

SAÚDE DA MULHER INDÍGENA BRASILEIRA: Prevenção e controle do câncer colo do útero

Professora orientadora: Luciana Benevides Ferreira

Alunas: Leila Ismail Hamed Karaja e
Isabela de Carvalho Soares

PROGRAMA DE
INICIAÇÃO CIENTÍFICA
PIC/CEUB

RELATÓRIOS DE PESQUISA
VOLUME 9 Nº 1- JAN/DEZ
•2023•

ISSN: 2595-4563





**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**LEILA ISMAIL HAMED KARAJA
ISABELA DE CARVALHO SOARES**

**SAÚDE DA MULHER INDÍGENA BRASILEIRA: PREVENÇÃO E CONTROLE
DO CÂNCER COLO DO ÚTERO**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Luciana Benevides Ferreira

BRASÍLIA

2024

DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS

Dedicamos este projeto a todas as mulheres indígenas, que, com sua coragem, sabedoria e resiliência, têm sido exemplos de força e inspiração. Este trabalho é uma homenagem a todas as mulheres indígenas e aos que lutam por um mundo mais justo e saudável. Que possamos continuar a ouvir, valorizar e apoiar as vozes e as necessidades dessas mulheres, promovendo saúde e preconizando a importância da atenção personalizada a essa comunidade.

Agradecemos aos líderes e profissionais de saúde das comunidades indígenas que compartilharam suas experiências e conhecimentos, possibilitando uma compreensão mais profunda e respeitosa das necessidades e desafios enfrentados por essas mulheres.

Gostaríamos de agradecer também à nossa orientadora Luciana Benevides Ferreira pela orientação e suporte inestimáveis durante o desenvolvimento deste trabalho. Sua expertise, paciência e incentivo foram fundamentais para a realização deste projeto.

*“Nós, mulheres indígenas,
Somos raiz deste chão
Somos fortes para parir
Cuidar e dar educação
O homem é só semente
Que fecunda e nasce gente.
E mulher, terra pra criação.”*

(Auritha Tabajara)

RESUMO

O câncer cervical é o quarto tumor maligno mais comum entre mulheres globalmente, com maior incidência em países menos desenvolvidos e em populações vulneráveis. A detecção precoce e a vacinação contra o papiloma vírus (HPV) são essenciais para a prevenção da neoplasia, mas a cobertura é insuficiente quando se trata de mulheres indígenas, devido às inúmeras dificuldades encontradas no processo de rastreamento. Este estudo qualitativo buscou analisar os indicadores de incidência do câncer de colo de útero e do HPV, assim como identificar os serviços de saúde atuais destinados à prevenção, controle e tratamento dessas doenças, por meio de análise de fontes documentais e entrevistas semiestruturadas realizadas com cinco profissionais da saúde que trabalham com povos indígenas. A partir do estudo observou-se que o câncer de colo uterino se apresenta como uma das neoplasias mais prevalentes na população indígena feminina, devido a fatores de risco como a infecção pelo HPV, sexarca precoce, multiparidade e dificuldades de acesso à informação e serviços de saúde. Os entrevistados apontaram como os principais obstáculos para o rastreamento: a dificuldade de implementação de planejamento específico para essa comunidade, a infraestrutura insuficiente, a falta de recursos e equipamentos adequados, a falta de orientação adequada aos agentes de saúde e a fragilidade dos sistemas de registro utilizados na monitoração da neoplasia. Superar essas dificuldades requer uma abordagem integrada que considere as necessidades específicas das mulheres indígenas. É fundamental o aprimoramento da infraestrutura de saúde, a adaptação da comunicação e dos programas de saúde existentes às realidades culturais, o aumento do acesso a recursos, o aperfeiçoamento do sistema de registro de dados utilizado atualmente e a implementação de políticas públicas eficazes que garantam a equidade no atendimento e a promoção da saúde. Destaca-se a extrema dificuldade em obter informações e referências acerca da população tratada, pela escassez de fontes epidemiológicas, além da dificuldade de contato com profissionais da área.

Palavras-chave:

saúde da mulher; saúde indígena; câncer de colo do útero; povos indígenas

**LISTAS DE FIGURAS, TABELAS, QUADROS, GRÁFICOS, SÍMBOLOS E
ABREVIACÕES**

QUADRO 1 - DESCRIÇÃO DOS ENTREVISTADOS

27

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
OBJETIVOS	10
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
3. MÉTODO	24
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	46

1. INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero, denominado câncer cervical, é considerado o quarto principal tumor maligno entre as mulheres, em uma estimativa mundial, sendo inferior ao câncer de mama, colorretal e pulmão, respectivamente, de acordo com as taxas de incidência. Nesse contexto, a elevada ocorrência desta neoplasia associa-se aos países menos desenvolvidos, em decorrência da redução do acesso ao rastreamento e ao alto custo da imunização contra o Papilomavírus Humano. (INCA, 2022)

Sob um cenário de prevalência de doenças sexualmente transmissíveis, é imprescindível citar que os fatores de risco para o câncer cervical incluem contribuições comportamentais, haja vista a sua transmissão predominantemente sexual. (JOHNSON, et al; 2019). Assim, a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é apontada como causa necessária para o desenvolvimento dessa neoplasia, considerando a relação com tipos oncogênicos e lesões precursoras, as quais devem ser identificadas e tratadas, com o fito de suprimir a progressão para o câncer de colo uterino. (INCA, 2022).

Hodiernamente, no Brasil, é notável o crescimento e o aperfeiçoamento de diretrizes e políticas públicas voltadas para o panorama da saúde reprodutiva feminina. No entanto, ao serem implementadas no contexto de mulheres indígenas, o acesso às políticas e aos dados obtidos através dele - com o objetivo de categorizar o perfil epidemiológico dessa população -, torna-se escasso, apesar do reconhecimento de maior vulnerabilidade, em comparação a mulheres não indígenas.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada em 2002, consiste em um modelo diferenciado de assistência à saúde, complementando o cuidado à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que aborda ações de prevenção de diversas doenças, acompanhamento nutricional, educação e promoção da saúde, respeitando as especificidades culturais e éticas desses povos. Além do mais, em 2011, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com vistas à redução da morbidade e mortalidade feminina (MACHADO et al., 2020).

Apesar das políticas citadas e da existência de demais regulamentações, observa-se a necessidade de ampliar e individualizar as ações de assistência e de promoção à saúde voltadas às mulheres indígenas e suas particularidades étnico-culturais.

Nas últimas décadas, houve um aumento considerável na quantidade de informações sobre o perfil epidemiológico da saúde reprodutiva das mulheres. No entanto, ainda há uma falta de dados sobre a saúde das mulheres indígenas brasileiras. O conhecimento limitado sobre os determinantes do processo saúde-doença nas populações indígenas é o principal obstáculo para a formulação, direcionamento e implementação de políticas públicas que ofereçam um cuidado específico e diferenciado, conforme os princípios do SUS, para as mulheres indígenas (MACHADO et al., 2020).

Em síntese, o presente trabalho visa contribuir com o estudo epidemiológico do câncer de colo de útero nas mulheres indígenas brasileiras, em convergência com os princípios do SUS, no que tange ao fomento à promoção de saúde e prevenção de doenças.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar o impacto do câncer de colo de útero e do HPV na saúde das mulheres indígenas em um âmbito geral e os serviços atuais disponíveis para a prevenção e controle dessas doenças.

Objetivos específicos

- Identificar a incidência do câncer de colo de útero e do HPV em mulheres indígenas nas regiões estudadas.
- Descrever as ações de saúde atuais para rastreamento, prevenção, acompanhamento e tratamento dessas doenças em mulheres indígenas.
- Esclarecer as dificuldades de acesso à saúde sofridas por mulheres indígenas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A Saúde da Mulher Indígena

No século XVI, diante do cenário de construção do território brasileiro, suscitado pela colonização portuguesa, a narrativa do povoamento dos povos originários foi marcada por uma significativa redução populacional indígena, devido a escravidão, a violência, a exploração de recursos naturais e a introdução de doenças as quais os indígenas não possuíam imunidade, configurando, portanto, um despovoamento dessa comunidade. Além disso, a perda de identidade e cultura são fatores contribuintes para esse despovoamento, tendo em vista que algumas comunidades foram forçadas a se deslocarem de suas terras tradicionais para viver em áreas urbanas ou em reservas. Assim, somente a partir do século XX, a população indígena iniciou uma fase lenta de recuperação dos seus valores, no entanto, a ausência ou precariedade do acesso a serviços básicos de saúde e a negligência das políticas públicas existentes configuram, até os dias hodiernos, um embate para a assistência integral indígena, principalmente, das mulheres.

A Constituição Federal, promulgada em 1980, preconiza a saúde como direito de todos e dever do Estado, a qual é garantida por meio de políticas públicas econômicas e sociais, além do acesso universal, integral e igualitário aos serviços de saúde. No entanto, em 1999, de forma tardia, o reconhecimento dos direitos socioculturais e territoriais dos povos originários acarretaram na criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (BORGES, et al 2022). Esse sistema é estruturado e regulado mediante os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), os quais são responsáveis por viabilizar o acesso à atenção básica aos indígenas aldeados, ultrapassando os limites dos estados e municípios que alocam as terras indígenas.

Em 2002, foi regulamentada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a qual é caracterizada por assegurar a assistência à saúde dessa população, em integralidade às diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS -, abrangendo as pluralidades socioculturais e étnicas das comunidades indígenas, de forma a incorporar e reconhecer as especificidades da sua medicina, além de outras ações que auxiliem na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde das mesmas (MACHADO et al., 2021).

A saúde da mulher - sexual e reprodutiva - passou a ser incorporada em diretrizes e políticas públicas brasileiras somente a partir das primeiras décadas do século XX. Na contemporaneidade, esse tema é consolidado na Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PNAISM), criada em 2004 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de, em um enfoque de gênero, reduzir a desigualdade e promover à saúde, por meio do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual contempla, para as mulheres em todos os ciclos de vida, a prevenção e a atenção curativa, abordando o recorte de raça e etnias, de forma a incluir grupos minoritários do país, como as mulheres indígenas.

