

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CRISTIANE MÉLO POLETTO

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES INDÍGENAS DA
COMUNIDADE PITAGUARY SOBRE O RASTREAMENTO DO CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO**

**REDENÇÃO-CE
2026**

CRISTIANE MÉLO POLETTO

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES INDÍGENAS DA
COMUNIDADE PITAGUARY SOBRE O RASTREAMENTO DO CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Unilab, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Chaves da Costa

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Educação na Saúde e Promoção da Saúde

Eixo da Saúde Coletiva: Epidemiologia

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira Sistema de
Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Poletto, Cristiane Mélo. P773c

Conhecimento, atitude e prática de mulheres indígenas da comunidade Pitaguary sobre o rastreamento do câncer do colo do útero / Cristiane Melo Poletto. - Redenção, 2026.

81f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Profissional Em Saúde Da Família, Programa De Pós-graduação Em Saúde Da Família, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira, Redenção, 2026.

Orientador: Profa. Dra. Camila Chaves da Costa.

1. População indígena. 2. Exame papanicolau. 3. Câncer do colo do útero. I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 305.898

CRISTIANE MÉLO POLETTO

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES INDÍGENAS DA
COMUNIDADE PITAGUARY SOBRE O RASTREAMENTO DO CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Unilab, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em 05 de fevereiro de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra Camila Chaves da Costa

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) –
Orientador

Prof. Dra Leilane Barbosa de Sousa

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) –
Membro 2

Profa. Dra Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos

Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Membro 2

Suplentes:

Prof. Dr Gilvan Ferreira Felipe

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) –
Membro 2

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por ter me sustentado até aqui, me dando força e discernimento nessa caminhada.

À UNILAB e ao Programa de Pós-Graduação da RENASF pela excelente oportunidade de formação acadêmica e pelo suporte institucional ao longo do curso de mestrado.

À minha orientadora, expresso minha profunda gratidão pela condução ética, crítica e sensível deste trabalho, bem como pela disponibilidade e pelas contribuições intelectuais.

À banca examinadora, agradeço pelas valiosas contribuições, pela leitura cuidadosa e pelas sugestões que enriqueceram significativamente esta dissertação.

Às mulheres indígenas que participaram deste estudo, minha sincera gratidão pela confiança, pelo acolhimento e pela partilha de saberes e experiências. Este trabalho só foi possível graças à escuta atenta de suas vozes, que reforçam a importância de práticas de cuidado culturalmente sensíveis e socialmente comprometidas.

Às lideranças comunitárias do território indígena, agradeço o apoio durante a coleta de dados e todo o processo.

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) pela colaboração fundamental para a realização da pesquisa.

Aos meus filhos, que são alimento diário de fortaleza e fé.

Ao meu esposo, meu amigo, parceiro, maior incentivador nessa jornada, que foi minha calma em meio à tempestade, sempre me acolheu e segurou minha mão quando pensava em desistir, sempre acreditou mais em mim do que eu mesma.

À minha família, pelo amor, apoio incondicional e compreensão nos momentos de ausência e dedicação intensa aos estudos. A vocês, minha eterna gratidão.

Aos colegas de turma, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas.

Às amigas sinceras, risos leves e momentos de descontração que levo para a vida.

E por fim, agradeço a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho e para o meu crescimento pessoal e profissional ao longo desta trajetória.

“A invisibilidade social é um dos mais poderosos determinantes da iniquidade em saúde.”

(Fernando Braga da Costa, 2008)

RESUMO

Objetivou-se avaliar o conhecimento, a atitude e a prática (CAP) de mulheres indígenas da comunidade Pitaguary sobre o rastreamento do câncer do colo do útero e identificar fatores associados à inadequação desses domínios. Trata-se de inquérito CAP, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 129 mulheres com vida sexual ativa, residentes nas aldeias e acompanhadas na Unidade Básica de Saúde. A maioria das participantes possuía companheiro (79,1%), ensino médio completo (42,6%), renda familiar ≤ 1 salário-mínimo (87,6%) e recebia auxílio governamental (65,9%). Predominou residência em zona rural (98,4%) e ausência de saneamento básico (99,2%). Observou-se elevada participação em atividades educativas (92,2%) e alta realização prévia do exame citopatológico (98,4%), sendo 76,7% dentro do intervalo recomendado. A ESF foi o principal local de realização do exame (93,0%), com baixa proporção de dificuldades relatadas (1,6%). Na classificação final, identificou-se conhecimento adequado em 93,8%, atitude adequada em 74,4% e prática adequada em 71,3%, evidenciando redução progressiva ao longo do continuum CAP. Na análise dos cruzamentos, o conhecimento inadequado associou-se à presença de saneamento básico (RP=0,11; IC95%:0,02–0,52; p=0,005) e à realização de histerectomia (RP=0,23; IC95%:0,06–0,89; p=0,033). Embora sem significância estatística, mulheres que não trabalhavam apresentaram maior prevalência estimada de conhecimento inadequado (RP=3,46). A atitude inadequada esteve associada à ausência de atividade laboral (RP=2,53; IC95%:1,09–5,88; p=0,031) e ao consumo de álcool, sendo menor entre aquelas que não consumiam bebida alcoólica (RP=0,53; IC95%:0,29–0,98; p=0,044). Quanto à prática inadequada, observaram-se associações significativas com religião, vida sexual ativa e histerectomia. Mulheres evangélicas apresentaram menor prevalência de prática inadequada quando comparadas às católicas (RP=0,41; IC95%:0,19–0,85; p=0,017). A ausência de vida sexual ativa associou-se a maior prevalência de prática inadequada (RP=4,23; IC95%:1,79–10,03; p=0,001), assim como a ausência de histerectomia (RP=3,82; IC95%:1,37–10,62; p=0,010). Os achados revelam elevada cobertura do exame preventivo no território, porém com heterogeneidade interna nos domínios de atitude e prática, influenciada por fatores laborais, comportamentais, reprodutivos e contextuais. Os resultados reforçam a importância de estratégias culturalmente sensíveis na Atenção Primária à Saúde, com foco na qualificação de atitudes e práticas preventivas, visando ampliar a adesão sustentável ao rastreamento de câncer do colo do útero em mulheres indígenas.

Palavras-chave: população indígena; exame papanicolau; câncer do colo do útero.

ABSTRACT

The objective of this study was to assess the knowledge, attitudes, and practices (KAP) of Indigenous women from the Pitaguary community regarding cervical cancer screening and to identify factors associated with inadequacies in these domains. This was a cross-sectional KAP survey with a quantitative approach, conducted among 129 sexually active women residing in the villages and receiving care at a Primary Health Care Unit. Most participants had a partner (79.1%), had completed secondary education (42.6%), reported a family income ≤ 1 minimum wage (87.6%), and received governmental financial assistance (65.9%). The majority lived in rural areas (98.4%) and lacked basic sanitation (99.2%). High participation in educational activities was observed (92.2%), as well as a high prevalence of previous Pap smear testing (98.4%), with 76.7% performed within the recommended screening interval. The Family Health Strategy (FHS) was the main site for screening (93.0%), and few difficulties in accessing the test were reported (1.6%). In the final classification, adequate knowledge was identified in 93.8% of participants, adequate attitudes in 74.4%, and adequate practices in 71.3%, indicating a progressive decline across the KAP continuum. In the bivariate analysis, inadequate knowledge was associated with the presence of basic sanitation (PR=0.11; 95%CI: 0.02–0.52; p=0.005) and history of hysterectomy (PR=0.23; 95%CI: 0.06–0.89; p=0.033). Although not statistically significant, unemployed women showed a higher estimated prevalence of inadequate knowledge (PR=3.46). Inadequate attitudes were associated with absence of paid work (PR=2.53; 95%CI: 1.09–5.88; p=0.031) and alcohol consumption, with a lower prevalence among those who did not consume alcoholic beverages (PR=0.53; 95%CI: 0.29–0.98; p=0.044). Regarding inadequate practices, significant associations were observed with religion, sexual activity status, and hysterectomy. Evangelical women presented a lower prevalence of inadequate practices compared to Catholic women (PR=0.41; 95%CI: 0.19–0.85; p=0.017). Absence of sexual activity was associated with a higher prevalence of inadequate practices (PR=4.23; 95%CI: 1.79–10.03; p=0.001), as was absence of hysterectomy (PR=3.82; 95%CI: 1.37–10.62; p=0.010). The findings demonstrate high coverage of cervical cancer screening within the territory; however, internal heterogeneity was observed in the attitude and practice domains, influenced by occupational, behavioral, reproductive, and contextual factors. These results underscore the importance of culturally sensitive strategies in Primary Health Care, focusing on strengthening preventive attitudes and practices to enhance sustained adherence to screening among Indigenous women.

Keywords: indigenous peoples; papanicolaou test; uterine cervical neoplasms.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Características sociodemográficas de mulheres residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026	23
Tabela 2	– Condições de moradia, hábitos de vida e estado de saúde de mulheres residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026	24
Tabela 3	– Características da vida sexual e reprodutiva de mulheres residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026	25
Tabela 4	– Distribuição do conhecimento sobre o exame de prevenção do câncer do colo do útero entre mulheres residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026	26
Tabela 5	– Distribuição das atitudes sobre o exame de prevenção do câncer do colo do útero entre mulheres residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026	27
Tabela 6	– Distribuição das práticas sobre o exame de prevenção do câncer do colo do útero entre mulheres residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026	27
Tabela 7	– Classificação final dos domínios conhecimento, atitude e prática (CAP) sobre o exame de prevenção do câncer do colo do útero entre mulheres residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026	28
Tabela 8	– Acesso aos serviços de saúde e dificuldades relacionadas à realização do exame de prevenção do câncer do colo do útero entre mulheres residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026.....	28
Tabela 9	– Fatores associados ao conhecimento inadequado frente à prevenção do câncer do colo do útero entre mulheres indígenas em residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026	29
Tabela 10	– Fatores associados à atitude inadequada frente à prevenção do câncer do colo do útero entre mulheres indígenas residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026	29
Tabela 11	– Fatores associados à prática inadequada frente à prevenção do câncer do colo do útero entre mulheres indígenas residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO	6
2.1 OBJETIVO GERAL	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3 REFERENCIAL TEÓRICO	7
3.1 SAÚDE DA MULHER E CÂNCER DO COLO DO ÚTERO (CCU)	7
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA MULHERES INDÍGENAS	13
4 METODOLOGIA	15
4.1 TIPO DE ESTUDO	15
4.2 LOCAL DA PESQUISA	15
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	16
4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	18
4.5 COLETA DE DADOS	19
4.6 ANÁLISE DE DADOS	20
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	21
5 RESULTADOS	23
6 DISCUSSÃO	33
7 CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	50
ANEXO A – INQUÉRITO DOMICILIAR DE CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA (CAP) ACERCA DO EXAME PAPANICOLAOU	57
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	61
APÊNDICE B – SCRIPT DO R – ANÁLISE ESTATÍSTICA	63

1 INTRODUÇÃO

O câncer, também conhecido por neoplasia maligna, ocorre através de um desordenado crescimento de células, podendo se expandir para outros tecidos. Quando esse processo acontece, temos a chamada metástase (invasão de outras partes do corpo), o que colabora para a vulnerabilidade do organismo, deixando o sistema imunológico ainda mais enfraquecido (Cerqueira, 2022). O câncer surge através de causas multifatoriais, podendo envolver tanto fatores internos quanto externos, estes, sendo responsáveis pelo desencadeamento da produção descontrolada e acelerada de células. Dessa maneira, ocorre a rápida multiplicação celular, formando as massas tumorais, que podem invadir tecidos e órgãos. Entre os tipos de câncer, podemos destacar o câncer de colo do útero (CCU), também conhecido como câncer cervical. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a terceira neoplasia mais comum entre as mulheres, apresentando alta taxa de mortalidade (Inca, 2023).

