, J. O. Sobre o uso da variável raça/cor em estudos quantitativos. **Revista de Sociologia e Política**, v. 18, n. 36, p. 277–291, 2010.

NADRUZ, W. et al. Racial disparities in risks of stroke. **New England Journal of Medicine**, v. 376, n. 21, 2017.

NOBLAT, A. C. B.; LOPES, M. B.; LOPES, A. A. Raça e Lesão de Órgãos-Alvo da Hipertensão Arterial em Pacientes Atendidos em um Ambulatório Universitário de Referência na Cidade de Salvador. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 82, n. 2, p. 111–120, 2004.

NUNES, A. et al. **Medindo As Desigualdades Em Saúde No Brasil Opas Oms**. Brasília: [s.n.].

OMS. **IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Human Papillomaviruses**. LYON, FRANCE: [s.n.]. v. 90

PAIXÃO, M. et al. **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010**. Rio de Janeiro: [s.n.].

PEARCE, N. et al. Genetics, race, ethnicity, and health. n. June 2004.

PEREIRA, MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

RAUH-HAIN, J. A. et al. Racial and ethnic disparities over time in the treatment and mortality of women with gynecological malignancies. **Gynecologic Oncology**, v. 149, n. 1, p. 4–11, 1 abr. 2018.

RENNA JUNIOR, N. L.; SILVA, G. A. E. Tendências temporais e fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado de câncer do colo uterino: análise dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil, 2000-2012. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 27, n. 2, p. e2017285, 2018.

ROSA, W. Sexo e cor: Categorias de controle social e reprodução das desigualdades socioeconômicas no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, v. 17, n. 3, p. 889–899, 2009.

ROSA, M. I. DA et al. Papilomavírus humano e neoplasia cervical. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 953–964, 2009.

SANJOSE, S. DE et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. In: **Lancet Infect.** [s.n.]. v. 7p. 453–59.

SANTOS, D. J. DA S. et al. Raça versus etnia: Diferenciar para melhor aplicar. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 15, n. 3, p. 121–124, 2010.

SANTOS, J. A. F. a Interação Estrutural Entre a. **REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**, v. 24, 2009.

SAÚDE, M. DA. Falando Sobre Câncer Do Colo Do Útero. **Instituto Nacional de Câncer (INCA) Coordenação**, p. 1–71, 2002.

SAÚDE, M. DA. **Saúde Brasil 2005**. Brasília DF: [s.n.].

SCARINCI, I. C. et al. New tools and old barriers. v. 116, n. 11, p. 2531–2542, 2011.

SILVA, A. et al. Cervical cancer mortality trends in Brazil, Evolução da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil , 1981-2006. **Cancer**, v. 26, n. 12, p. 2399–2407, 2010.

SOUSA, A. M. V. DE et al. Mortalidade por câncer do colo do útero no estado do Rio Grande do Norte, no período de 1996 a 2010: tendência temporal e projeções até 2030. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 25, n. 2, p. 311–322, 2016.

THEODORO, M. **A FORMAÇÃO DO MERCADO DE TRABALHO E A QUESTÃO RACIAL NO BRASIL**. Brasília: [s.n.].

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. L. The vulnerability of afro-brazilian women in perinatal care in the unified health system: Analysis of the active ombudsman survey. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3505–3516, 2018.

THULER, L. C. S.; DE AGUIAR, S. S.; BERGMANN, A. Determinantes do diagnóstico em estágio avançado do câncer do colo do útero no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 6, p. 237–243, 2014.

WERNECK, J. Saúde da População Negra Passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas. **CRIOLA**, p. 32, 2010.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saude e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016.

WHO. Communicable disease surveillance and response systems. **Epidemic and pandemic alert and response**, p. 1–90, 2006.

WHO. Cancer Control WHO Guide for Effective Programmes Cancer Control WHO Guide for Effective Programmes WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. **World Health Organization**, p. 1–50, 2007.

YOO, W. et al. Recent trends in racial and regional disparities in cervical cancer incidence and mortality in United States. **PLOS ONE**, v. 12, n. 2, p. 1–13, 2017.

ZHAN, F. B.; LIN, Y. Racial/Ethnic, Socioeconomic, and Geographic Disparities of Cervical Cancer Advanced-Stage Diagnosis in Texas. **Women's Health Issues**, v. 24, n. 5, p. 519–527, 2014.

ZILLMER, J. G. et al. Avaliação da completude das informações do Hiperdia em uma unidade básica do sul do Brasil. **Revista gaúcha de enfermagem / EENFUFGRS**, v. 31, n. 2, p. 240–246, 2010.