O continente Sul Americano possui diversos grupos indígenas nos países que o compõem, sendo o Brasil o maior deles, porém, apesar de existirem leis indigenistas que garantam os direitos desses povos, frequentemente, são expostos a iniquidades sociais e sanitárias. Nesse contexto, as mulheres indígenas são consideradas duplamente um grupo minoritário, em decorrência do gênero e de sua etnia, encontrando-se em situação de elevada vulnerabilidade e maior suscetibilidade ao adoecimento (ABRITTA, TORRES, FREITAS, 2021).

É possível constatar um panorama de conhecimento precário sobre a saúde da mulher indígena, fomentado pela escassez de dados governamentais e estudos científicos. Por esta razão, os debates acerca desse tema e a estruturação de estratégias em saúde voltadas para essa população, sobretudo aquelas com enfoque de prevenção, estão comprometidos, haja vista a necessidade de entendimento da situação epidemiológica atual para a esquematização e o planejamento de políticas individualizadas para as mulheres indígenas.

2.2 Fisiopatologia e Diagnóstico do Câncer de Colo Uterino

O carcinoma cervical está diretamente relacionado ao Papiloma Vírus Humano (HPV), em diferentes níveis de gravidade, o qual corresponde ao principal fator predisponente para o desenvolvimento da neoplasia, além da inexistência do uso de contraceptivos de barreira - pela ausência de informações ou questões culturais específicas de cada comunidade indígena -, início das relações sexuais precocemente, multiplicidade de parceiros, idade e, em um panorama indígena, o contato com comunidades de valores diferentes dos povos originários (MACHADO et al., 2021)

Os HPVs atacam diretamente as células basais imaturas do epitélio escamoso de um epitélio normal, o que justifica a vulnerabilidade e a suscetibilidade do colo do útero à infecção viral, de forma comparativa a outros órgãos reprodutivos femininos, como a vulva. Porém, é importante citar que somente o HPV não é suficientemente capaz de provocar o câncer de colo de útero, dessa forma, o potencial carcinógeno do vírus é dependente de alguns fatores, como as oncoproteínas E6 e E7, responsáveis por impulsionar a oncogênese e interferir na manutenção do ciclo celular, promovendo o desequilíbrio das células neoplásicas (OLUSOLA et al., 2019).

As proteínas E6 e E7 são expressadas quando ocorre a integração do genoma do vírus HPV com o DNA da célula, rompendo o gene E2, responsável por inibir a expressão das proteínas supracitadas. A proteína E6 se liga às supressoras de tumor e promove a degradação das mesmas pelo proteossomo e, além disso, promove a senescência das células tumorais mediante o aumento da expressão da telomerase. A proteína E7 liga-se a forma ativa da proteína Rb, ou seja, em seu estado hipofosforilado, propiciando a sua degradação pelo proteossomo e, além disso, liga-se a p21 e p27, motivadoras de uma parada no ciclo celular por meio do bloqueio da cinase dependente de ciclina, inibindo-as (OLUSOLA et al., 2019).

No início da doença, o carcinoma cervical é, constantemente, assintomático. Contudo, podem ser evidenciados alguns sintomas mais inespecíficos, como sangramento vaginal irregular ou de intensidade elevada, principalmente, após a realização de atividades sexuais, além de leucorreia, com odor fétido e apresentação purulenta ou mucóide. Com a evolução da infecção, pode ocorrer dor pélvica ou lombar, irradiando para a extremidade inferior do lado posterior. Além disso, são comuns modificações intestinais e/ou vesicais, como hematúria, hematoquezia ou passagem vaginal de urina e/ou fezes (MACHADO et al., 2021).

Em caso de suspeita ou investigação de neoplasia do colo do útero, é imprescindível a realização de exames para diagnosticar a presença ou a ausência da infecção, como o exame pélvico. Destarte, utiliza-se um espécuro para expandir a visualização do colo do útero, com o objetivo de observar anormalidades ou lesões visíveis. Se houver o aparecimento de alguma lesão, a paciente deve ser encaminhada para executar uma biópsia, em sua totalidade, para a confirmação da doença e a avaliação do estágio. Ademais, para um exame pélvico efetivo e completo, deve-se

implementar um exame retovaginal, na intenção de considerar o tamanho do tumor e o nível de envolvimento vaginal e/ou parametrial, e a palpação dos linfonodos inguinais e supraclaviculares (MACHADO et al., 2021).

No Brasil, em um cenário de saúde reprodutiva feminina, em mulheres de 25 a 64 anos - as quais são indicadas para a realização do exame preventivo -, a identificação precoce de lesões precursoras, mediante o rastreamento ativo da população, e a ampliação da cobertura da imunização contra o HPV, podem reduzir o impacto dessa neoplasia (RESENDE, FRITSCH, SOUZA, 2023).

2.3 Epidemiologia e Rastreamento do Câncer de Colo Uterino

No Brasil, o câncer de colo de útero (CCU) é o terceiro tipo de câncer mais incidente entre mulheres, excluídos os tumores de pele não melanoma, ocupando também o quarto lugar de mortalidade proporcional por câncer em mulheres no país (INCA, 2022). A taxa de mortalidade por CCU no País, ajustada pela população mundial, foi de 4,1 óbitos/100 mil mulheres, em 2021. Dentre esses dados, é possível observar que é na região Norte que se encontram as maiores taxas do país, com 9,07 mortes/100 mil mulheres, com uma tendência de crescimento entre 2000 e 2017 (INCA, 2023).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de CCU estão relacionados ao comportamento sexual feminino, o comportamento sexual do parceiro e outros fatores de risco interligados a maior possibilidade de infecção por HPV, como: tabagismo, múltiplos parceiros sexuais, multiparidade, início de vida sexual ativa precoce e coinfeção por outros agentes infecciosos, como o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Nesse sentido, as mulheres indígenas constituem a população sob maior risco de infecção por HPV e, conseqüentemente, para o câncer, uma vez que possuem padrões comportamentais de risco, principalmente sexarca precoce, com aproximadamente 14 anos, multiplicidade de parceiros sexuais, imunodeficiências, altas taxas de fecundidade e condições socioeconômicas desfavoráveis (SCOPIN, A. C. C., 2019 ; FILHO et al., 2022). Esses fatores de risco, juntamente com a falta de informação e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, favorecem imensamente a infecção pelo HPV e evolução para o CCU. Um exemplo da grande prevalência do HPV nessas

populações é a comunidade Yanomami, em que a taxa de prevalência chega a 45,9%, uma taxa maior do que a registrada na média geral brasileira (FILHO et al., 2022).

Segundo o último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2022, existem aproximadamente 1.6993.535 indígenas autodeclarados no País, sendo a maior parte concentrada na Região Norte. O Censo 2022 revelou também que muitos dos indígenas são jovens, com mais da metade tendo menos de 30 anos (56,10%). Ademais, no Brasil, há mais mulheres indígenas do que homens, com 100 mulheres para cada 97 homens, ou seja, existem cerca de 25 mil mulheres indígenas a mais do que homens indígenas no País. Isso chama a atenção para doenças e queixas de saúde que acometem essa população feminina tão vasta, especialmente a ocorrência do CCU entre essas mulheres.

A incidência e prevalência do câncer de colo de útero em mulheres indígenas requer um enfoque, haja vista os altos coeficientes de morbimortalidade, com taxas dobradas, em comparação às mulheres não indígenas. Em uma pesquisa realizada com base no uso de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade da Região Norte, Acre e Goiânia, a neoplasia do colo do útero se apresentou como a principal causa de óbito por câncer entre as mulheres indígenas desses territórios, com taxa de 36,4%. Outro estudo, realizado em uma instituição de referência em São Paulo, com enfoque na análise de dados do acometimento de câncer em pacientes indígenas do sexo feminino, nos anos de 2005 a 2015, indicou que o câncer do colo do útero era o mais prevalente, com índice de 28% (BORGES et al., 2022). Além disso, as populações indígenas distribuídas pelo País são marcadas pela elevada prevalência de lesões precursoras entre as mulheres, com frequências que variam de 2,1 a 9,4% para lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) e de 1,2 a 4,6% de lesão intraepitelial de alto grau (HSIL). É observado também cerca de 2% de câncer invasivo entre mulheres indígenas assintomáticas, representando um valor superior quando comparado a mulheres não indígenas (BORGES et al., 2022).

O exame citopatológico, popularmente conhecido como Papanicolau, é a principal ferramenta de rastreio do câncer de colo de útero, em decorrência da detecção precoce de lesões precursoras da neoplasia, propiciando um tratamento específico imediato e, conseqüentemente, um melhor prognóstico (MACHADO et al., 2021). O protocolo recomendado para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame

a cada três anos, caso a paciente tenha tido dois exames consecutivos com resultado normal, com intervalo de um ano entre eles, para reduzir a probabilidade de falsos-negativos durante a triagem (BRASIL, 2016).

Diversos indicadores são utilizados para avaliar o impacto e a incidência do CCU no País, porém a proporção de realização de rastreamento trienal da neoplasia é recomendada pela OMS e pelos Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) desde 2022. Segundo a OMS, quando essa proporção é maior que 80% das mulheres em idade para rastreamento, considerando também uma garantia do diagnóstico e do tratamento adequados dos casos detectados, pode-se reduzir a incidência do CCU de 60 a 90% (ROSALEN et al., 2024).

O rastreamento de CCU representa um desafio do subsistema de Atenção Primária à saúde indígena, em virtude das diversas barreiras enfrentadas pelas populações indígenas, como a dificuldade de acesso à saúde por isolamento físico e a dificuldade de encaminhamento a serviços especializados. Ademais, a falta de informação acerca do exame citológico influenciam diretamente na adesão à sua realização, e isso se deve principalmente pela carência de materiais educativos apropriados e pelo desprezo da inserção perspectiva étnica e cultural nesse processo terapêutico (FILHO et al., 2022). Isso se torna um grande problema, uma vez que a neoplasia cervical possui um elevado potencial de cura, porém é feito o diagnóstico precoce. Dessa forma, o CCU é responsável por altos índices de morbimortalidade, com taxas duas vezes maiores na população indígena, quando comparada com as não indígenas.