No Brasil, o CCU também é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Em 2022, o INCA estimou que para o triênio de 2023 a 2025, haverá uma ocorrência de 17.010 novos casos por ano, representando uma taxa bruta de incidência de 15,38% casos para cada 100 mil mulheres. Em relação à mortalidade proporcional por câncer entre mulheres, em 2021, os óbitos decorrentes dessa patologia ocuparam o quarto lugar, correspondendo a 6,05% do total de mortes por câncer, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma (Inca, 2023).

O CCU possui lenta progressão e se detectado precocemente, apresenta elevada taxa de cura. As alterações celulares precursoras do CCU podem ser detectadas por meio do exame colpocitológico a ser realizado periodicamente. Sendo este, essencial para identificar lesões iniciais, possibilitando o tratamento precoce e prevenindo a evolução para um quadro mais grave da doença. A principal causa desta condição está associada à infecção e à carga viral dos subtipos oncogênicos 16 e 18 do Papilomavírus Humano (HPV) (Inca, 2022).

Conforme Pires (2023), a prevenção do câncer de colo do útero está diretamente relacionada à redução da infecção por HPV, e uma das principais formas de prevenção contra o HPV é o uso do preservativo durante a relação sexual. O preservativo, ao ser utilizado corretamente, diminui a probabilidade de transmissão do vírus, protegendo não apenas contra o HPV, mas também contra outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Além disso, a vacinação contra o HPV, que é oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), também se mostra uma medida preventiva importante. A adesão a essas estratégias, juntamente com o

rastreamento regular por meio do exame de rastreamento conhecido como Papanicolau, contribui significativamente para a redução da incidência do câncer cervical e para a melhoria da saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

A incidência de CCU e de infecções sexualmente transmissíveis (IST) tem apresentado um aumento significativo principalmente entre as populações indígenas. Entre os principais fatores de risco que contribuem para uma maior exposição e disseminação das ISTs e do câncer cervical em mulheres indígenas estão o início precoce da vida sexual, múltiplos parceiros, multiparidade, genética, tabagismo, desigualdade social, condições de vida precárias, falta de informações sobre prevenção e cuidados, além de barreiras culturais, sociais e dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Esses fatores são os responsáveis por colocar a população indígena entre as mais vulneráveis ao desenvolvimento dessas doenças (Pires, 2023).

Estima-se atualmente que existam cerca de 476 milhões de indígenas em mais de 90 países, representando aproximadamente 6% da população mundial. No entanto, eles constituem 15% das pessoas em situação de pobreza extrema e 1/3 da população pobre em áreas rurais. A vulnerabilidade dessas comunidades com problemas socioeconômicos é exacerbada pela exclusão estrutural, impactando o acesso a serviços básicos e agravando as disparidades em saúde, educação e renda em comparação com a população não indígena. Esse cenário reflete a necessidade urgente de políticas inclusivas que abordem as especificidades culturais e a valorização dos saberes tradicionais desses povos para o cumprimento da Agenda 2030 da ONU e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (ONU, 2023).

Os determinantes sociais de saúde, como condições econômicas, sociais, culturais e ambientais, desempenham um papel fundamental na saúde das populações e influenciam diretamente a vulnerabilidade das mulheres indígenas ao câncer de colo do útero. Fatores como baixa escolaridade, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e moradia em áreas remotas aumentam os riscos e dificultam a adesão a práticas preventivas, como o exame de Papanicolau e a vacinação contra o HPV. Estes determinantes, somados ao impacto das desigualdades estruturais, limitam a implementação de medidas preventivas e agravam a incidência de doenças evitáveis nessas comunidades (Miranda; Belizario; Pereira, 2024). Assim, reconhecer e atuar sobre esses fatores é essencial para desenvolver políticas de saúde mais equitativas, que levem em conta as especificidades culturais e regionais das populações indígenas e reduzam as desigualdades na prevenção e no tratamento do câncer cervical.

A interação entre determinantes sociais da saúde e a prevenção do câncer de colo de útero é crucial, pois fatores como nível educacional, renda, acesso a serviços de saúde e condições de moradia impactam diretamente na adesão a práticas preventivas, como o exame

de Papanicolau e a vacinação contra o HPV. Mulheres em contextos de vulnerabilidade socioeconômica enfrentam maiores barreiras no acesso a esses serviços, elevando o risco de diagnósticos tardios e tratamentos inadequados. A implementação de políticas públicas que ampliem o acesso e promovam a educação em saúde nas comunidades mais afetadas pode reduzir a incidência e mortalidade pelo câncer de colo de útero, promovendo maior equidade. Isso inclui a necessidade de centros de saúde em áreas remotas, campanhas de conscientização e formação de profissionais para uma abordagem culturalmente sensível (Brasil, 2020).

Estudos recentes reforçam a importância do nível educacional como determinante na prevenção do câncer cervical. Mulheres com menor escolaridade frequentemente têm menos conhecimento sobre o HPV e a importância do exame de Papanicolau, o que resulta em menor adesão aos exames preventivos. Essa associação reflete como a educação afeta a conscientização sobre riscos e a adesão a medidas de prevenção contra o câncer de colo do útero, especialmente entre populações socialmente vulneráveis. O entendimento limitado sobre as doenças pode dificultar o acesso à prevenção e influenciar na alta taxa de incidência do câncer cervical entre mulheres de baixa escolaridade (Wang; Jin; Zheng, 2023; Inca, 2023).

Uma análise do perfil sociodemográfico das mulheres que utilizam serviços de saúde revelou que 57% possuem renda entre um e três salários mínimos, enquanto 30% recebem até um salário mínimo. Mulheres em condições de maior vulnerabilidade econômica, principalmente aquelas com renda limitada, tendem a buscar atendimento prioritariamente para tratamento de problemas imediatos, deixando de lado ações preventivas, como o exame de Papanicolau, que poderiam reduzir o risco de doenças como o câncer de colo de útero. Esse comportamento reduz a cobertura de exames preventivos e resulta em baixa adesão a práticas de prevenção, o que aumenta o risco de desenvolvimento de doenças (Kff, 2020).

Dados de uma pesquisa da Ipsos (2022) reforçam que fatores econômicos influenciam significativamente as decisões sobre cuidados preventivos, especialmente entre mulheres de baixa renda, que enfrentam a barreira do alto custo dos serviços. Esses achados indicam a importância de políticas que promovam a acessibilidade e a conscientização sobre a saúde preventiva entre mulheres em situação de vulnerabilidade, incentivando práticas de prevenção e reduzindo a incidência de doenças evitáveis nessa população.

No Brasil, o rastreamento do CCU é realizado pela colpocitologia, popularmente conhecido como exame de “prevenção”, sendo indicado em mulheres entre 25 a 64 anos de idade, que já apresentam vida sexual ativa. Preconiza-se essa faixa etária como população alvo por apresentar maior ocorrência de lesões de alto grau, que tem a possibilidade de ser tratada e não evoluírem para o câncer de colo uterino. As alterações que possivelmente venham ocorrer

nas células do colo do útero são detectadas de forma rápida por meio da realização do rastreamento, exame simples e indolor que é ofertado pelo Sistema único de Saúde (SUS), realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelo Enfermeiro (Inca, 2021).

Nesse sentido e em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI) que foi implementada em 2002, traz como característica a complementação da saúde indígena no âmbito do SUS mediante um modelo diferenciado de assistência à saúde, abordando as especificidades culturais, étnicas e raciais, visando ações de prevenção de doenças, cuidados de saúde, acompanhamento das condições alimentares e nutricionais, bem como educação em saúde (Brasil, 2015).

Assim sendo, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental na prevenção do CCU, capaz de promover importantes intervenções como realização de ações educativas, vacinação adequada contra o HPV, atentando para as faixas prioritárias, implementação de programas de rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento efetivo das lesões subclínicas (Cerqueira, 2022). A enfermagem representa o papel de promover o cuidado, tendo a responsabilidade de acolhimento ao paciente, orientando sobre a importância da realização do exame de forma regular. É indicado realizá-lo anualmente, porém, para aquelas mulheres que apresentam dois exames normais consecutivos em intervalo de um ano, este deverá ser realizado a cada três anos (Miranda; Belizario; Pereira, 2024).

Ainda ressaltando a enfermagem, no contexto da saúde indígena, esta desempenha um papel fundamental ao oferecer cuidados e superar barreiras étnicas, culturais e linguísticas, que frequentemente representam desafios no atendimento aos povos indígenas (Marques, 2023).

Para uma referência mais atualizada sobre o diagnóstico tardio e a alta mortalidade de câncer cervical em mulheres indígenas, pesquisas recentes apontam para uma prevalência ainda elevada, resultado de barreiras no acesso a exames preventivos e falta de políticas de saúde culturalmente apropriadas. As comunidades indígenas enfrentam uma incidência significativamente mais alta de câncer cervical, devido tanto à baixa cobertura de exames preventivos quanto à desconfiança no sistema de saúde, intensificada pelo histórico de negligência e racismo estrutural nos serviços médicos (Duarte, 2023).

Esse cenário levanta a questão central desta pesquisa: **Qual é o nível de conhecimento, atitude e prática das mulheres indígenas Pitaguary em relação ao rastreamento do câncer do colo do útero e quais fatores socioculturais e de acesso influenciam essa prática?** O entendimento dessas barreiras é fundamental para a formulação de políticas públicas e estratégias adequadas que possam melhorar o acesso e adesão dessas mulheres aos serviços de saúde preventivos.

Sendo assim, podemos destacar a relevância deste estudo no contexto social, ao compreender as principais lacunas no conhecimento, atitude e prática e dificuldades e barreiras culturais às quais essa população indígena está exposta, propondo soluções que possam reduzir a incidência de câncer e melhorar a qualidade de vida dessas mulheres (Crisp, 2023). O estudo também possui relevância acadêmica, visto que poucos são os trabalhos que abordam essa temática voltada para a população indígena. Igualmente importante é sua relevância prática, uma vez que, com base nos resultados, espera-se impactar diretamente as políticas públicas, melhorando o acesso das mulheres indígenas à realização do exame, conscientizando sobre a importância da saúde preventiva nas comunidades e identificando as barreiras que dificultam esse acesso (Cerqueira, 2022).

Esse estudo enfatiza a importância de compreender as lacunas de conhecimento, atitude e prática, dificuldades e barreiras culturais que essa população enfrenta, propondo soluções para reduzir a incidência de câncer e melhorar a qualidade de vida das mulheres indígenas. Além disso, ressalta que a conscientização sobre a saúde preventiva nas comunidades indígenas é crucial para identificar e superar essas barreiras, impactando diretamente as políticas públicas de saúde.