Um estudo realizado com 113 mulheres indígenas da comunidade Mbyá-Guarani, para análise do perfil de rastreamento no Rio Grande do Sul, evidenciou uma porcentagem de adesão à realização do exame citopatológico de cerca de 47%, no período de 5 anos, ou seja, 38% abaixo da meta esperada para o rastreamento em populações vulneráveis estabelecida pelo Ministério da Saúde (85%). Dentre as mulheres que aderiram ao exame, a grande maioria (67%) apresentaram uma microbiota sugestiva de infecções, como desvio de flora sugestivo de vaginose bacteriana (MACHADO et al., 2021). Além disso, na mesma pesquisa, foi observado uma significativa diminuição de coletas citopatológicas no ano de 2018, atribuído à troca da equipe de saúde e à rotatividade de profissionais, evidenciando que o vínculo

dos profissionais que cuidam das mulheres indígenas também possui forte impacto na adesão ao exame e à busca por outros serviços de saúde.

Além das dificuldades de rastreamento ligados à realização do exame citopatológico, os índices de morbimortalidade também estão relacionados ao maior intervalo de tempo entre o diagnóstico do câncer e o início do tratamento especializado nessa população, que é acima de 60 dias em cerca de 60% dos casos, ou seja com um tempo médio de 113 dias (FILHO et al., 2022). Sendo assim, é perceptível a dificuldade de seguimento da doença, no que tange o tratamento e acompanhamento da neoplasia por essas mulheres.

Um outro estudo realizado no Parque do Xingu por meio da análise de dados das ações de prevenção e controle do CCU, durante 13 anos, demonstrou que pacientes com idade inferior a 24 anos apresentaram maior percentual de Lesões de Baixo Grau (LBG). Ademais, após o início do rastreio organizado, alcançou-se uma cobertura de rastreamento de aproximadamente 90% e verificou-se uma diminuição significativa do percentual de Lesões de Alto Grau ao longo dos anos (SCOPIN, A. C. C., 2019). Isso indica a importância de um bom programa de rastreamento na redução da incidência e mortalidade por CCU, principalmente um que compreende as necessidades e o perfil epidemiológico de sua área

Nesse sentido, uma pesquisa realizada no estado do Amapá e Norte do Pará, a fim de analisar a proporção de exames citopatológicos em mulheres indígenas da população Wajãpi nos anos de 2018-2023, atestou que no primeiro triênio (2018-2020) a proporção de exames foi de 3,37% no DSEI AMP e 0% em Pedra Branca do Amapari, município de referência do povo Wajãpi. No segundo triênio (2021-2023), essas proporções aumentaram para 21,95% e 52,38%, respectivamente. A melhoria significativa na porcentagem de realização do Papanicolau é atribuída ao Projeto de Rastreamento de Câncer do Colo do Útero. Nesse projeto, a equipe de saúde responsável pela área realizou uma ação organizada de coleta de preventivo em 5 regiões que englobava a população Wajãpi, em que foram realizadas, além da coleta, ações de saúde como reuniões com as mulheres com conversas sobre ISTs, a importância do exame citopatológico e outros problemas ginecológicos. Assim, foi demonstrado que a garantia da devolução dos exames, com as devidas explicações didáticas acerca da neoplasia, foi fundamental para a adesão do exame citopatológico

e para a continuidade das ações de rastreamento, uma vez que as mulheres wajãpi frequentemente se queixavam do não recebimento dos resultados (ROSALEN et al., 2024).

Todavia, apesar de alguns estudos e pesquisas publicados, os dados epidemiológicos das mulheres indígenas são desconhecidos e é extremamente evidente a subnotificação do CCU e a escassez de dados fidedignos e disponíveis. Diante dessa realidade, se tornam indispensáveis medidas efetivas de rastreamento, diagnóstico e tratamento dessa neoplasia, além do aprimoramento dos sistemas de registro de informações das populações indígenas.

2.4 Prevenção do Câncer de Colo de Útero e sua Relação com a Vacina Contra o HPV

O câncer de colo de útero está intimamente relacionado à infecção por algumas cepas do Papilomavírus Humano (HPV). Quando as lesões primárias causadas pelo HPV não são adequadamente avaliadas e tratadas, o risco de desenvolver a neoplasia é de cerca de 30%. Assim, a detecção precoce por meio do exame citopatológico e a vacinação para o HPV são as medidas ideais para prevenção e controle do câncer cervical (ROSALEN et al., 2024).

Segundo a OMS, a infecção crônica causada pelo Papiloma Vírus Humano representa o principal fator desencadeante para o desenvolvimento da neoplasia de colo de útero. Este vírus, pertencente à família Papilomaviridae, possui mais de cem tipos, sendo que treze deles se destacam por terem um potencial oncogênico. Os genótipos virais 16 e 18 são os mais importantes no processo da carcinogênese, ocasionando aproximadamente 70% dos carcinomas cervicais e cerca de 50% das neoplasias intra epiteliais de grau III (FILHO et al., 2022). Cabe ressaltar que a infecção pelo HPV representa a infecção sexualmente transmissível mais comum em adolescentes e adultos jovens em todo mundo, apresentando maior prevalência em mulheres sexualmente ativas com menos de 25 anos de idade (SCOPIN, A.C.C, 2019)

A vacinação indígena, apesar de ser uma ação universal, possui operacionalização complexa, tendo em vista a abrangência de fatores como a diversidade cultural, a dispersão geográfica, a dificuldade na coleta e na análise de dados, além do tempo de contato. Uma outra questão contemplada é a dificuldade logística, pois existem limitações na oferta de imunobiológicos específicos pelo

Programa Nacional de Imunização – PNI e nas condições de conservação e/ou de transporte dos mesmos. Ademais, avaliando as especificidades abordadas, o PNI ampliou a cobertura vacinal, porém os patamares preconizados pelo programa ainda não foram alcançados (BRASIL, 2019).

Dessa forma, no Brasil, a vacina do HPV quadrivalente, incorporada no Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde (MS) em 2014, foi implementada de forma gratuita com inclusão gradual das populações-alvo, principalmente meninas adolescentes e, atualmente, a vacina engloba a faixa etária de 9 a 14 anos. As vacinas bivalente e quadrivalente são as mais utilizadas por apresentarem 90% de eficácia na prevenção de infecção por HPV do tipo 16 e do tipo 18 (COHEN et al., 2019). No entanto, o desenvolvimento e o fornecimento das vacinas possuem uma série de limitações, como o alto custo de fabricação, restringindo, ainda mais, o acesso às mulheres indígenas. Por isso, quanto mais informações sobre o mecanismo imunológico contra o HPV e seu impacto na saúde da mulher forem constatadas, mais estratégias para projetar e fornecer vacinas de forma eficiente para as comunidades indígenas serão criadas (WANG et al., 2020).

Acerca da prevalência do HPV nas mulheres indígenas brasileiras, foram notificados cerca de 66 casos de infecção por 17 unidades do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), entre os anos de 2015 e 2017. A maior taxa foi a do DSEI do Amapá e norte do Pará, com 33,93 casos a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2019). Entretanto, esses dados podem não condizer com o verdadeiro perfil epidemiológico atual, uma vez que muitas vezes as equipes de saúde que agem no território não notificam a incidência de doenças, incluindo a infecção pelo HPV. Além disso, apesar de a saúde indígena ser identificada como prioridade pela Organização Mundial da Saúde (OMS), os dados epidemiológicos disponíveis são profundamente escassos, em virtude da ausência de busca e pesquisa, de inquéritos regulares, e da precariedade dos sistemas de registro de informações utilizados nesses grupos étnicos para rastreamento de morbidade e mortalidade (LOVATTI et al., 2021).

Um estudo bibliográfico realizado com base em pesquisas qualitativas acerca de narrativas de povos indígenas ao redor do mundo sobre conscientização, conhecimento e experiências da vacina contra o HPV apontou que os principais motivos para hesitação vacinal são a desconfiança nos sistemas de saúde e nas vacinas,

falta de informação acerca da importância da vacina, ausência de educação sexual e escassez na disponibilidade de profissionais de saúde e de consultas médicas. Outro aspecto relevante foi a relação entre o aumento da aceitação às vacinas do HPV entre esses povos e a orientação dada pelos profissionais de saúde que permitiu a compreensão básica da vacina (SETHI et al., 2021), demonstrando a extrema importância do vínculo de confiança entre esses dois grupos para a consolidação da adesão vacinal.

2.5 Políticas Públicas Existentes

As mulheres indígenas constituem um segmento da população com características culturais distintas, o que requer a criação de políticas públicas e estratégias de saúde que considerem os diversos contextos étnicos a que pertencem. Esse desafio é particularmente complexo no Brasil, pois, enquanto as políticas públicas atuais buscam soluções universais para os problemas de saúde das mulheres brasileiras, frequentemente negligenciam as especificidades e diferenças das mulheres indígenas.

É importante destacar que a população indígena brasileira é composta por uma ampla diversidade de realidades e culturas. Existem comunidades que vivem isoladas, com pouco ou nenhum contato com a sociedade externa, e também grupos que residem próximos às áreas urbanas e mantêm uma relação mais estreita com a sociedade em geral. Portanto, ao considerar o cuidado com a saúde desses povos, especialmente das mulheres, é essencial entender a dinâmica de gênero presente e como a diversidade cultural influencia as decisões relacionadas à saúde. A promoção da saúde deve ser realizada em conjunto com o resgate cultural e a preservação da identidade étnica desses grupos.

Desse modo, no Brasil, existe a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) desde 2002, que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS). Este subsistema atua por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), coordenados pela Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), órgão ligado diretamente ao Ministério da Saúde e que funciona no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em todo o território nacional. O surgimento da SESAI se deu pela

necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no país, a qual foi uma demanda reivindicada por indígenas durante as Conferências Nacionais de Saúde Indígena. O DSEI se baseia em um modelo de gestão e atenção descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e com responsabilidade sanitária. Em 1999 foram criados cerca de 34 DSEIs, distribuídos em todo o território brasileiro, os quais asseguram ações diferenciadas e individualizadas de atenção primária aos povos indígenas, com uma estrutura de atendimento constituída pelos Polos Base e Casas de Saúde Indígena (CASAI) (BRITO et al., 2023; ROSALEN et al., 2024).

Os Pólos-Base se constituem como a primeira referência dos povos indígenas, localizados numa comunidade indígena ou num município de referência, nesse último caso correspondendo a uma unidade básica de saúde já existente na rede de serviço daquele município. Atuam neles: médicos, enfermeiros, dentistas e auxiliares de enfermagem. Cada Polo Base cobre um grupo de aldeias e se classificam em 2 tipos principais, de acordo com sua complexidade: o Polo Base tipo I executa atividades de assistência à saúde como coleta de material para exames, ações de prevenção do câncer de colo de útero e também imunização; o Polo Base tipo II representa uma estrutura física de suporte técnico e administrativo à equipe multidisciplinar (BRITO et al., 2023). Já as CASAI se constituem como locais de recepção e apoio aos povos indígenas, referenciados da aldeia/Pólo-Base, localizados em municípios de referência e que realizam o atendimento secundário e/ou terciário. Entretanto, apesar da existência da PNASPI, CASAI, SESAI e da estrutura dos DSEIs, os indicadores de saúde da população indígena ainda são preocupantes.

Além disso, em 2000, foi criado o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), como parte da PNASPI, que visa a coleta, processamento e análise de informações da saúde das comunidades indígenas, abrangendo indicadores de óbito, nascimento, morbidade imunização, produção de serviços, recursos humanos e infra-estrutura. Entretanto, existem aspectos de fragilidade na concepção e operacionalização do SIASI. O sistema apresenta uma situação na qual a coleta, o armazenamento e o processamento de dados não possuem uma ampliação, na escala necessária, da capacidade de análise das informações em saúde para fins de planejamento e execução das ações em saúde, além de apresentar deficiência quanto

às variáveis a serem utilizadas nos instrumentos de coleta. Ou seja, diversas variáveis importantes para a construção de um perfil epidemiológico deixaram de ser incluídas, enquanto que outras de menor relevância foram inseridas no sistema. Esse fato proporcionou um número excessivo de dados, levando a uma maior dificuldade de controle, interpretação e edificação de informações. Ademais, os instrumentos utilizados pelo SIASI são preenchidos por uma diversidade de profissionais, desde o agente de saúde indígena até o médico da equipe, aumentando a possibilidade de inconsistências e de incorreções (SOUSA, M. DA C. DE; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V., 2007).

Um outro problema relevante quanto ao registro de dados é a ausência de comunicação do SIASI com os diversos sistemas de informação do Ministério da Saúde. O SIASI não disponibiliza os dados e informações coletadas para o público, permitindo o acesso apenas aos gestores da saúde indígena e aos profissionais que atuam no órgão. Isso gera também inconsistências na criação de ações de saúde efetivas, além de dificultar a participação comunitária no acompanhamento da situação de saúde dos povos indígenas. Essas limitações impossibilitam que esse sistema funcione como um instrumento para a vigilância em saúde efetivo (SOUSA, M. DA C. DE; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V., 2007).

Nesse sentido, uma das recomendações determinadas pelo Supremo Tribunal Federal na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709, movida pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) em 2020 contra o governo brasileiro, foi a publicização dos dados do SIASI. Sem dados, a realização de um monitoramento efetivo é impossibilitado, além de levar a cálculos inadequados quanto à questão demográfica do perfil de saúde dos indígenas (ROSALEN et al., 2024).

Ademais, em decorrência da elevada magnitude do câncer de colo de útero no Brasil, o Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Nacional do Câncer - INCA, criou o Março Lilás, movimento de conscientização para a prevenção da neoplasia cervical durante o mês de março, o qual divulga informações sobre a doença e incentiva o diagnóstico precoce por meio do rastreamento em massa de mulheres. No entanto, apesar da existência da campanha citada, faz-se necessário uma maior divulgação, principalmente, para as mulheres aldeadas, as quais fazem parte de um

grupo com maior vulnerabilidade para a doença, com o fito de reduzir a incidência e as complicações do câncer de colo de útero.

3. MÉTODO

O presente trabalho foi desenvolvido em 2 etapas, sendo elas: a análise de fontes bibliográficas e documentais e a realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais da saúde que atuam ou já atuaram no cuidado à saúde da mulher indígena. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, baseado na análise dos indicadores de incidência do câncer de colo de útero e do HPV, dos serviços de saúde atuais destinados à prevenção, controle e tratamento dessas doenças e dos dados coletados através das entrevistas.

3.1 Revisão bibliográfica

Foi realizada uma busca de artigos científicos sobre o tema, além de uma análise de documentos institucionais divulgados pelo Ministério da Saúde. A revisão bibliográfica incluiu fontes indexadas e atuais acerca do câncer de colo uterino em mulheres indígenas, bem como as ações de assistência à saúde voltadas para esse grupo, além de estudos sobre a cobertura vacinal contra o HPV, em âmbito nacional.

A pesquisa foi realizada pela busca nas bases de dados PubMed, Scielo e Google Scholar com os seguintes descritores: “Câncer de Colo de Útero”, “Indígena” e “Saúde da Mulher Indígena”

A seleção foi baseada em artigos científicos de revisão sistemática e de literatura, publicados na íntegra, entre os anos de 2019 e 2024, no idioma português e inglês que abrangiam “Câncer de Colo de Útero”, “Indígena” e “Saúde da Mulher Indígena” no título ou no resumo.

Os critérios de exclusão incluíam publicações científicas repetidas ou cujo tema não contemplavam os descritores deste estudo. Dessa forma, utilizando esses critérios e após a avaliação da temática proposta, a equipe pesquisadora apurou publicações para compor a bibliografia deste trabalho.

3.2 Entrevistas

As entrevistas abordaram gestores e profissionais que atuam ou já atuaram no âmbito da saúde da mulher indígena, utilizando-se como critérios de inclusão ter 18 anos ou mais e trabalhar ou ter trabalhado na Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (SESAI) ou nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e como critério de exclusão participantes que atuem ou atuaram menos de um ano nos serviços de saúde indígena.

As entrevistas foram realizadas pela equipe de pesquisa, composta por duas estudantes de medicina do 6º período, a qual solicitou a participação voluntária dos profissionais por e-mail, após a aprovação do projeto pelo comitê de ética do UniCEUB. A todos os participantes foi apresentado o TCLE (apêndice 1) com as informações acerca da pesquisa e, posteriormente, foram recolhidas as devidas assinaturas. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, a amostra de entrevistados se deu por conveniência, a partir da rede de contato das pesquisadoras. Ao final, foram efetuadas cinco (5) entrevistas com profissionais que atuam nas áreas de enfermagem, medicina e setores administrativos de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, abordando entrevistados com experiências nas regiões do Mato Grosso, Amapá, Pará, Tocantins, Mato Grosso do Sul, São Paulo e Cuiabá.

O roteiro da entrevista foi elaborado a partir da seleção de aspectos relevantes sobre o tema, buscando identificar as ações relacionadas à prevenção e tratamento do câncer de colo uterino em mulheres indígenas, a forma de operacionalização e a existência de elementos que facilitam e/ou dificultam a sua implementação. Além disso, o questionário também abordou a questão da cobertura vacinal contra o HPV em povos indígenas e as dificuldades enfrentadas. A entrevista é composta por 10 perguntas (apêndice 2). As entrevistas foram realizadas de forma on-line, por meio de chamada de vídeo pelo Google Meet.

As entrevistas, orientadas pelos objetivos da pesquisa, foram feitas sob coordenação da docente pesquisadora responsável. Os participantes concordaram em ter suas falas gravadas e utilizadas para fins deste estudo. As entrevistas foram gravadas e as falas transcritas. As informações obtidas foram analisadas conforme as

seguintes categorias teóricas: ações de saúde atuais voltadas para a saúde da mulher indígena; ações de prevenção do câncer de colo de útero; os serviços disponíveis para o tratamento da neoplasia e as dificuldades de acesso enfrentadas; medidas necessárias para o aprimoramento dos serviços de saúde em âmbito geral e no que tange o câncer de colo uterino e as dificuldades de acesso à informações sobre a incidência da neoplasia cervical e da vacinação de HPV.

Foi realizada uma análise qualitativa de conteúdo, de pré-análise e interpretação. Na pré-análise efetuou-se um levantamento das categorias a serem analisadas. No segundo momento foi realizada uma interpretação das respostas dos participantes e relacionada com a fundamentação teórica sobre o tema. Cada resposta foi tabulada e registrada pela equipe pesquisadora. As informações dos participantes possuem garantia de manutenção de sigilo e confidencialidade, sendo arquivadas por um período de 5 anos. Para garantir o anonimato, os nomes dos participantes foram substituídos por códigos numéricos de 01 a 05.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, apresentamos os resultados obtidos a partir de entrevistas realizadas com cinco profissionais da saúde, os quais responderam a um questionário composto por dez perguntas focadas na saúde da mulher indígena, particularmente no que tange à prevenção e tratamento do câncer de colo do útero. O objetivo desta investigação foi compreender a perspectiva desses profissionais sobre a eficácia das políticas e práticas de saúde voltadas para essa população específica.