É extremamente importante que as Políticas Públicas de saúde direcionadas às populações indígenas superem os desafios de acesso, incluindo a distância e a carência de insumos, e promovam uma melhor capacitação dos profissionais de saúde para lidar com os hábitos e aspectos culturais que influenciam a disseminação do HPV entre esses grupos. Além disso, é essencial que as Unidades Básicas de Saúde desenvolvam ações de educação em saúde nas aldeias, com o objetivo de informar sobre as consequências do câncer de colo de útero e orientar as mulheres indígenas sobre a importância da prevenção em suas vidas.

A definição da temática do estudo resultou de uma atividade desenvolvida no âmbito da disciplina do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PPGSF), na qual foi aplicada a matriz GUT para identificação, priorização e hierarquização dos problemas, a partir das perspectivas da equipe de saúde, da comunidade e do conselho local, dos principais desafios enfrentados no território. Atualmente, o território do Polo Base Indígena Pitaguary, é o local onde são desenvolvidas as atividades profissionais da pesquisadora há quatro anos, cuja trajetória profissional da mesma somam quase 18 anos desde a graduação, sendo majoritariamente voltada para a Atenção Primária à Saúde.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o conhecimento, atitude e prática de mulheres indígenas sobre o rastreamento do câncer do colo uterino.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sociodemográfico das participantes do estudo;
- Identificar fatores socioeconômicos e culturais que influenciam a prática das mulheres que estão com o exame de rastreamento em dia;
- Identificar das principais dificuldades encontradas pelas mulheres indígenas na realização do exame de rastreamento;
- Analisar a associação entre o CAP e as variáveis do estudo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SAÚDE DA MULHER E CÂNCER DO COLO DO ÚTERO (CCU)

A Saúde da Mulher abrange o cuidado completo das mulheres em todas as fases da vida, incluindo ações de prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde, garantindo acesso igualitário e de qualidade aos serviços de saúde. É essencial atender às necessidades específicas das mulheres, respeitando sua diversidade e promovendo a equidade no cuidado à saúde (Brasil,2021).

O cuidado integral envolve a saúde ginecológica, os direitos sexuais e reprodutivos, a saúde materna durante todo o ciclo gestacional e puerperal, a dignidade menstrual, a atenção ao climatério e à menopausa, a saúde mental e os cuidados em casos de violência. Além disso, o Ministério da Saúde (2021) trabalha para reduzir a mortalidade materna, prevenir doenças e complicações, promover a autonomia e o bem-estar das mulheres, e combater a violência de gênero.

Segundo dados do INCA (2022), o câncer de colo do útero, também conhecido como câncer cervical, é a terceira neoplasia mais comum entre as mulheres, caracterizando-se por um alto índice de mortalidade. Com exceção do câncer de pele, este é o tumor que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. A alta cobertura do rastreamento na população alvo é um dos principais fatores para alcançar uma redução significativa na incidência e na mortalidade por câncer cervical.

Estima-se que entre 12% e 20% das mulheres brasileiras, com idades entre 25 e 64 anos, nunca realizaram o exame de rastreamento, que é a principal estratégia de rastreamento para o câncer de colo do útero e suas lesões precursoras (Brasil, 2021). As causas do surgimento do câncer são multifatoriais, envolvendo fatores intrínsecos e extrínsecos que contribuem para a produção desordenada e acelerada de células, resultando na formação de tumores que invadem tecidos e órgãos do corpo (Inca, 2022).

O desenvolvimento do câncer de colo do útero (CCU) está associado à infecção pelos subtipos oncogênicos do Papilomavírus Humano (HPV), especialmente os tipos 16 e 18, considerados de alto risco para o desenvolvimento de lesões pré-cancerosas e cancerosas no colo do útero. Essa relação entre o HPV e o câncer cervical destaca a importância da prevenção através da vacinação contra o HPV e dos exames regulares, que permitem o diagnóstico precoce de lesões (Inca, 2022). Estudos indicam que a infecção persistente por esses subtipos do HPV é um dos fatores determinantes para o desenvolvimento do câncer cervical.

No entanto, a adesão à vacinação e a realização de exames periódicos ainda enfrentam resistência em certas comunidades, sobretudo aquelas que têm acesso limitado a informações sobre saúde e educação preventiva, cuja prevalência vem aumentando ao longo dos anos e os fatores de risco devem ser conhecidos para uma conduta adequada (Marques, 2023).

O câncer de colo do útero (CCU) representa uma das principais causas de mortalidade entre mulheres em todo o mundo, especialmente em regiões com baixo acesso a cuidados preventivos e de saúde. Em países de baixa e média renda, onde o acesso a exames preventivos e tratamentos ainda é limitado, o impacto do CCU na saúde pública é especialmente preocupante, uma vez que mulheres dessas regiões muitas vezes têm menos oportunidades de diagnóstico precoce e de tratamento adequado. A prevenção e o diagnóstico precoce são essenciais para reduzir as taxas de mortalidade, pois, quando identificado em fases iniciais, o tratamento apresenta elevada taxa de sucesso, promovendo a possibilidade de cura ou de controle efetivo da progressão da doença (Miranda; Belizario; Pereira, 2024).

Para Dias et al (2021), o estigma social associado a doenças sexualmente transmissíveis e a falta de acesso a informações sobre saúde sexual e reprodutiva podem dificultar a adesão das mulheres aos exames preventivos.

O INCA (2022) nos traz ainda que elementos socioculturais e ambientais na comunidade indígena têm contribuído para a elevação da incidência de doenças crônicas degenerativas, como o câncer de colo uterino. O isolamento geográfico, a falta de conhecimento dos meios de prevenção por parte das mulheres indígenas e a ausência de acompanhamento médico podem ser fatores de risco para o surgimento e diagnóstico tardio da doença.

Inúmeros são os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer uterino, como o tabagismo, a iniciação sexual precoce, múltiplos parceiros sexuais, o uso de drogas imunossupressoras, destacando-se, principalmente, a presença do vírus do papilomavírus humano (HPV), especialmente em seus subtipos oncogênicos, como o principal fator no desenvolvimento dessa neoplasia (Inca, 2023).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2023), cerca de 35.700 mulheres morrem no mundo todo a cada ano, vítimas de câncer do colo do útero. E que, para o ano de 2030, prevê-se que haja uma incidência de 51.500 novos casos. Podemos elencar ainda que segundo estudos, para cada período de 2023-2025, tem-se uma estimativa de 17.010 casos, com risco estimado de 15,38 para cada 100.000 mulheres. Esse tipo de câncer é considerado raro em mulheres até 30 anos de idade, tendo, progressivamente, sua incidência aumentada na faixa etária entre 45 a 50 anos (Inca, 2023).

A doença possui um desenvolvimento lento, podendo ser assintomática em seus estágios iniciais. Com o tempo, pode evoluir para sintomas como sangramentos vaginais intermitentes ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal (geralmente de coloração acastanhada ou sanguinolenta, com ou sem odor forte), dispareunia (dor durante as relações sexuais), fadiga (cansaço extremo sem razão aparente), inchaço nas pernas ou na região abdominal (ocorre devido ao aumento do volume do útero ou ao bloqueio de linfonodos). Nos estágios mais avançados, também podem ocorrer queixas relacionadas a dor pélvica (podendo ser contínua ou intermitente) e perda de peso inexplicada (Mello, 2021).

Estudos do Inca (2023), nos traz ainda que pessoas com câncer do colo do útero podem apresentar alterações urinárias (dificuldades para urinar, sensação de pressão na bexiga ou sangramento urinário, podendo ocorrer em estágios mais avançados, quando a doença compromete estruturas próximas), constipação intestinal ou dificuldades para evacuar (sintoma associado principalmente em casos em que o câncer invade o reto ou a região abdominal), sangramento vaginal após a menopausa (sintoma muito importante, pois a menopausa deve interromper os ciclos menstruais, devendo ser investigado qualquer sangramento nesse período) e incontinência urinária ou dificuldades para esvaziar a bexiga (sintoma aparente quando o câncer afeta as estruturas ao redor do colo uterino, prejudicando o funcionamento normal da bexiga), podendo ser investigados na Atenção Primária à Saúde (APS).

A Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida como Atenção Básica (AB) é o ambiente adequado para identificação de doenças e agravos que afetam a população feminina. Sendo esta, a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), além de ser o local de rastreamento e diagnóstico. A Atenção Básica, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), desempenha um papel fundamental na ampliação do rastreamento e monitoramento da população cadastrada, realizando a busca ativa das mulheres, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade associada a essa doença. Cabe à Atenção Básica oferecer cuidado integral, promovendo ações de saúde, rastreamento e detecção precoce, além de acompanhar o seguimento terapêutico das mulheres nos demais níveis de atenção, quando o resultado do exame citopatológico do colo do útero for alterado (Brasil, 2023).

A proximidade da ESF com as famílias, permite a realização de ações de busca ativa, alcançando populações em áreas remotas e vulneráveis, como as comunidades indígenas, onde o acesso aos serviços de saúde pode ser limitado. Além disso, a abordagem comunitária da ESF facilita o envolvimento das mulheres na manutenção de sua saúde reprodutiva, criando um ambiente de confiança e promovendo o empoderamento feminino. Dessa forma, o enfermeiro juntamente com equipe de Saúde da Família contribui não só para a detecção precoce do câncer

de colo de útero, mas também para a redução da morbimortalidade associada a essa doença (Brasil, 2021).

O enfermeiro da Atenção Primária, em parceria com a presença da equipe multiprofissional, trabalha na identificação das mulheres da área atendida pela sua unidade, com objetivo de estabelecer vínculo. Oferece ainda acolhimento às mulheres em diversas fases do ciclo de vida, realiza consultas que podem ou não estar relacionadas ao ciclo reprodutivo, disponibiliza o rastreamento de doenças e infecções, solicita e realiza a coleta de exames, entre outras funções (Maciel, 2021).

Segundo Cerqueira (2022), os enfermeiros desempenham um papel crucial como prestadores de cuidados, assumindo a responsabilidade de orientar os pacientes sobre a importância do exame Papanicolau, que deve ser realizado regularmente ou sempre que surgirem sinais de alterações perceptíveis. Além disso, devido à sua proximidade com a comunidade e à formação ampla, que inclui a abordagem da humanização e da educação em saúde, a equipe de enfermagem pode ter um papel significativo na prevenção e combate ao câncer de colo uterino.

Para a realização do exame de rastreamento, a mulher deve ficar deitada em uma maca, com pernas abertas, onde é introduzido em sua vagina um espéculo, facilitando a visibilidade do colo do útero e avaliando o interior da vagina. Em seguida, faz-se a coleta do material do colo do útero – provocada por uma escamação das superfícies interna (endocérvice) e externa (ectocérvice), com ajuda de uma espátula de madeira e escovinha. O material coletado é fixado em uma lâmina e enviado a laboratório especializado para realizar a leitura (Brasil, 2021).

O exame de rastreamento é um método simples que pode detectar alterações da cérvice uterina, permitindo seu tratamento precoce e melhorando o prognóstico da paciente. Este, é considerado até hoje, o método mais indicado para o rastreamento do CCU por ser um exame rápido e indolor, de fácil execução, realizado em nível ambulatorial, que tem se mostrado efetivo e eficiente para aplicação coletiva, além de ser de baixo custo. Durante sua execução, pode causar um leve desconforto, no entanto, se a mulher conseguir relaxar, e o profissional for sensível e a envolver, essa sensação pode ser reduzida (Milania et al, 2025).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (Inca, 2023), o exame deve ser realizado periodicamente a cada ano, por mulheres sexualmente ativas. Após a realização de dois exames anuais consecutivos com resultados negativos para lesões precursoras, este deve ser feito a cada três anos. Isso se deve ao fato de que a doença pode ser assintomática em seus estágios iniciais e apresentar uma progressão rápida.

Levando em consideração os desafios e barreiras para a realização do exame de

rastreamento, as desigualdades sociais e as condições de vida são determinantes fundamentais para a saúde das populações, impactando diretamente o acesso a cuidados preventivos e a adesão a práticas de saúde. No Brasil, as mulheres indígenas, população escolhida para esse estudo, constituem um dos grupos mais afetados por essas desigualdades, enfrentando desafios significativos para o acesso aos serviços de saúde básicos, incluindo exames preventivos essenciais como o rastreamento/Papanicolau e a vacinação contra o HPV. As condições de vulnerabilidade, como baixa escolaridade, renda insuficiente e moradia em áreas remotas, somadas a barreiras culturais e linguísticas, dificultam a adesão das mulheres indígenas a esses serviços de prevenção, aumentando, portanto, o risco de desenvolvimento do CCU (Miranda; Belizario; Pereira, 2024).

A complexidade desses fatores ressalta a necessidade de políticas que levem em consideração não apenas o acesso físico, mas também a capacitação cultural dos profissionais de saúde que atendem essas populações, bem como a sensibilização das comunidades sobre a importância da prevenção. Adicionalmente, a falta de infraestrutura nas regiões mais isoladas limita a implementação de programas regulares de saúde, com destaque para os serviços de triagem e vacinação, essenciais para reduzir a mortalidade pelo CCU (Wang; Jin; Zheng, 2023).

De acordo com Brasil (2023), a Atenção Básica (AB) deve ser implementada com ênfase na melhoria da qualidade do atendimento, levando em consideração quatro atributos essenciais e três derivados para sua avaliação, conforme podemos observar abaixo:

1. **Acessibilidade de Primeiro Contato:** refere-se à disponibilidade do serviço como a opção preferencial do usuário para resolver novos problemas de saúde ou episódios recorrentes.
2. **Longitudinalidade:** envolve a regularidade do atendimento ao longo do tempo, o que implica na identificação da população cadastrada e na criação de um vínculo forte entre ela e os profissionais de saúde.
3. **Integralidade:** os serviços de atenção primária devem ser capazes de atender a todos os tipos de demanda, buscando resolvê-las dentro de suas estruturas ou organizando os encaminhamentos necessários para cuidados fora do seu escopo.
4. **Coordenação:** refere-se à continuidade do cuidado, à capacidade de integrar informações sobre o usuário e usar esses dados para melhorar a eficiência do serviço oferecido.

Além dos atributos essenciais descritos acima, trazemos ainda três atributos derivados:

1. **Orientação familiar:** considera o indivíduo dentro de seu contexto familiar, levando em conta o ambiente e as exposições a riscos para a saúde.
2. **Competência cultural:** reconhece as necessidades específicas de populações que podem não estar evidentes para os serviços de saúde convencionais.
3. **Orientação comunitária:** envolve a compreensão do contexto social e das necessidades de saúde relacionadas ao ambiente em que os indivíduos estão inseridos.

Com o objetivo de abordar de maneira abrangente os fatores que influenciam o estado de saúde dos indivíduos, os pesquisadores Dahlgren e Whitehead (1991) sugeriram um modelo de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), organizando-os em cinco camadas: características individuais (como idade, sexo e predisposição genética); comportamentos e estilo de vida; redes comunitárias e sistemas de apoio; condições de vida, trabalho e acesso a serviços essenciais; e as circunstâncias econômicas, culturais e ambientais da sociedade. Podemos observar tal modelo na figura abaixo.

Figura 1 - Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Fiocruz, 2017.

A análise dos determinantes sociais é essencial para identificar estratégias que possam promover maior equidade no acesso à saúde, como a implementação de políticas públicas que ampliem o acesso aos serviços, promovam campanhas de conscientização e qualifiquem os profissionais de saúde para um atendimento sensível às especificidades culturais das comunidades mais afetadas (Brasil, 2020).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA MULHERES INDÍGENAS

Para promover a equidade na saúde, o Brasil adotou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI), que visa garantir o acesso aos serviços de saúde e a realização de programas preventivos adaptados às especificidades culturais dessas populações. Essa política busca reduzir as barreiras e promover um atendimento diferenciado e culturalmente adequado, considerando a diversidade cultural e linguística dos povos indígenas, que muitas vezes não confiam plenamente no sistema de saúde convencional. A implementação de políticas inclusivas e culturalmente sensíveis é crucial para melhorar a adesão das mulheres indígenas às práticas preventivas, além de reduzir a incidência de câncer de colo do útero nas comunidades indígenas (Brasil, 2015).

Dessa forma, Brasil (2015), traz que a PNASI representa um importante passo para a inclusão e o fortalecimento do cuidado à saúde indígena no Brasil, embora ainda existam desafios para a execução plena dessas políticas nas regiões mais isoladas. É necessário um investimento contínuo e direcionado, que inclua a construção de unidades de saúde em áreas remotas, além da formação de agentes comunitários que possam atuar como intermediários entre o sistema de saúde e as comunidades indígenas, respeitando suas tradições e práticas culturais.

As ações voltadas à promoção da saúde de mulheres e crianças indígenas são desenvolvidas diretamente nos territórios onde vivem esses povos, sob a responsabilidade das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI). Essas atividades são norteadas pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), bem como por outras políticas públicas do Ministério da Saúde, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (Brasil, 2020).

A literatura revela que as mulheres indígenas enfrentam diversas barreiras no acesso aos serviços de saúde. A falta de profissionais capacitados para atuar em comunidades indígenas, somada às dificuldades de comunicação, principalmente quando não há profissionais que falem os idiomas locais, representa um desafio significativo. Outro ponto crítico é que o atendimento realizado muitas vezes não considera os valores e práticas culturais das comunidades, o que pode gerar desconfiança em relação aos profissionais de saúde e desestimular o uso dos serviços preventivos.

Superar essas barreiras é essencial para garantir que essas mulheres realizem o exame de Papanicolau regularmente e se conscientizem sobre a importância da prevenção do CCU

(Marques, 2023). Além disso, a presença de profissionais indígenas ou a capacitação cultural de profissionais não indígenas pode ser uma medida estratégica para fortalecer a confiança da comunidade no sistema de saúde e, assim, aumentar a adesão aos cuidados preventivos.

Conforme Marques (2023), a formação de equipes de saúde multidisciplinares, que incluam profissionais capacitados em saúde indígena e saúde da mulher, pode ser uma estratégia eficiente para promover o acesso e a adesão das mulheres indígenas ao exame Papanicolau, fundamental na prevenção do câncer cervical.

Para enfrentar esses obstáculos, são necessárias campanhas de conscientização e estratégias de educação em saúde que abordem os riscos e orientem a população sobre os benefícios dos exames e da vacinação. Estudos mostram que a educação em saúde pode desempenhar um papel importante na conscientização da comunidade, especialmente nas escolas e centros comunitários, onde mulheres jovens podem receber informações essenciais para tomar decisões informadas sobre a prevenção do CCU (Wang; Jin; Zheng, 2023).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo avaliativo, do tipo inquérito CAP (conhecimento, atitude e prática), de corte transversal e abordagem quantitativa, que busca analisar as principais dificuldades que levam as mulheres indígenas a não realizarem o rastreamento no território de saúde indígena Pitaguary. Os inquéritos CAP fazem parte de uma categoria de estudos avaliativos, conhecidos como avaliação formativa. Ou seja, além de fornecerem dados sobre determinado grupo populacional, eles também ajudam a identificar possíveis abordagens para uma intervenção futura mais eficaz, podendo se adaptar a diversificados contextos, visando potencializar planejamentos de promoção à saúde (Brasil, 2002).

O método CAP é uma importante ferramenta de planejamento e avaliação de intervenções de saúde. São utilizadas para fins de diagnóstico, podendo descrever o conhecimento atual da população, a atitude e a prática sobre determinado tema. Também são utilizados como ferramenta de avaliação para examinar a eficácia de intervenções ou programas, ajudando na identificação de problemas e projetar possíveis intervenções que sejam apropriadas (Miranda; Belizario; Pereira, 2024).

Escolheu-se aplicar o inquérito CAP, por avaliar de forma dinâmica o conhecimento da população feminina sobre o tema, suas atitudes em relação à problemática discutida e suas práticas diante dessa abordagem.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi conduzida no Polo Indígena – local cuja pesquisadora faz parte da equipe de Enfermagem, situado no município de Maracanaú, localizada na região leste do estado do Ceará, zona rural, estando a pouco mais de 4 km do centro comercial da cidade, sendo composta pela etnia indígena Pitaguary.

De origem tupi, o termo *Pitaguary* aparece com frequência em documentos oficiais dos séculos XVII, XVIII e XIX como referência geográfica, estando associado a serras, sítios ou extensas porções de terra. Há indícios de que o vocábulo seja uma variação do nome *Potiguara*, grupo étnico que, conforme registros históricos, já ocupava amplas áreas do litoral cearense desde o ano de 1603 (Povos Indígenas no Brasil, 2021).

O povo Pitaguary está localizado na região conhecida como “pé da serra”, abrangendo áreas entre os municípios de Maracanaú e Pacatuba, na região Metropolitana de Fortaleza. Sua

organização se dá em seis aldeias: Horto, Olho D'Água, Monguba, Central, Nova e Santo Antônio, dentro de um território reivindicado de 1.735 hectares. Segundo informações do Siasi – Local, DSEI-Ce/SESAI/MS, registradas em 2024 (Siasi, 2024), a população residente nesse território soma 4.181 pessoas.

Embora o território Pitaguary seja composto por várias aldeias, todas elas pertencem ao mesmo grupo étnico. Essa organização reflete uma distribuição estratégica dos indígenas em diferentes pontos dentro do território demarcado. Esse arranjo tem como objetivo evitar a ocupação irregular por posseiros e combater a exploração imobiliária nas terras do grupo (Cavalcante, 2021).

As aldeias da comunidade Pitaguary apresentam características distintas, variando em termos de densidade populacional, particularidades locais e os níveis de atenção recebidos, tanto dentro quanto fora da Terra Indígena. No caso da aldeia Santo Antônio, esta se destaca como a mais visível para o povo Pitaguary. Esse protagonismo é atribuído não apenas à sua paisagem natural, mas também ao fato de abrigar uma maior concentração de espaços de memória desse grupo. Além disso, foi nesse local que se iniciaram as primeiras mobilizações em prol da demarcação da terra indígena Pitaguary (Povos Indígenas no Brasil, 2021).