As perguntas abordaram aspectos como o tempo de experiência com populações indígenas, as funções desempenhadas, a disponibilidade e fontes de informações sobre a incidência de câncer e vacinação de HPV, a existência e natureza das ações específicas para a saúde da mulher indígena, e as dificuldades enfrentadas no acesso aos serviços de saúde tanto nas terras indígenas quanto fora delas. Além disso, buscamos identificar as medidas necessárias para aprimorar a prevenção e tratamento do câncer de colo do útero e a efetividade geral dos serviços de saúde voltados para as mulheres indígenas. A análise das respostas fornecidas pelos profissionais ofereceu uma visão das práticas atuais e das lacunas existentes, possibilitando uma reflexão crítica sobre as estratégias necessárias para melhorar a saúde e o bem-estar dessa população.

No quadro abaixo apresenta-se a descrição dos entrevistados quanto ao período de trabalho com a população indígena, os territórios abordados e as funções desempenhadas por eles.

QUADRO 1 - Descrição dos entrevistados.

continua

Identificação	Período de trabalho com a população indígena	Territórios que já atuaram ou atuam	Funções desempenhadas
Entrevistado 01	Trabalha com a população indígena, desde 2017, totalizando cerca de 7 anos na área.	Já atuou na DSEI do Mato Grosso, e, atualmente, atua na UBS do município de referência.	Assistência da comunidade Xavante, desempenhando a função de enfermeira assistencial. Atualmente é responsável pela UBS do território onde trabalha, em que são desenvolvidas ações de promoção à saúde.

continuação

Entrevistado 02	Trabalha com povos indígenas desde 2005.	Já atuou na DIASI de Cuiabá, no núcleo 3, no setor administrativo. Atualmente trabalha na gestão da DIASI do Rio Grande do Sul.	Atualmente, desempenha funções como a implementação de programas de saúde voltadas tanto às mulheres quanto às crianças indígenas, além de realizar também a vigilância alimentar e nutricional do território.
Entrevistado 03	Trabalha com povos indígenas desde 2006	Desde o início, o entrevistado já atuou no DSEI Xingu (2006-2012) e em São Paulo (2012-2024).	Em 2006 atuou como enfermeira, trabalhando nos 3 polos existentes no DSEI Xingu. Em 2012, saiu da assistência direta à saúde e iniciou seu trabalho no Escritório Projeto Xingu, assumindo o programa de matriciamento do câncer de colo de útero. A partir de 2014, passou a desempenhar funções na articulação das equipes, no que tange o câncer de colo de útero e, também, assistência às gestantes.
Entrevistado 04	Trabalha com a comunidade indígena desde 2012.	O entrevistado já atuou ativamente no Amapá (2012-2014) e em São Paulo (2012-2022), mas também cobriu áreas como o Pará, Tocantins e Mato Grosso do Sul.	Ao longo dos anos, desempenhou diversas funções dentro da saúde indígena, sendo: <ul style="list-style-type: none"> · 2012-2014: Assessoria e Consultoria para organização do Conselho Nacional de Saúde Wajãpi, no Amapá. · 2014-2017: Supervisor do Programa Mais Médicos em Áreas Indígenas do Pará e DSEI Tocantins e Mato Grosso do Sul. · 2017 - 2022: Médico da equipe que atende a comunidade Pankararu, em São Paulo. · 2023-2024: Trabalha no Sírío Libanês, com o Projeto Proadi, com a saúde indígena.
Entrevistado 05	Trabalha com saúde indígena desde 2014.	DSEI Xavante, no Mato Grosso	Realizou, ao longo dos anos, diferentes funções na área da saúde indígena, sendo: <ul style="list-style-type: none"> · 2014 - 2022: Referência técnica na atenção da mulher, sexual e saúde da criança. · 2022: Trabalho direto na aldeia com as mulheres indígenas. · 2024: Responsável técnica pela saúde da mulher, sexual (ISTs) e do idoso, no Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI.

4.1 Ações de saúde atuais voltadas para a saúde da mulher indígena

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEIs, em sua maioria, de acordo com os cinco entrevistados, possuem um enfoque e uma estrutura direcionada para a prevenção de doenças e agravos em relação às mulheres indígenas. Dessa forma, são realizadas diversas ações de educação em saúde, abordando temas como: higiene pessoal, infecções sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, pré-natal, gravidez na adolescência, entre outros, além de práticas e procedimentos, como a vacinação contra o HPV e a coleta de papanicolau nas mulheres entre 25-64 anos.

Outrossim, o entrevistado 05 explicitou que a Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI) promove encontros periódicos entre mulheres, no contexto do protagonismo da mulher indígena, incluindo informações sobre políticas públicas gerais e em saúde voltadas para essa população, além dos direitos e deveres da comunidade indígena no Brasil.

4.2 Ações de saúde específicas para a prevenção do câncer de colo de útero nas mulheres indígenas

Em um panorama de prevenção, quatro dentre os cinco entrevistados destacaram a vacinação contra o HPV e a realização do exame citopatológico como as principais ações promovidas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEIs. No entanto, o índice do rastreamento do câncer de colo de útero varia de acordo com os territórios indígenas. Nesse contexto, o entrevistado 02 evidenciou um declínio na porcentagem de 2019, a qual atingiu 40% de cobertura, enquanto no ano de 2023 alcançou apenas 26% de mulheres indígenas, com a idade entre 25-64 anos, rastreadas. Por conta da redução do indicador de rastreamento do câncer de colo de útero, os profissionais de saúde do DSEI do Rio Grande do Sul implementaram o conceito de “rastreamento oportunístico”, cujo procedimento é realizado em mulheres com idade menor que 25 anos, tendo em vista que fazem parte do grupo de mulheres as quais mais procuram os serviços de saúde por queixas ginecológicas, sendo garantido, portanto, o rastreio dessa população.

O entrevistado 04 relatou a implementação do teste molecular para o HPV no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, é possível coletar uma parte do colo do útero para identificar a presença da infecção pelo vírus e, caso detectada, se contempla os tipos oncogênicos do HPV, sendo direcionado, de forma precisa, para as mulheres de maior risco.

Ainda no contexto do exame citopatológico, o entrevistado 01 descreve ações dentro das aldeias, onde são realizadas rodas de conversa e/ou palestras abordando a epidemia do câncer de colo de útero e explicando, na prática e visualmente, como é o procedimento da coleta do preventivo. Além disso, como forma de incentivo às mulheres, são confeccionados e doados kits de lembrança para uma maior adesão e melhor associação com o exame.

Em uma perspectiva nacional, são difundidos movimentos de conscientização acerca da prevenção do câncer cervical, como o Março Lilás - mês da conscientização contra o câncer de colo de útero - e o Outubro Rosa que, apesar de não ser específico para esta neoplasia, auxilia na disseminação de informações sobre o assunto, de acordo com os entrevistados 01 e 05.

Em relação à imunização contra o HPV, o entrevistado 02 revela que os DSEIs do Rio Grande do Sul atingiram cerca de 83% de mulheres vacinadas no último ano, obtendo uma boa adesão pela comunidade indígena. Além disso, o entrevistado 01 também relata bons números de cobertura vacinal, atingindo 90% na DSEI em que trabalha no Mato Grosso.

4.3 Serviços de saúde disponíveis para o tratamento do câncer de colo de útero para mulheres indígenas e as dificuldades de acesso enfrentadas

Os serviços de saúde formam uma conexão em rede, baseada em uma linha de cuidado, de acordo com os municípios em que as mulheres indígenas residem. O papanicolau pode ser realizado dentro da aldeia - em pequenos consultórios temporários estruturados -, em unidades básicas de saúde ou em casas cedidas pela liderança da comunidade, por equipes de saúde indígena do DSEI. Segundo os

entrevistados 02, 03 e 05, após a coleta do preventivo, as amostras são enviadas aos laboratórios, os quais analisam as amostras e divulgam o resultado com, no mínimo, 60 dias.

Em caso de alteração do exame citopatológico, com a identificação de uma lesão ginecológica, a paciente é encaminhada ao município de referência, para consulta com um especialista ginecologista ou um médico disponível, o qual deverá solicitar a realização de colposcopia com coleta de biópsia para confirmação diagnóstica.

Na conjuntura do tratamento do câncer de colo de útero, as mulheres indígenas serão conduzidas para o Hospital do Câncer ou para os hospitais de referência da região, onde serão acompanhadas e tratadas de acordo com a terapia específica. Nesse período, a paciente poderá ser acolhida pelas Casas de Apoio à Saúde Indígena - CASAs, as quais possuem acesso a enfermeiros e ambulâncias à disposição da comunidade.

Entretanto, como uma das dificuldades enfrentadas, em alguns territórios indígenas, como o DSEI Xavante, o entrevistado 05 revela que os exames citopatológicos não estão incluídos na rotina das equipes de saúde, sendo realizados, majoritariamente, em períodos específicos, como em outubro, devido à campanha do Outubro Rosa, em que a saúde da mulher encontra-se em foco, suscitando uma falha de cobertura.

Outrossim, os entrevistados 01, 02 e 05 informam que a logística dos serviços de saúde não comportam a demanda de pacientes, levando a uma ruptura na linha de cuidado, haja vista o período de espera, tanto para receber o resultado do exame citopatológico quanto para o encaminhamento ao especialista, ser de, no mínimo, 60 dias, ou seja, o paciente só conseguirá iniciar o tratamento meses após a primeira consulta, elevando a incidência de evasão. Além disso, de acordo com o entrevistado 05, outra dificuldade para o acesso das mulheres indígenas aos serviços especializados é a quantidade de vagas que, atualmente, é insuficiente para abranger todas as mulheres as quais necessitam de encaminhamento, principalmente porque a maior parte dos municípios presentes nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas são de

pequeno porte. Por exemplo, o DSEI Xavante, localizado no Mato Grosso, o qual contempla 14 municípios de pequeno porte.

Ademais, o entrevistado 01 expressa a necessidade de criação de novas Casas de Apoio à Saúde Indígena próximas aos territórios onde residem a população indígena, pois, assim, os casos de abandono e evasão do tratamento poderiam ser reduzidos, tendo em vista que as pacientes poderiam estar em proximidade com as suas famílias, fortalecendo o vínculo entre as mulheres indígenas e as equipes de saúde.