Devido à grande extensão de áreas verdes, à presença de formações rochosas, rios sazonais e outros recursos naturais, a localidade da aldeia Santo Antônio possui um grande potencial para o desenvolvimento de um turismo sustentável, com foco ecológico e comunitário, embora ainda seja pouco explorado. Por outro lado, é nessa área, particularmente na região conhecida como Aldeia Nova, que se encontram algumas das habitações mais vulneráveis do povo Pitaguary. A Aldeia Nova enfrenta diversas dificuldades relacionadas ao abastecimento de água, o que gera sérios problemas, especialmente no que diz respeito à saúde dos seus moradores (Povos Indígenas no Brasil, 2021).

Diante do exposto, para a presente pesquisa foram consideradas as mulheres aldeadas, pertencentes a UBSI Polo Indígena Pitaguary, composta pelas aldeias Central, Nova e Santo Antônio.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do Polo Indígena Pitaguary é de 4.181 indígenas aldeados, dos quais 2.154 são mulheres. Destas, 1.171 têm idades entre 25 e 64 anos. Nas aldeias Central, Nova e Santo Antônio possui um quantitativo de 279 mulheres dentre essa faixa etária.

Para a realização do cálculo amostral, utilizou-se como referência uma prevalência de

agravo de 50% para obtenção de um número máximo para amostra. Adotou-se um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5%. O cálculo amostral obedeceu a seguinte fórmula de estimativa de proporção para uma população finita:

$$n = \frac{N \cdot Z^2_{\left(\frac{\alpha}{2}\right)} \cdot p(1-p)}{(N-1)d^2 + Z^2_{\left(\frac{\alpha}{2}\right)} \cdot p(1-p)}$$

Onde:

N – Número total de mulheres cadastradas e na faixa etária
 p – Prevalência do agravo
 $Z^2(\alpha/2)$ – Nível de confiança
 d – Erro amostral

Assim sendo, após a realização do cálculo de amostragem, chegou-se a um quantitativo de 162 mulheres. Entretanto, a população estudada correspondeu a 129 mulheres, que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa. Considerando esse quantitativo, o erro amostral real estimado eleva-se para aproximadamente 7,2%. Tal variação é compatível com estudos realizados em territórios indígenas, marcados por elevada mobilidade populacional, barreiras operacionais e especificidades socioculturais. Ainda assim, a amostra mostrou-se adequada para a realização das análises propostas, especialmente considerando-se o caráter analítico e exploratório do estudo.

Não obstante, vale ressaltar que ocorreu ausência de uma Agente Indígena de Saúde (AIS) no território durante o período da coleta e limitações operacionais inerentes à realização de estudos em contextos indígenas e áreas dominadas por facções criminosas. Ressalta-se que essas perdas são esperadas em investigações realizadas em territórios com alta mobilidade populacional e especificidades socioculturais. O estudo seguiu como critérios de inclusão ter vida sexual ativa, morar dentro das aldeias elencadas para o estudo, ser acompanhada na unidade de saúde. Temos como critério de exclusão mulheres que no momento da coleta de dados estejam afastadas da aldeia por motivos de adoecimento, mulheres que estejam gestantes ou até mesmo aquelas que apresentarem alguma condição física ou psíquica que a impeça de participar do estudo.

Embora a amostra obtida seja inferior ao tamanho amostral teórico estimado para a população total, ela mostrou-se adequada para a realização das análises propostas, especialmente considerando-se o caráter analítico do estudo e a especificidade da população investigada. As limitações relacionadas ao tamanho amostral foram consideradas na

interpretação dos resultados, sobretudo no que se refere à amplitude dos intervalos de confiança e à ausência de significância estatística em algumas associações.

4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foi utilizado o instrumento “Inquérito Domiciliar de Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) acerca do Exame Papanicolaou. O inquérito CAP é uma ferramenta utilizada para avaliar o conhecimento, as percepções, as atitudes e as práticas de uma população sobre um problema específico, por meio de um conjunto de perguntas formuladas com base em variáveis-chave (causas ou efeitos), permitindo a realização de um diagnóstico situacional. Essas variáveis são interpretadas e explicadas por uma teoria específica, levando em conta os fenômenos determinantes e os comportamentos associados (Brasil, 2020).

Por meio do inquérito CAP, é possível apresentar o que os sujeitos sabem sobre determinada temática, o que sentem e como demonstram suas atitudes e conhecimentos através de suas ações.

Esse tipo de inquérito CAP pode ser utilizado para avaliar diversos aspectos como:

- **Conhecimento:** avaliar o quanto as pessoas estão informadas sobre determinada temática;
- **Atitudes:** investigar crenças, valores e organizar opiniões sobre o assunto proposto;
- **Prática:** refere-se ao fazer, a tomada de decisão para a execução da ação (Santos, 2022).

Considerando as especificidades socioculturais do povo indígena Pitaguary, o instrumento de coleta de dados foi aplicado com atenção à adequação semântica e à compreensão dos termos utilizados. Antes da aplicação definitiva, as questões foram discutidas de forma informal com Agentes Indígenas de Saúde e com mulheres da comunidade, a fim de garantir que expressões como “exame preventivo”, “citologia oncótica” e “exame do colo do útero” fossem compreendidas de maneira equivalente ao significado proposto no instrumento original. Durante a coleta, a pesquisadora e membros da pesquisa utilizaram linguagem acessível e contextualizada, respeitando os saberes locais e evitando a imposição de uma lógica exclusivamente biomédica.

Para esse estudo, foi empregado um formulário estruturado, composto por questões fechadas e algumas abertas. Em sua elaboração, foram aproveitadas e adaptadas perguntas de questionários validados utilizados no estudo de Malta (2014), que objetivou analisar o

conhecimento, atitude e prática das mulheres atendidas no ambulatório de um serviço de alta complexidade sobre a prevenção do câncer de colo do útero.

O conhecimento, a atitude e a prática em relação ao exame Papanicolaou foram analisados conforme detalhado no quadro abaixo:

Quadro 01 - Critérios de adequabilidade do Conhecimento, Atitude e Prática sobre o exame citopatológico. Maracanaú, Ceará-Brasil, 2026.

Conhecimento	Atitude	Prática
<p><i>Conhecimento Adequado:</i> Será identificado quando a mulher se referir a já ter ouvido falar sobre o exame, compreendendo sua finalidade de detecção do câncer, seja de maneira geral ou específica em relação ao colo uterino, e for capaz de citar, pelo menos, dois cuidados necessários que deverá adotar antes de realizar o exame.</p>	<p><i>Atitude Adequada:</i> Será considerada quando a mulher expressar a necessidade de realizar o exame Papanicolaou periodicamente, inclusive ressaltando que isso deve ocorrer independentemente do estado de saúde aparente, uma vez que o exame visa prevenir o câncer de colo de útero.</p>	<p><i>Prática Adequada:</i> Se a mulher tiver realizado seu último exame preventivo no prazo máximo de três anos, retornou para receber o resultado desse exame e/ou apresentou o resultado ao profissional de saúde.</p>
<p><i>Conhecimento Inadequado:</i> Se a mulher indicar nunca ter ouvido falar do exame, ou ter ouvido, mas não compreende sua finalidade de detecção do câncer, ou não ser capaz de mencionar dois cuidados necessários antes de sua realização.</p>	<p><i>Atitude Inadequada:</i> Se a mulher considerar o exame pouco necessário, desnecessário ou se não possuir uma opinião formada sobre sua importância, e/ou apresentar motivações diferentes da prevenção do câncer de colo de útero, para buscar o serviço de saúde para realização do exame.</p>	<p><i>Prática Inadequada:</i> Se o último exame preventivo tiver sido realizado há mais de três anos, ou se nunca o realizou, mesmo após ter iniciado atividade sexual há mais de um ano, ou não ter retornado para receber o resultado ou não ter apresentado o resultado ao profissional de saúde.</p>

Fonte: Malta, 2014.

O CAP utilizado nesse projeto seguirá o instrumento de Malta (2014) podendo ser visualizado no anexo 1 e foi construído com o objetivo de analisar o conhecimento, atitude e prática das mulheres indígenas sobre a prevenção do câncer do colo de útero.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu durante salas de espera, em atendimentos diversos, quando as mulheres foram convidadas a participar da pesquisa, e durante as visitas domiciliares realizadas no território. Esse processo foi conduzido em ambiente privativo, no qual aplicou-se um formulário junto as mulheres de forma a garantir a privacidade das participantes e evitar qualquer influência nas suas respostas.

Para tornar a coleta de dados mais padronizada, realizou-se o treinamento de uma equipe

composta por profissionais, incluindo técnicos de enfermagem, enfermeiros, graduandos de enfermagem, além de uma mestranda e uma doutoranda. Todos participaram desse processo de capacitação, com o objetivo de garantir a aplicação correta do formulário às mulheres, esclarecendo o máximo de dúvidas possível e evitando qualquer influência em suas respostas. É importante destacar que os formulários foram aplicados em momentos acessíveis e oportunos para o público-alvo, seja enquanto as mulheres aguardavam atendimento na unidade de saúde, durante a sala de espera, ou durante as visitas domiciliares realizadas.

Embora não tenha sido realizado um teste-piloto formal, a aplicação inicial do instrumento em algumas visitas domiciliares permitiu ajustes na forma de abordagem das perguntas, garantindo maior clareza, fluidez na comunicação e compreensão por parte das participantes.

É importante ressaltar que as mulheres participantes foram previamente abordadas, momento em que foram informadas sobre os objetivos do estudo. Após concordarem em participar da pesquisa, realizou-se o procedimento de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, foi aplicado o formulário junto às participantes.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram armazenados em um banco de dados do Microsoft Excel e posteriormente enviados para o programa SPSS versão 20.0 onde foram analisados através de medidas descritivas por meio de gráfico, tabelas, frequências absolutas. Inicialmente, realizou-se análise descritiva dos dados, com cálculo de frequências absolutas e relativas para a caracterização da população estudada e dos domínios CAP. Em seguida, procedeu-se à análise bivariada entre as variáveis independentes e cada um dos desfechos (conhecimento inadequado, atitude inadequada e prática inadequada), utilizando-se o teste do qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, conforme a adequação aos pressupostos estatísticos. As variáveis que apresentaram associação com valor de p-valor inferior a 0,25 na análise bivariada foram selecionadas para compor os modelos multivariados.

Foram construídos modelos multivariados independentes para cada domínio do CAP, considerando-se separadamente os desfechos conhecimento inadequado, atitude inadequada e prática inadequada. As associações foram estimadas por meio de regressão de Poisson com variância robusta, permitindo o cálculo das razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), adotando-se nível de significância estatística de 5%.

Antes da construção dos modelos multivariados, procedeu-se à avaliação da colinearidade entre as variáveis independentes, por meio da inspeção dos fatores de inflação da variância (Variance Inflation Factor – VIF), considerando-se valores inferiores a 10 como indicativos de ausência de multicolinearidade relevante. A estabilidade das estimativas foi avaliada pela análise da amplitude dos intervalos de confiança e da consistência das razões de prevalência estimadas, especialmente em categorias com menor frequência.

As categorias das variáveis independentes que apresentaram frequências reduzidas ou estimativas nulas nos modelos de regressão foram mantidas na análise, a fim de preservar a representatividade da população estudada. Contudo, os resultados associados a essas categorias foram interpretados com cautela, considerando-se a possibilidade de instabilidade das estimativas, evidenciada por intervalos de confiança amplos ou razões de prevalência iguais a zero.

Embora a significância estatística tenha sido adotada como critério principal para a identificação das associações, optou-se por descrever também Razões de Prevalência (RP) de magnitude elevada ou com valores limítrofes de significância. Essa estratégia considera que, especialmente em estudos com populações específicas e tamanhos amostrais reduzidos, estimativas não estatisticamente significativas podem expressar efeitos relevantes do ponto de vista epidemiológico, ainda que acompanhadas de ampla imprecisão.

Dessa forma, a apresentação dessas RP contribui para uma leitura mais abrangente dos achados, sem implicar inferências causais. Todas as análises estatísticas foram realizadas no software R, versão 4.2.2, utilizando-se funções apropriadas para análise descritiva, testes de associação bivariada e regressão de Poisson com variância robusta.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo observou rigorosamente os princípios éticos da pesquisa científica, destacando o compromisso com a condução ética das investigações. Garantiu a confidencialidade dos participantes, assegurando que não haverá riscos físicos, financeiros ou emocionais para eles. Todas as exigências estabelecidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) foram plenamente cumpridas (Brasil, 2012). O trabalho foi enviado e apresentado ao Certificado de Apresentação de Certificação Ética (CAAE) da plataforma Brasil, segundo o número 88704225.8.0000.5576.

A pesquisa garantiu a confidencialidade dos dados dos participantes, mantendo suas informações privadas e protegendo sua imagem. Além disso, o acesso às informações coletadas

foi limitado à equipe do projeto, sendo utilizado unicamente para a elaboração de trabalhos científicos.

O presente projeto minimizou possíveis prejuízos aos participantes, prevenindo riscos nas áreas moral, intelectual, social, psíquica e/ou cultural, tanto a curto quanto a longo prazo. Foi observada a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Todos os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual todas as informações são asseguradas a eles. Foram esclarecidos seus direitos e dúvidas, e após aceitarem participar da pesquisa, assinaram o documento (em duas vias), ficando uma com o participante e a outra com equipe proponente do estudo. O participante teve ainda a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo a este. Importante ressaltar que a equipe de pesquisa ofereceu apoio àqueles que necessitaram, bem como acompanhamento mesmo após conclusão da pesquisa.

5 RESULTADOS

No tocante à idade, 39,5% das mulheres encontravam-se em idade fértil, enquanto que 60,5% estava fora desse período. Observou-se que a maioria das mulheres indígenas em idade fértil possuía companheiro (79,1%). Quanto à escolaridade, predominou o ensino médio completo (42,6%), seguido do ensino médio incompleto (19,4%) e ensino fundamental completo (14,7%), sendo reduzida a proporção com ensino superior completo ou pós-graduação.

A renda familiar mostrou-se majoritariamente baixa, com 87,6% das participantes relatando rendimento mensal igual ou inferior a um salário-mínimo. O recebimento de auxílio financeiro foi referido por 65,9%, com predominância do Programa Bolsa Família (58,1%). Em relação à religião, identificou-se maior frequência de mulheres católicas (44,2%), seguidas das evangélicas (37,2%).

Quanto à ocupação, 59,7% não exerciam atividade laboral no momento da pesquisa, e praticamente todas residiam na zona rural (98,4%). Em termos de acesso aos serviços de saúde 53,5% afirmaram morar próximo à Unidade Básica de Saúde (UBS) e 46,5% declararam residir mais afastadas (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas de mulheres residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026.

Variável		N	%
Idade	Mulher em idade fértil	51	39,5
	Mulher fora da idade fértil	78	60,5
Estado civil	Com companheiro	102	79,1
	Sem companheiro	27	20,9
	Não Alfabetizadas	9	7,0
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	11	8,5
	Ensino fundamental completo	19	14,7
	Ensino médio incompleto	25	19,4
	Ensino médio completo	55	42,6
	Ensino superior incompleto	6	4,7
	Ensino superior completo	3	2,3
	Pós-graduação	1	0,8
Renda Familiar	Menor ou igual a um salário-mínimo	113	87,6
	Maior que um salário-mínimo	16	12,4
Auxílio financeiro	Sim	85	65,9
	Não	44	34,1
	Bolsa Família	75	58,1
Qual auxílio?	BPC	3	2,3
	LOAS	1	0,8
	Aposentadoria	6	4,7
	Não recebe	44	34,1

Religião	Católica	57	44,2
	Evangélica	48	37,2
	Umbanda	1	0,8
Trabalha	Sim	52	40,3
	Não	77	59,7
Zona de Residência	Urbana	2	1,6
	Rural	127	98,4
Mora próximo a UBS	Sim	69	53,5
	Não	60	46,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

No que se refere às condições de moradia e hábitos de vida, verificou-se amplo acesso à energia elétrica e ao abastecimento de água (99,2% em ambos). Em contraste, a ausência de saneamento básico foi praticamente universal (99,2%). A prática de atividade física foi relatada por 18,6% das participantes, com maior frequência diária entre aquelas que praticavam. A maioria das mulheres dormia menos de oito horas por noite (77,5%). O consumo de álcool foi referido por 24,8%, enquanto o tabagismo apresentou baixa frequência (7,8%). O uso contínuo de medicação foi relatado por 45,7%, e 43,4% informaram possuir alguma doença diagnosticada (Tabela 2).

Tabela 2 – Condições de moradia, hábitos de vida e estado de saúde de mulheres residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026.

Variável	N	%	
Energia Elétrica	Sim	128	99,2
	Não	1	0,8
Abastecimento de Água	Sim	128	99,2
	Não	1	0,8
Saneamento Básico	Sim	1	0,8
	Não	128	99,2
Atividade Física	Sim	24	18,6
	Não	105	81,4
	2 x na semana	3	12,5
Frequência de Atividade Física	3 x na semana	8	33,6
	Esporadicamente	1	4,1
	Diariamente	11	45,9
	Semanalmente	1	4,1
	Menos de 8 horas	100	77,5
Horas de sono	Mais de 8 horas	29	22,5
	Sim	32	24,8
Consumo álcool	Não	97	75,2
	Sim	10	7,8
Fuma	Não	119	92,2
	Sim	59	45,7
Uso de Medicação	Não	70	54,3
	Sim	56	43,4

Doença diagnosticada	Não	73	56,6
----------------------	-----	----	------

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Observou-se elevada proporção de mulheres com vida sexual ativa (89,1%), com predominância da orientação heterossexual (99,2%) e de parceria fixa (85,3%). Identificou-se ainda que a maioria das mulheres apresentou sexarca tardia (76%). A realização de laqueadura tubária foi relatada por 25,6%. Quando indagadas sobre a participação em atividades educativas, 92,2% referiram ter participado de alguma atividade dessa natureza. Quanto ao uso de preservativo, verificou-se elevada proporção de não utilização (67,4%), enquanto o uso de outros métodos contraceptivos foi referido por 29,5%. A maioria das participantes possuía filhos (90,7%), sendo mais frequente o primeiro parto ocorrido entre 15 e 19 anos (45,7%). O relato de aborto esteve presente em 27,1%. A ocorrência prévia de infecção sexualmente transmissível foi pouco frequente (5,4%), assim como a realização de histerectomia (10,1%). Já o histórico familiar de câncer do colo do útero foi referido por 12,4% das participantes (Tabela 3).

Tabela 3 - Características da vida sexual e reprodutiva de mulheres residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026.

Variável		N	%
Vida sexual ativa	Sim	115	89,1
	Não	14	10,9
Preferência sexual	Heterossexual	128	99,2
	Bissexual	1	0,8
Parceiro fixo	Sim	110	85,3
	Não	16	12,4
	Não têm parceiro	3	2,3
Sexarca	Tardia	98	76,0
	Precoce	31	24,0
Fez laqueadura	Sim	33	25,6
	Não	96	74,4
Participou de alguma atividade educativa?	Sim	119	92,2
	Não	10	7,8
Usa preservativo	Sim	26	20,2
	As vezes	16	12,4
	Não	87	67,4
Usa outros métodos contraceptivos	Sim	38	29,5
	Não	91	70,5
Têm filhos	Sim	117	90,7
	Não	12	9,3
Com que idade teve o primeiro filho?	Menos de 15 anos	19	14,7
	Entre 15 e 19 anos	59	45,7
	Entre 20 a 24 anos	27	20,9
	25 anos ou mais	14	10,9

Aborto	Sim	35	27,1
	Não	94	72,9
Teve alguma IST	Sim	7	5,4
	Não	122	94,6
Histerectomia	Sim	13	10,1
	Não	116	89,9
Ca uterino na família	Sim	16	12,4
	Não	113	94,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

A Estratégia Saúde da Família foi o principal local de realização do último exame preventivo (93,0%). Entre aquelas que não realizaram o exame na unidade da ESF, os motivos mais frequentemente relatados foram vergonha do profissional e outros fatores diversos. A maioria das participantes não relatou dificuldades para realizar o exame na ESF (91,5%) e informou nunca ter procurado a unidade sem conseguir realizar o procedimento (96,1%). O deslocamento até a unidade de saúde ocorreu principalmente por ônibus (42,6%) ou a pé (31,8%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Acesso aos serviços de saúde e dificuldades relacionadas à realização do exame de prevenção do câncer do colo do útero entre mulheres residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026.

Variável		N	%
O seu último exame de prevenção foi realizado em determinado local.	Consultório médico	6	4,7
	ESF	120	93,0
	Outros	3	2,3
Caso não tenha realizado o último exame de prevenção na unidade da ESF, houve um motivo específico para isso.	Têm plano de saúde	2	22,2
	outros	2	22,2
	Tem vergonha do profissional da ESF	3	33,4
Caso o último exame de prevenção tenha sido realizado na unidade da ESF, a senhora teve alguma dificuldade para consegui-lo.	O resultado do exame demora	2	22,2
	Sim	2	1,6
	Não	118	91,5
Alguma vez a senhora procurou a unidade da ESF para realização do exame de prevenção e não conseguiu realizá-lo.	Sim	2	2,6
	Não	124	96,1
	Nunca procurou	3	2,3
	Moto	14	10,9
A senhora chega à unidade de saúde por meio de determinado meio de transporte.	Carro	10	7,8
	Ônibus	55	42,6
	Caminhando	41	31,8
	Bicicleta	9	7,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Observou-se elevada proporção de respostas corretas relacionadas ao conhecimento

sobre o exame de prevenção do câncer do colo do útero. A maioria das participantes já havia ouvido falar sobre o exame (97,7%) e demonstrou conhecimento adequado quanto à sua finalidade (91,5%), aos cuidados necessários para sua realização (92,2%) e à periodicidade recomendada (95,3%). Entretanto, ao serem questionadas sobre medidas gerais de prevenção do câncer do colo do útero, observou-se menor proporção de respostas corretas (54,3%), evidenciando heterogeneidade no domínio conceitual mais amplo da prevenção (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição do conhecimento sobre o exame de prevenção do câncer do colo do útero entre mulheres residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026.