4.4 Medidas necessárias para melhorar a qualidade das ações de rastreamento, prevenção e tratamento do câncer de colo de útero

Em relação às medidas de aprimoramento das ações de prevenção e tratamento, todos os entrevistados destacaram a necessidade do comprometimento das equipes de saúde que atuam no local, com a adoção de estratégias de prevenção baseadas no matriciamento das famílias; o planejamento de ações específicas adaptadas às particularidades culturais e sociais dos povos indígenas; ações de educação em saúde e a implementação de diagnósticos situacionais e com um bom tempo para o retorno dos resultados dos exames.

O entrevistado 05 realça a falta de acesso aos resultados dos exames de preventivo e citopatológicos em tempo oportuno, o que dificulta o seguimento diagnóstico das pacientes e, o mais importante, o início do tratamento, para que seja feita uma intervenção terapêutica efetiva. Ademais, sugere que incluir a coleta de preventivo deve ser um procedimento que faz parte da rotina das equipes de saúde, a fim de aprimorar o rastreamento do CCU, uma vez que as coletas são majoritariamente realizadas em períodos específicos.

O entrevistado 02 realçou a importância da implementação de orientação, educação e qualificação permanente dos profissionais de nível superior aos agentes de saúde. Destaca que compreender a história e o contexto cultural das diferentes comunidades indígenas é crucial. Além disso, relata que durante a consulta é

importante adaptar a comunicação e as práticas de atendimento, com um modelo de cuidado integrado e, para isso, a capacitação dos profissionais de saúde, com foco na explicação apropriada da doença e suas repercussões clínicas. Acerca dos enfermeiros da região que realizam a coleta do preventivo, é extremamente necessário enfatizar o aprimoramento da execução da coleta, uma vez que relata a alta incidência de amostras insatisfatórias para análise de detecção de lesões precursoras do CCU. Destaca também que há necessidade de melhorias no planejamento para a realização de rastreamento, tanto organizado quanto oportunístico, visando também uma busca ativa das mulheres indígenas que nunca realizaram o exame preventivo ou que realizaram e não procuraram os serviços de saúde após a identificação de lesões precursoras. Sobre o SIASI, o entrevistado afirma que a comunicação desse sistema com os demais sistemas de informação em saúde do país facilitaria a criação de ações de saúde efetivas, uma vez que permitiria um panorama amplo no que tange a atenção à saúde dos povos indígenas, especialmente em relação à saúde das mulheres.

Além disso, os entrevistados 02, 03 e 04 salientam a dificuldade na implementação de espaços físicos adequados e de materiais para a realização de exames de pré-natal e para a coleta do exame preventivo, impossibilitando a execução de diversas coletas, o que reflete diretamente na cobertura e na qualidade do rastreamento. Assim, destacam a importância da estruturação organizacional para que o procedimento seja feito adequadamente.

4.5 Medidas necessárias para o aprimoramento dos serviços de saúde voltados para as mulheres indígenas

Em relação aos serviços de saúde em um geral para a população feminina indígena, todos os cinco entrevistados relataram seis tópicos fundamentais que necessitam de aprimoramento: a expansão e melhoria da infraestrutura de saúde; a capacitação e formação de profissionais de saúde com treinamento em competência cultural e comunicação eficaz; o desenvolvimento de políticas públicas inclusivas, baseadas nos dados e evidências coletadas diretamente das comunidades indígenas; acesso a recursos e financiamento adequados, a fim de alocar verbas suficientes para a

construção de infraestrutura, compra de materiais e suporte a programas de saúde; a promoção da educação e conscientização em saúde e, por fim, o fortalecimento de pesquisa e coleta de dados, incluindo melhorias no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

4.6 Dificuldade de acesso à informações sobre a incidência de câncer de colo de útero e sobre a vacinação de HPV em mulheres indígenas

Os cinco entrevistados referem que a principal fonte utilizada para registro de dados e informações dos povos indígenas é o SIASI, pertencente à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). A equipe de saúde e administração atuante nos territórios realizam a coleta de dados, registrando-os manualmente e, posteriormente, esses dados são encaminhados à SESAI e arquivados no SIASI. É um sistema próprio que não se comunica com os demais sistemas do ministério, ou seja, os dados coletados e analisados não são disponibilizados ao público. Nele, são registrados dados sobre morbidade, com os respectivos CID's, além de dados como a cobertura vacinal do HPV, a quantidade de mulheres que realizou o exame preventivo em cada distrito e a quantidade de mulheres que nunca realizou tal procedimento. Esse monitoramento de dados relacionado ao CCU é, idealmente, feito de forma trimestral e os dados são registrados por meio de devolutivas contendo informações sobre o nome, a idade e a execução, ou não, exame citopatológico.

O entrevistado 01 relata que o SIASI apresenta fragilidades e não possui dados atualizados em todas as DSEIs, especialmente sobre a vacinação do HPV, além de apresentar uma extrema dificuldade da inserção dos dados de saúde indígena no sistema. Na DSEI em que trabalha, em Xavante, no Mato Grosso, declara que os técnicos responsáveis pela coleta de dados realizam um matriciamento a cada 90 dias, para manter as informações atualizadas. Relata ainda que a comunicação com a SESAI, em Brasília, é extremamente difícil, especialmente para conseguir informações sobre a mortalidade da área.

O entrevistado 05 também menciona uma certa fragilidade no sistema, em relação ao registro e ao fornecimento posterior dessas informações, gerando uma

dificuldade nas equipes em lançar os dados sobre morbidade e mortalidade. Por esse motivo, há diversos casos de registros não feitos e, conseqüentemente, um sério problema de subnotificação em algumas DSEI's. Relata ainda que, em relação à vacinação do HPV, as equipes atuantes em seu território, em Xavante no Mato Grosso, realizam ações de cobertura vacinal a cada três meses e que o SIASI possui tais dados e permite o acesso a essas informações, mas que não são fidedignas. Por isso, as equipes realizam planilhas paralelas, as quais são encaminhadas para a DSEI da área, para que ocorra o devido registro e análise situacional.

Além disso, os entrevistados 03 e 05 apontam que o SIASI não detém informações sobre o resultado do exame preventivo, ou seja, não registra os tipos de lesões identificadas, se restringindo a dados apenas sobre a cobertura de tal exame. O sistema também não registra os motivos de encaminhamento das mulheres para as redes de referência, os resultados das colposcopias feitas e os tratamentos designados para cada mulher, dificultando o planejamento de ações de saúde específicas pelas equipes.

4.7 Discussão

O câncer de colo de útero é uma das neoplasias mais incidentes em mulheres, principalmente indígenas, as quais estão submetidas a um contexto de maior vulnerabilidade, em decorrência de alguns fatores principais, como padrões comportamentais sexuais (sexarca precoce, multiparidade), detecção elevada de lesões precursoras nessa população, acesso dificultado a métodos preventivos e ao diagnóstico para um tratamento efetivo, entre outros. Segundo os dados fornecidos pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA, em 2023, no triênio de 2023 a 2025 estão previstos 17.010 novos casos a cada ano, equivalente a um percentual de incidência de 15,38 por 100 mil mulheres.

Em 2014, o Ministério da Saúde, mediante o Programa Nacional de Imunizações (PNI), preconizou estratégias para a prevenção do câncer cervical, dividida em primária e secundária. A prevenção primária corresponde a vacinação contra o HPV, - vacina quadrivalente -, a qual promove proteção contra os subtipos 6 e 11, relacionados ao

surgimento as verrugas genitais, e os subtipos 16 e 18 do HPV, para proteção de cânceres para além do colo do útero, como vulva, vagina e ânus. Já a prevenção secundária está associada ao exame citopatológico - popularmente conhecido como papanicolau -, o qual corresponde à detecção das lesões precursoras no colo do útero. (COHEN et al., 2019).

Sobre o impacto do câncer de colo de útero e do HPV na saúde das mulheres indígenas, observa-se que, a população feminina indígena possui uma maior mortalidade por CCU. De acordo com dados da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Bahia de 2023 em um estudo que analisou a mortalidade por câncer de colo de útero em mais de 20 milhões de mulheres adultas no Brasil, avaliou-se que, em comparação com mulheres brancas, a mortalidade por câncer de colo de útero foi 80% maior entre indígenas. Um dos fatores de risco que explicam as altas taxas de mortalidade por CCU em mulheres indígenas são a falta de acesso à educação e as desvantagens estruturais, como o isolamento geográfico. Mulheres com baixos níveis de escolaridade possuem 2,6 vezes mais chances de mortalidade pelo CCU em relação àquelas com maiores níveis de escolaridade. Nesse sentido, as populações indígenas se encontram, majoritariamente no norte e nordeste, concentrando cerca de 75,71% dos indígenas do país, de acordo com o Censo de 2022 do IBGE. Tais regiões são caracterizadas por menores índices socioeconômicos, contribuindo para o menor rastreamento e tratamento de lesões pré-malignas e malignas, também sofrendo influência das barreiras geográficas aos cuidados de saúde (CIDACS, 2023).

Dessa forma, observa-se que a alta mortalidade pelo CCU está intimamente ligada com as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde em realizar um rastreamento efetivo, por meio da coleta e análise do exame preventivo. Conforme as Diretrizes de Rastreamento, o exame preventivo deve ser oferecido a todas as mulheres e pessoas com colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos que já tenham iniciado a vida sexual. O exame deve ser realizado anualmente no início e, após dois resultados normais consecutivos, pode ser feito a cada três anos. Nesse sentido, ressalta-se a importância da implementação desse exame que, conforme A Organização Mundial da Saúde (OMS) é considerado como um procedimento barato e prático que, quando realizado de maneira adequada, com no mínimo 80% de cobertura

e dentro dos padrões qualitativos, é possível diminuir em até 90% dos casos de câncer de colo de útero invasivos (MIRANDA et al., 2024).

Apesar disso, os profissionais entrevistados enfatizaram um cenário de insuficiência quanto à cobertura do rastreamento dentro da população feminina indígena do País. O entrevistado 02, ressalta que, no ano de 2023, a porcentagem do índice de rastreamento na DSEI em que atua, no Rio Grande do Sul, foi de 26%, enquanto que, no ano de 2019, atingiu 40% de cobertura, evidenciando uma queda significativa de 14%.