Questões	Certo		Errado	
	N	%	N	%
A senhora já ouviu falar sobre o exame de prevenção do câncer de colo do útero.	126	97,7	3	2,3
Para a senhora, o exame serve para qual finalidade.	118	91,5	11	8,5
A senhora poderia dizer, pelo menos, dois cuidados necessários que a mulher deve ter para realizar esse exame.	119	92,2	10	7,8
O exame deve ser realizado com que periodicidade.	123	95,3	6	4,7
Em sua opinião, existem cuidados que devem ser adotados para prevenir o câncer do colo do útero.	70	54,3	59	45,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Quanto às atitudes, verificou-se que 94,6% das participantes reconheceram a importância da realização periódica do exame, e 77,5% consideraram que a mulher deve procurar o serviço de saúde para realizá-lo, indicando elevada atitude favorável frente à prevenção (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição das atitudes sobre o exame de prevenção do câncer do colo do útero entre mulheres residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026.

Questões	Certo		Errado	
	N	%	N	%
Para a senhora, realizar o exame de prevenção periodicamente é algo (importante, necessário, indiferente, etc.).	122	94,6	7	5,4
Para a senhora, a mulher deve procurar o serviço de saúde para a realização do exame de prevenção.	100	77,5	29	22,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Em relação às práticas, praticamente todas as participantes relataram já ter realizado o exame alguma vez (98,4%), sendo que 76,7% o haviam realizado dentro do intervalo recomendado. A maioria retornou para receber o resultado (87,6%) e apresentou o exame a algum profissional de saúde (85,3%), indicando elevada adesão às etapas subsequentes do cuidado preventivo (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das práticas sobre o exame de prevenção do câncer do colo do útero entre mulheres residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026.

Questões	Certo		Errado	
	N	%	N	%
A senhora já realizou esse exame alguma vez.	127	98,4	2	1,6
Caso já tenha realizado o exame, a última vez que o realizou foi em determinada data.	99	76,7	30	23,3
Quando a senhora fez o seu último exame, retornou para receber o resultado.	113	87,6	16	12,4
Caso tenha retornado, mostrou o resultado para algum profissional de saúde.	110	85,3	19	14,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Na classificação final dos domínios conhecimento, atitude e prática, observou-se predominância de conhecimento adequado (93,8%), seguida de atitude adequada (74,4%) e prática adequada (71,3%), evidenciando redução progressiva da adequação ao longo do continuum CAP (Tabela 8).

Tabela 8 – Classificação final dos domínios conhecimento, atitude e prática (CAP) sobre o exame de prevenção do câncer do colo do útero entre mulheres residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026.

Domínio	Adequada		Inadequada	
	N	%	N	%
Conhecimento	121	93,8	8	6,2
Atitude	96	74,4	33	25,6
Prática	92	71,3	37	28,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Na análise dos fatores associados ao conhecimento inadequado sobre a prevenção do câncer do colo do útero (Tabela 9), identificaram-se associações estatisticamente significativas com as variáveis saneamento básico e histerectomia. Mulheres residentes em domicílios sem saneamento básico apresentaram menor prevalência de conhecimento inadequado quando comparadas àquelas com acesso ao serviço (RP = 0,11; IC95%: 0,02–0,52; p = 0,005). De forma semelhante, mulheres sem histórico de histerectomia apresentaram menor prevalência de conhecimento inadequado em relação às submetidas ao procedimento (RP = 0,23; IC95%: 0,06–0,89; p = 0,033).

Embora sem significância estatística, algumas estimativas apresentaram magnitude elevada e ampla imprecisão. Mulheres que não exerciam atividade laboral apresentaram RP de 3,46 (IC95%: 0,44–27,07; p = 0,238), indicando prevalência estimada mais de três vezes superior de conhecimento inadequado. Observou-se ainda que mulheres sem histórico familiar

de câncer do colo do útero apresentaram RP de 1,99 (IC95%: 0,55–7,18; $p = 0,294$), valor próximo ao dobro da prevalência do desfecho. As variáveis uso de medicação e utilização de outros métodos contraceptivos apresentaram RP próximas à unidade.

Tabela 9 – Fatores associados ao conhecimento inadequado frente à prevenção do câncer do colo do útero entre mulheres residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026.

Variáveis		Conhecimento inadequado		
		RP	IC 95%	p-valor
Trabalha	Sim	-	-	-
	Não	3,46	0,44 – 27,07	0,238
Saneamento Básico	Sim	-	-	-
	Não	0,11	0,02 – 0,52	0,005
Uso de Medicação	Sim	-	-	-
	Não	0,87	0,19 – 3,86	0,850
Usa outros métodos contraceptivos	Sim	-	-	-
	Não	0,65	0,08 – 5,41	0,692
Histerectomia	Sim	-	-	-
	Não	0,23	0,06 – 0,89	0,033
Ca uterino na família	Sim	-	-	-
	Não	1,99	0,55 – 7,18	0,294

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Em relação à atitude inadequada (Tabela 10), observaram-se associações estatisticamente significativas com a situação de trabalho e o consumo de álcool. Mulheres que não trabalhavam apresentaram maior prevalência de atitude inadequada em comparação àquelas que exerciam atividade laboral (RP = 2,53; IC95%: 1,09–5,88; $p = 0,031$). A ausência de consumo de álcool esteve associada a menor prevalência de atitude inadequada (RP = 0,53; IC95%: 0,29–0,98; $p = 0,044$).

Apesar da ausência de significância estatística, destacaram-se RP elevadas para renda familiar superior a um salário-mínimo (RP = 2,20; IC95%: 0,53–9,15) e para não uso de medicação (RP = 1,56; IC95%: 0,49–4,96). Observou-se ainda tendência de redução das RP com o aumento da escolaridade, embora sem significância estatística.

As categorias de escolaridade mais elevada apresentaram RP nulas, com intervalos de confiança iguais a zero, indicando instabilidade do modelo nessas categorias, possivelmente relacionada ao reduzido número de observações.

Tabela 10 – Fatores associados à atitude inadequada frente à prevenção do câncer do colo do útero entre mulheres indígenas residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026.

Variáveis		Atitude inadequada		
		RP	IC 95%	p-valor
Escolaridade	Não Alfabetizadas	-	-	-

	Ensino fundamental incompleto	0.79	0.2–3.17	0.743
	Ensino fundamental completo	1.01	0.29–3.56	0.991
	Ensino médio incompleto	0.64	0.2–2.08	0.458
	Ensino médio completo	0.52	0.16–1.68	0.274
	Ensino superior incompleto	0.00	0–0	<0,001
	Ensino superior completo	1.00	0.13–7.92	0.999
	Pós-graduação	0.00	0–0	<0,001
Renda Familiar	Menor ou igual a um salário-mínimo	-	-	-
	Maior que um salário-mínimo	2.20	0.53–9.15	0.279
Auxílio financeiro	Sim	-	-	-
	Não	0.72	0.34–1.55	0.405
Trabalha	Sim	-	-	-
	Não	2.53	1.09–5.88	0.031
Horas de sono	Menos de 8 horas	-	-	-
	Mais de 8 horas	1.26	0.63–2.49	0.514
Consumo álcool	Sim	-	-	-
	Não	0.53	0.29–0.98	0.044
Fuma	Sim	-	-	-
	Não	0.99	0.38–2.59	0.984
Uso de Medicação	Sim	-	-	-
	Não	1.56	0.49–4.96	0.452
Doença diagnosticada	Sim	-	-	-
	Não	0.42	0.14–1.29	0.13
Fez laqueadura	Sim	-	-	-
	Não	0.61	0.29–1.31	0.208
Usa preservativo	Sim	-	-	-
	Sim	-	-	-
Aborto	Não	0.89	0.46–1.75	0.743

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Quanto à prática inadequada (Tabela 11), identificaram-se associações estatisticamente significativas com religião, vida sexual ativa e histerectomia. Mulheres evangélicas apresentaram menor prevalência de prática inadequada em comparação às católicas (RP = 0,41; IC95%: 0,19–0,85; p = 0,017). A ausência de vida sexual ativa esteve associada a maior prevalência de prática inadequada (RP = 4,23; IC95%: 1,79–10,03; p = 0,001), assim como a ausência de histerectomia (RP = 3,82; IC95%: 1,37–10,62; p = 0,010).

Entre as associações não estatisticamente significativas, observaram-se estimativas com valores limítrofes de significância, como menor prevalência de prática inadequada entre mulheres sem companheiro (RP = 0,46; IC95%: 0,20–1,06; p = 0,068) e entre aquelas com ensino superior completo (RP = 0,28; IC95%: 0,07–1,08; p = 0,064). A ausência de abastecimento de água também apresentou RP reduzida (RP = 0,19; IC95%: 0,03–1,01; p = 0,052). As demais variáveis analisadas apresentaram RP próximas à unidade ou ampla imprecisão.

Tabela 11 – Fatores associados à prática inadequada frente à prevenção do câncer do colo do útero entre mulheres indígenas residentes em aldeia indígena do Ceará, 2026.

Variáveis		Atitude inadequada		
		RP	IC 95%	P-valor
Estado civil	Com companheiro	-	-	-
	Sem companheiro	0.46	0.2–1.06	0.068
Escolaridade	Não Alfabetizadas	-	-	-
	Ensino fundamental incompleto	0.45	0.12–1.72	0.243
	Ensino fundamental completo	0.82	0.25–2.7	0.741
	Ensino médio incompleto	0.60	0.2–1.83	0.37
	Ensino médio completo	0.58	0.21–1.62	0.3
	Ensino superior incompleto	0.58	0.06–5.79	0.642
Religião	Ensino superior completo	0.28	0.07–1.08	0.064
	Pós-graduação	0.00	0–0	0,001
	Católica	-	-	-
Abastecimento de água	Evangélica	0.41	0.19–0.85	0.017
	Umbanda	1.42	0.37–5.49	0.615
Saneamento Básico	Sim	-	-	-
	Não	0.19	0.03–1.01	0.052
Atividade Física	Sim	-	-	-
	Não	2.04	0.68–6.09	0.201
Consumo álcool	Sim	-	-	-
	Não	0.80	0.42–1.53	0.509
Fuma	Sim	-	-	-
	Não	0.63	0.28–1.41	0.26
Doença diagnosticada	Sim	-	-	-
	Não	1.33	0.7–2.54	0.389
	Sim	-	-	-
Vida sexual ativa	Não	4.23	1.79–10.03	0.001
	Sim	-	-	-
Outros métodos contraceptivos	Não	2.00	0.83–4.82	0.124
	Sim	-	-	-
Histerectomia	Não	3.82	1.37–10.62	0.01

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

De forma geral, observou-se elevada adequação nos domínios de conhecimento, atitude e prática. Entretanto, a análise multivariada evidenciou que, mesmo em um contexto de alta cobertura do exame preventivo, determinadas características sociodemográficas, comportamentais e reprodutivas estiveram associadas à inadequação desses domínios, revelando heterogeneidade interna nos padrões de prevenção entre as mulheres indígenas estudadas.

Os resultados do estudo evidenciaram associações que não seguem um padrão linear esperado a partir dos determinantes socioeconômicos clássicos, observou-se alta prevalência de conhecimento adequado e elevada realização do exame Papanicolau na população estudada. Esse achado indica que o conhecimento e a prática relacionados à prevenção do câncer do colo do útero, na população estudada, não se distribuem exclusivamente em função das condições materiais de vida.