Em consonância, todos os entrevistados ressaltaram os principais fatores contribuintes para esse panorama. Dentre os fatores discutidos, o entrevistado 02 destacou a falta de orientação e educação de alguns agentes de saúde atuantes nos distritos, em relação às particularidades culturais dos povos tratados. Além disso, relata que reconhecer essa diversidade, bem como considerar seus sistemas tradicionais de saúde, é essencial para implementar ações e projetos de saúde efetivos e com adesão desses povos. Nesse sentido, é fundamental que a equipe de saúde se insira na comunidade e conheça as mulheres, seus perfis e sua cultura, realizando uma consulta individualizada e adaptada a elas.

Em convergência, dentre as adversidades encontradas pela equipe de enfermagem, a relação prejudicada do profissional com o paciente se apresenta como uma delas, uma vez que a grande maioria das consultas não são individuais, e sim em grupo. A precariedade nas condições de trabalho, como barreiras linguísticas e a falta de material disponível e de infraestrutura adequada, também são empecilhos presentes. Diante disso, a realidade do atendimento à saúde com as mulheres indígenas se torna ainda mais complexo (MARQUES, A. S.; MEIRA, G., 2022).

Ademais, um dos pontos levantados pelos entrevistados 01, 02 e 05 foi a dificuldade da logística dos serviços de saúde responsáveis pelo encaminhamento a serviços de saúde especializados, localizados nos municípios de referência, quando detectadas alterações no exame citopatológico. Segundo os profissionais, a demanda de pacientes é extremamente elevada para o número de vagas limitadas destinadas às mulheres indígenas nesses serviços, as quais são encaminhadas aos municípios de suas

respectivas áreas, para consulta com especialista ginecologista ou com o médico disponível.

Dessa forma, o seguimento diagnóstico é, muitas vezes, prejudicado pela dificuldade de agendamento de colposcopias. O período de espera de recebimento dos resultados diagnósticos desse exame também se apresenta como uma barreira enfrentada pelas mulheres indígenas, uma vez que, na maioria das vezes, o intervalo entre a realização do exame e a entrega do diagnóstico é de, no mínimo, 60 dias, prejudicando não só a detecção precoce e o tratamento efetivo das lesões identificadas, mas também o entendimento dessas mulheres acerca do seu quadro de saúde. A detecção tardia é sucedida de diagnóstico e tratamento tardios, o que contribui imensamente para o aumento do número de casos de morte por esse tipo de câncer (Brasil, 2019).

Outros empecilhos relatados pelos profissionais entrevistados, como a falta de uma infraestrutura adequada para a realização do exame citopatológico nas aldeias; as dificuldades de deslocamento para os municípios de referência, além das poucas unidades de CASAs existentes e a dificuldade de adoção de um planejamento efetivo pela equipe de saúde, realizado por matriciamento, também impactam significativamente na incidência do rastreamento do CCU.

O planejamento organizado de rastreamento da neoplasia cervical, realizado pela equipe de saúde, desempenha um papel crucial na redução da incidência da doença, uma vez que permite o conhecimento acerca do perfil epidemiológico da região, suas demandas de saúde e, conseqüentemente, a possibilidade maior de detecção precoce de lesões precursoras. Atualmente, o sistema de registro de dados para monitoramento do perfil epidemiológico indígena é o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), criado no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em 1999, com o objetivo de melhorar a disponibilidade e o acesso às informações sobre saúde, fundamentais para o planejamento, operação e avaliação das ações de saúde. Entretanto, apesar das finalidades propostas, o sistema se apresenta com diversas falhas, segundo os profissionais entrevistados.

Primeiramente, segundo os entrevistados, para que as informações epidemiológicas possam ser registradas no sistema, ocorre inicialmente uma coleta de dados realizada pelas próprias equipes de saúde atuantes nos distritos, realizada manualmente por meio de planilhas organizadas e preenchidas por eles. Após isso, as informações sobre quantas e quais mulheres realizaram o exame citopatológico é encaminhada para o SESAI que, posteriormente, arquiva todos os dados no SIASI. Durante esse processo, as chances de perda de documento e de subnotificação de doenças é alta, uma vez que depende do registro manual, muitas vezes feito em cadernos e livros das próprias equipes, os quais podem se danificar facilmente.

Ademais, um problema destacado pelos entrevistados 01, 03 e 05 é a não especificidade dos dados disponíveis no SIASI que, além de não possuir dados atualizados sobre todas as 34 DSEIs, registram apenas informações acerca da cobertura do rastreamento, por meio da realização do exame preventivo. Ou seja, não são incluídos dados dos resultados dos exames, os motivos para encaminhamento ao atendimento secundário e/ou terciário e o seguimento de tratamento escolhido. Tal fato gera inconsistências quanto ao mapa citológico das regiões, dificultando a vigilância em saúde quanto ao CCU, uma vez que se torna complexo o planejamento de ações de saúde nos territórios quando a demanda do perfil populacional é incongruente e desconhecido.

Um estudo feito por REIS, A. et al., por meio da entrevista de profissionais que trabalham ou já trabalharam com o SIASI, apontou que os mesmos profissionais de saúde entrevistados que relatam a praticidade e agilidade do sistema, também apresentaram queixas sobre a falta de retorno de informações consolidadas para subsidiar o processo de trabalho. Uma outra fragilidade apontada na pesquisa, foi a falta de confiabilidade e inconsistência dos dados, levando os profissionais a adotarem o uso de planilhas elaboradas pelos próprios profissionais, para que possam realizar o acompanhamento do perfil epidemiológico com informações fidedignas em relação aos seus distritos. Também foram destacadas outras dificuldades interligadas à análise das informações, como a alta rotatividade de profissionais, a falta de capacitação, a falta de atualização do sistema, com a última versão lançada no ano de 2013, a

existência de apenas um computador para realizar os registros em alguns DSEI e a falta ou dificuldade de acesso à internet.

Ademais, todos os entrevistados no presente estudo mencionaram a ausência da comunicação do SIASI com os demais sistemas do ministério, além das restrições no acesso público ao sistema, por parte da SESAI, impossibilitando que os dados sejam analisados e criticados com vistas à melhoria do sistema. É importante destacar que o SIASI é a principal fonte de informação para construção de indicadores de saúde indígena e uma importante ferramenta de monitoramento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas nos DSEI, ou seja, a falta de transparência dos dados inviabiliza o conhecimento mais aprofundado da situação de saúde indígena e prejudica o planejamento das equipes.

Em relação à vacinação, a implantação da vacina HPV no Brasil foi feita de forma gradativa e oferecida na rotina de vacinação das unidades básicas de saúde do SUS e em escolas. No ano de 2014, as meninas indígenas de 9 a 13 anos de idade foram incluídas na rotina de vacinação, por apresentarem maior vulnerabilidade. O esquema vacinal do HPV se constitui em duas doses, com o intervalo de 6 meses entre a primeira e a segunda, também incluindo a população do sexo masculino de 11 a 14 anos, a fim de contribuir com a redução da transmissão do vírus para as mulheres. As orientações do esquema vacinal, implementado pelo Ministério da Saúde, também se aplicam à população indígena.

O entrevistado 02 revela que os DSEIs do Rio Grande do Sul atingiram cerca de 83% de cobertura vacinal de mulheres vacinadas no ano de 2023, não apresentando grandes problemas na adesão da vacina pela população indígena. Já o entrevistado 01, revela que a DSEI em que atua no Mato Grosso está, atualmente, com 90% de cobertura da vacinação do HPV. Além disso, o entrevistado 04 relata o início da implementação do teste molecular para o HPV no contexto do SUS, facilitando a identificação de infecção pelo vírus. Apesar desses relatos, é imprescindível destacar que ainda não há dados específicos e públicos sobre a cobertura de vacinação para os povos indígenas.

Nesse sentido, as barreiras relacionadas ao HPV apontadas pelos profissionais entrevistados abordam mais a questão do registro de informações no SIASI, que se apresenta como um sistema com diversas fragilidades e, dentre elas, encontra-se a dificuldade de retorno às equipes de dados atualizados sobre a vacinação. Assim, o planejamento organizado de ações de vacinação, baseada no conhecimento do perfil epidemiológico dos territórios, é significativamente prejudicada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados do presente estudo e das políticas públicas brasileiras existentes, direcionadas para as populações indígenas, urge a necessidade de implementar ações efetivas para o controle da incidência do câncer de colo de útero, considerando a estruturação das comunidades indígenas e os fatores culturais envolvidos, para além do processo saúde-doença, com o objetivo de aumentar o vínculo dos povos indígenas com as equipes de saúde.

Outrossim, foi possível identificar uma extrema fragilidade na infraestrutura das aldeias, em relação aos consultórios de realização do exame citopatológico e para o acolhimento das mulheres indígenas, tendo em vista que, devido a ausência de estrutura local, os consultórios são montados em períodos específicos, de forma temporária, na própria aldeia ou em casas cedidas para os serviços de saúde, dificultando a adesão das mulheres indígenas, tendo em vista que sentem-se constrangidas no momento do procedimento com a ausência de privacidade.

Além disso, os sistemas utilizados para o registro de informações sobre a saúde indígena estão congestionados, assim, as equipes de saúde relatam dificuldade em inserir novos dados e em referenciar os pacientes - quando há necessidade de serviços especializados ou tratamento -, engendrando uma ruptura da conexão em rede.

Um ponto favorável para a saúde sexual e reprodutiva feminina é a cobertura vacinal contra o Papiloma Vírus Humano (HPV), a qual é eficaz para a prevenção de lesões precursoras do câncer de colo de útero, reduzindo a incidência dessa neoplasia no Brasil e, principalmente, em mulheres indígenas, as quais fazem parte de um grupo de maior vulnerabilidade.

Em síntese, destaca-se, como principal entrave da pesquisa, a inconsistência e a precariedade dos dados fornecidos pelas instituições responsáveis pela saúde indígena e, especificamente, sobre a saúde da mulher indígena, tendo em vista que os dados que existem, muitas vezes, não são divulgados para a população geral, e os profissionais de saúde não estão autorizados a divulgá-los, de forma a prejudicar os estudos de perfil epidemiológico dessa comunidade.

REFERÊNCIAS

ANDREZA SOUSA MARQUES; MEIRA, G. Atuação da enfermagem na educação em saúde de mulheres indígenas sobre a prevenção do câncer do colo de útero. *Revista Liberum Accessum*, v. 14, n. 4, p. 30–41, 2022.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 83 p. : il.

BORGES, M. F. S. O. et al. Cancer incidence in indigenous populations of Western Amazon, Brazil. *Ethnicity & Health*, v. 27, n. 6, p. 1465-1481, ago. 2022.

CAROLINA, A. Avaliação das ações de rastreamento do câncer de colo uterino no Parque Indígena do Xingu. Disponível em: https://btd.ibict.br/vufind/Record/UFSP_7584be130387e9b1abc6e7f382ca55e8/Details. Acesso em: 14 ago. 2024.

CIDACS. Pesquisa: indígenas morrem 80% mais de câncer de colo de útero e mulheres pretas morrem 10% mais de câncer de mama. Disponível em: <https://cidacs.bahia.fiocruz.br/2023/09/21/pesquisa-indigenas-morrem-80-mais-de-cancer-de-colo-de-uterio-e-mulheres-pretas-morrem-10-mais-de-cancer-de-mama/#:~:text=A%20mortalidade%20de%20c%C3%A2ncer%20de>. Acesso em: 14 ago. 2024.

COHEN, P. A.; JHINGRAN, A.; OAKNIN, A.; DENNY, L. Cervical cancer. *The Lancet*, v. 393, n. 10167, p. 169-182, 12 jan. 2019. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32470-X. PMID: 30638582.

CRISTINA, R. IBGE - Educa | Crianças. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/criancas/brasil/nosso-povo/22324-os-indigenas-no-censo-2022.html#:~:text=No%20Brasil%20todo%2C%20h%C3%A1%20mais>. Acesso em: 14 ago. 2024.

DADOS E NÚMEROS SOBRE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: Relatório Anual 2022. [S.l: s.n.]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dados_e_numeros_colo_22marco2023.pdf. Acesso em: 14 ago. 2024.

FILHO, A. E. DE A. R. et al. A dificuldade do rastreamento do câncer de colo de útero na população indígena no Brasil – uma revisão de literatura: The difficulty of screening for cervical cancer in the indigenous population in Brazil – a literature review. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 5, n. 5, p. 20509–20518, 11 out. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Dados e números sobre câncer do colo do útero: relatório anual 2022. [S.l.: s.n.], mar. 2023. Disponível em:
https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dados_e_numeros_colo_22marco2023.pdf.

JÚLIO CÉSAR POSSATI-RESENDE; THAIS ZILLES FRITSCH; CRISTINA, K. Risk profile of high-grade cervical lesions and cervical cancer considering the combination of cytology, HPV genotype, and age among women undergoing colposcopy. *RBGO - Gynecology & Obstetrics*, v. 45, n. 11, p. e689–e698, 1 nov. 2023.

JOHNSON, C. A.; JAMES, D.; MARZAN, A.; ARMAOS, M. Cervical cancer: An overview of pathophysiology and management. *Seminars in Oncology Nursing*, v. 35, n. 2, p. 166-174, abr. 2019. doi: 10.1016/j.soncn.2019.02.003. Epub 14 mar. 2019. PMID: 30878194.

LOVATTI, T. M. C. et al. Prevalência de alterações citológicas cervicais em indígenas do município de Aracruz/ES: um estudo preliminar. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, v. 23, n. supl_1, p. 6–12, 2021.

LUIZA RESENDE ABRITTA, M.; RIBEIRO TORRES, S.; ANTUNES FREITAS, D. Saúde das mulheres indígenas na América Latina: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, v. 9, n. 2, p. 164–177, 10 ago. 2021.

MACHADO, L. G.; SANTOS, A. V.; SANTOS, G. T.; BICA, C. G. Rastreamento do câncer do colo uterino em mulheres indígenas Mbyá-Guarani. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, v. 19, n. 2, 2021. DOI: 10.36925/sanare.v19i2.1471.

MIRANDA, L. de J. et al. Câncer do Colo do Útero: a importância da detecção precoce na saúde da mulher. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, São Paulo, v. 7, n. 14, p. e141018, 2024.

OLUSOLA, P.; BANERJEE, H. N.; PHILLEY, J. V.; DASGUPTA, S. Human papilloma virus-associated cervical cancer and health disparities. *Cells*, v. 8, n. 6, p. 622, 21 jun. 2019. doi: 10.3390/cells8060622. PMID: 31234354; PMCID: PMC6628030.

REIS, A. et al. Estudo de avaliabilidade do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena: potencialidades e desafios para apoiar a gestão em saúde no nível local. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, v. 38, n. 5, 1 jan. 2022.

SCOPIN, A. C. C. Avaliação das ações de rastreamento do câncer de colo uterino no Parque Indígena do Xingu. 2019. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação do Departamento de Ginecologia) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019.

SETHI, S. et al. Working towards a comprehensive understanding of HPV and cervical cancer among Indigenous women: a qualitative systematic review. *BMJ Open*, v. 11, n. 6, jun. 2021.

WANG, R. et al. Human papillomavirus vaccine against cervical cancer: opportunity and challenge. *Cancer Letters*, v. 471, p. 88-102, 28 fev. 2020. doi: 10.1016/j.canlet.2019.11.039. Epub 5 dez. 2019. PMID: 31812696.

ROSALEN, J. et al. Rastreamento de câncer do colo do útero em uma população indígena na Amazônia brasileira: o caso do DSEI Amapá e Norte do Pará e da Terra Indígena Wajãpi. *O Mundo da Saúde*, v

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

“SAÚDE DA MULHER INDÍGENA BRASILEIRA: PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO”

Instituição dos pesquisadores: UniCEUB

Pesquisadora responsável: Luciana Benevides Ferreira

Pesquisadores assistentes: Isabela de Carvalho Soares e Leila Ismail Hamed Karaja

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **“SAÚDE DA MULHER INDÍGENA BRASILEIRA: PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO”**. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo. O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia dele. Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo deste estudo é analisar o impacto do câncer de colo de útero e das doenças sexualmente transmissíveis na saúde da população indígena e os serviços destinados aos povos indígenas para a prevenção e controle dessas doenças.
- Você está sendo convidado a participar porque trabalha ou trabalhou junto aos povos indígenas.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em responder às perguntas da entrevista.
- A entrevista será gravada (gravação de voz) para auxiliar no preenchimento das respostas.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- A pesquisa será realizada em um local de acesso público escolhido por você.

Riscos e benefícios

- Este estudo possui riscos mínimos aos participantes, por se limitar a responder às perguntas do pesquisador sobre o seu trabalho. Os riscos relacionados à quebra de sigilo foram considerados pelos pesquisadores e, para garantir o

anonimato, os nomes dos participantes serão substituídos por códigos numéricos.

- Caso alguma pergunta lhe cause constrangimento, você não precisa respondê-la. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar e poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Não haverá benefício direto para o participante. Com sua participação nesta pesquisa você auxiliará na compreensão sobre o tema e contribuirá para a melhoria do processo de acolhimento de pacientes nos serviços de saúde.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- Os dados e instrumentos utilizados (entrevistas e gravações) ficarão guardados sob a responsabilidade de Luciana Benevides Ferreira com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Este projeto foi aprovado pelo **Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UnICEUB** (telefone 3966.1511, e-mail: cep.uniceub@uniceub.br), número do parecer 6.501.312. A função dos Comitês de Ética é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas entrando em contato com os comitês de ética indicados.

Após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa, caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o senhor(a).

Eu, _____ RG _____, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Participante

Luciana Benevides Ferreira

Telefone celular (61) 99970-0308 / telefone institucional (61) 3966-1496

E-mail: luciana.benevides@ceub.edu.br

Leila, telefone celular: (61) 99813-7912

E-mail: [Leila Ismail Hamed Karaja](mailto:Leila.Ismail.Hamed.Karaja)

Isabela, telefone celular: (61) 99991-9529

E-mail: [Isabela de Carvalho Soares](mailto:Isabela.de.Carvalho.Soares)

Endereço do responsável pela pesquisa:

Luciana Benevides Ferreira

Instituição: CEUB

Endereço: 707/907 - Campus Universitário - Asa Norte, Brasília - DF, 70790-075

Telefones p/contato: (61) 99970-0308 / (61) 3966-1496

APÊNDICE B - Instrumento de pesquisa: Roteiro da Entrevista**"SAÚDE DA MULHER INDÍGENA BRASILEIRA: PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO"**

Data:

Entrevistado (código com número da entrevista):

1. Período em que trabalha ou trabalhou com populações indígenas:
2. Função que desempenhou:
3. Onde podemos conseguir as informações sobre a incidência de câncer de colo do útero e vacinação de HPV para mulheres indígenas?
4. Existem ações de saúde voltadas especificamente para a saúde da mulher indígena? Quais?
5. Quais as ações específicas para a prevenção de câncer de colo do útero em mulheres indígenas?
6. Quando há necessidade de tratamento, quais os serviços de saúde estão disponíveis para o tratamento de mulheres indígenas com câncer de colo do útero?
7. Quais as dificuldades para o acesso das mulheres indígenas aos serviços de saúde dentro das terras indígenas?
8. Quais as dificuldades para o acesso das mulheres indígenas aos serviços especializados localizados na rede de referência?
9. Que medidas você identifica como necessárias para o aprimoramento dos serviços de saúde voltados para as mulheres indígenas?
10. Que medidas você identifica como necessárias para o melhorar a prevenção e o tratamento do câncer de colo do útero em mulheres indígenas?