Adicionalmente, algumas variáveis apresentaram Razões de Prevalência que, embora não estatisticamente significativas, mostraram magnitudes relevantes ou direções consistentes, chamando atenção para padrões específicos do território. A menor prevalência de conhecimento inadequado entre mulheres sem saneamento básico, por exemplo, sugere a presença de fatores contextuais que influenciam positivamente o acesso à informação e às ações preventivas, independentemente das condições estruturais domiciliares.

No que se refere à prática do exame preventivo, os resultados indicaram que a elevada proporção de mulheres que já realizaram o Papanicolau pode estar relacionada à forma como o cuidado é organizado no território. A realização do exame parece ocorrer de maneira sistemática, possivelmente vinculada a ações programáticas da Atenção Primária à Saúde, o que contribui para uma cobertura elevada mesmo entre mulheres em contextos de maior vulnerabilidade social.

Observou-se ainda maior prevalência de prática inadequada entre mulheres que relataram não possuir vida sexual ativa. Esse resultado sugere que os padrões de realização do exame podem estar associados aos critérios adotados pelos serviços de saúde para a sua oferta, especialmente aqueles relacionados à história sexual, influenciando a frequência com que determinadas mulheres são orientadas ou encaminhadas para a realização do exame.

A variável religião apresentou associação com a prática do exame preventivo, A associação observada entre a afiliação religiosa evangélica e melhores práticas relacionadas ao rastreamento do câncer do colo do útero deve ser compreendida para além de escolhas individuais.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo traz como resultado um perfil sociodemográfico marcado por um acentuado número de mulheres indígenas fora da idade fértil, com companheiro, tendo a escolaridade predominantemente concentrada no ensino médio e marcante vulnerabilidade socioeconômica. Quando analisados de forma integrada, esses resultados trazem à tona a presença de determinantes sociais que influenciam diretamente as condições de saúde reprodutiva, o acesso aos serviços e a autonomia dessas mulheres, reforçando a importância de abordagens integradas no âmbito da saúde coletiva.

As estratégias de rastreamento do câncer do colo do útero não se restringem à fase reprodutiva, sendo recomendadas para mulheres ao longo do curso de vida, especialmente entre 25 e 64 anos, conforme diretrizes nacionais e internacionais. Estudos recentes apontam que mulheres fora da idade fértil tendem, com maior frequência, a perceber menor risco para a doença, o que pode influenciar negativamente atitudes e práticas preventivas, apesar de permanecerem elegíveis para o rastreamento (BRASIL, 2023; WHO, 2022).

Podemos observar um elevado índice de mulheres indígenas com companheiro, sendo perceptível a partir das especificidades socioculturais dessa população, onde temos que as uniões conjugais são estabelecidas de forma cada dia mais precoce, conforme podemos observar em alguns estudos (Santos, et al., 2021). De acordo com a literatura, o estado conjugal exerce um papel ambíguo: ao mesmo tempo em que pode fortalecer redes de apoio social e familiar, pode restringir a autonomia feminina nas decisões reprodutivas e no uso dos serviços de saúde (Mascarenhas et al., 2020; Sacramento et al., 2025). Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde enfatiza que, em populações indígenas, o estado conjugal da pessoa não deve ser interpretado de forma isolada, sendo este analisado de forma articulada com as normas culturais e com as relações de poder estabelecidas no âmbito familiar, uma vez que análises descontextualizadas podem levar a interpretações simplificadoras ou equivocadas (WHO, 2021).

Em relação à escolaridade, observa-se que a maioria das mulheres indígenas possuía ensino médio completo ou incompleto, indicando avanços no acesso à educação formal quando comparado a dados históricos, nos quais predominava o ensino fundamental. Esses avanços se refletem nos indicadores educacionais mais recentes: segundo o Censo Demográfico de 2022, 84,9% da população indígena de 15 anos ou mais era alfabetizada, com uma redução do analfabetismo de 32,3% em 2010 para 20,8% em 2022. Desta forma, encontramos estudos

nacionais recentes que apontam melhorias nos níveis de educação dessa respectiva população, atribuídas à ampliação de políticas de educação intercultural e de ações afirmativas (Miranda; Belizario; Pereira, 2024, Santos et al., 2021). No entanto, não podemos deixar de lado que ainda há uma baixa proporção de mulheres com ensino superior ou pós-graduadas, demonstrando a existência de barreiras estruturais, como desigualdades territoriais, discriminação institucional e limitações econômicas, levando ao aumento das dificuldades da progressão no sistema educacional (Sacramento et al., 2025).

A predominância de renda familiar igual ou inferior a um salário-mínimo evidencia a vulnerabilidade socioeconômica dessa população. A literatura aponta que a pobreza entre mulheres indígenas em idade fértil está associada a piores desfechos em saúde materna e reprodutiva e a maiores dificuldades de acesso a serviços de saúde (Mascarenhas et al., 2020; WHO, 2021). Esses achados reforçam que a desigualdade econômica permanece como eixo central das iniquidades em saúde que afetam as populações indígenas.

Por outro lado, algumas divergências merecem ser destacadas. Enquanto determinados estudos apontam níveis ainda mais baixos de escolaridade entre mulheres indígenas residentes em áreas rurais ou de difícil acesso (Santos et al., 2021), o presente estudo indica maior concentração no ensino médio. Esse achado pode estar relacionado a características específicas do território investigado, como maior proximidade com centros urbanos ou a existência de políticas públicas locais mais efetivas. Essas diferenças demonstram que as populações indígenas não constituem um grupo homogêneo e que ao generalizarmos as análises, podemos ocultar distintas realidades.

Dessa forma, torna-se fundamental considerar o contexto regional, bem como as condições locais de acesso e permanência nos serviços educacionais, em que os avanços na área da educação ocorrem de forma concomitante à permanência de desigualdades econômicas e socioculturais, evidenciando a necessidade de políticas públicas intersetoriais que integrem educação, geração de renda e atenção integral à saúde da população.

O estudo nos traz uma proporção elevada de mulheres beneficiárias de programas de transferência de renda, principalmente o Programa Bolsa Família, demonstrando a importância das políticas de proteção social como meio de subsistência das famílias indígenas. Esse resultado está em consonância com estudos recentes que apontam maior dependência desses programas em territórios indígenas, sobretudo em áreas rurais, onde as oportunidades de inserção produtiva são limitadas e a economia se organiza predominantemente em torno da subsistência (Silva et al., 2019; Paiva et al., 2021).

No campo da saúde coletiva, a literatura indica que a transferência condicionada de renda pode contribuir positivamente para indicadores de saúde materno-infantil, como a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a melhoria da segurança alimentar, embora esses efeitos sejam condicionados à qualidade da oferta dos serviços e à presença de barreiras geográficas (Rasella et al., 2020; WHO, 2022)

Entretanto, observamos uma elevada dependência dessas famílias pelos auxílios financeiros podendo ser compreendida como uma vulnerabilidade estrutural persistente. Estudos indicam que, embora fundamentais, os programas de transferência de renda são insuficientes para romper ciclos entre gerações de pobreza nas populações indígenas, sobretudo quando não articulados a políticas de desenvolvimento territorial, educação e valorização das economias tradicionais (Paiva et al., 2021; Santos et al., 2023). Dessa forma, esses resultados reforçam a necessidade de estratégias intersetoriais que ultrapassem o caráter meramente compensatório das políticas de renda.

No quesito religião, a predominância foi de mulheres que se declararam católicas, seguida pelas evangélicas, o que reflete diretamente nos processos históricos de evangelização. Alguns estudiosos (Langdon, 2019; Coimbra; Garnelo, 2004; Menéndez, 2020) indicam que a filiação religiosa pode influenciar práticas de cuidado em saúde, concepções sobre o corpo e a reprodução, além da forma como essas mulheres se relacionam com os serviços de saúde biomédicos.

Conforme apontam Kleinman (1988) e Good (1994), os processos de adoecimento, cuidado e prevenção são atravessados por sistemas simbólicos e culturais que organizam o modo como os sujeitos percebem o corpo, a doença e os serviços de saúde. Em contextos indígenas e socialmente vulneráveis, as instituições religiosas frequentemente atuam como importantes redes de apoio social, oferecendo espaços de acolhimento, circulação de informações e fortalecimento de vínculos comunitários.

Estudos no campo da antropologia da saúde e introdução da cultura (Langdon, 2010) destacam que essas redes podem assumir papel mediador entre os saberes tradicionais e os serviços biomédicos, influenciando positivamente práticas de cuidado. Nesse sentido, a religiosidade emerge como um determinante social positivo da saúde, ao estruturar relações coletivas que favorecem a adesão às ações preventivas.

A presença simultânea de diversas matrizes religiosas, articuladas às populações indígenas tradicionais, configura um campo simbólico complexo, no qual as crenças religiosas podem tanto favorecer quanto dificultar a adesão às práticas de cuidado em saúde, a depender do contexto local. Nesse sentido, a OMS destaca que o reconhecimento e a incorporação dessas

dimensões culturais são fundamentais para a efetividade das ações de saúde voltadas aos povos indígenas (WHO, 2022).

A invisibilidade do trabalho feminino indígena é evidenciada pela elevada proporção de mulheres que não exerciam atividade laboral remunerada no momento da pesquisa, que dialoga com estudos que evidenciam o trabalho feminino indígena, restrito às esferas doméstica, comunitária e produtiva não rentável (Silva et al., 2019; Santos et al., 2023). Esse fato implica diretamente na autonomia dessas mulheres, em sua capacidade de decisão econômica e reprodutiva. A ausência de renda própria está relacionada a maior dependência de programas sociais e de parceiros, além de maior exposição a situações de vulnerabilidade social e desigualdade de gênero (Raaselha et al, 2020).

Por fim, a quase totalidade de participantes residentes na zona rural evidencia o caráter territorial das desigualdades identificadas. A residência em áreas rurais indígenas está associada a múltiplas barreiras no acesso aos serviços de saúde, incluindo longas distâncias, dificuldades de transporte e oferta irregular de ações da atenção primária, conforme amplamente descrito na literatura nacional e internacional (Coimbra; Garnelo, 2004; WHO, 2022).

Nesse contexto, embora pouco mais da metade das mulheres tenha referido morar próximo à Unidade Básica de Saúde, uma parcela expressiva declarou residir em áreas mais afastadas, o que reforça a persistência de barreiras geográficas ao cuidado. Esses achados indicam que a proximidade física aos serviços não é homogênea no território e que a distância até a UBS pode interferir na regularidade do acompanhamento preventivo, no comparecimento às consultas e na continuidade do cuidado.

Dessa forma, concluímos que o território continua sendo um determinante central das iniquidades em saúde, o que exige estratégias específicas para a organização dos serviços e o fortalecimento da atenção à saúde indígena. Este fato não condiz com o território estudado, uma vez que existe a disponibilidade de transporte urbano público que circula nos principais pontos da aldeia durante todo o dia, além da oferta de transporte sanitário por parte da UBS.

As condições de moradia e os hábitos de vida identificados, apontam para um contexto marcado por contrastes, no qual apresentamos melhorias pontuais em infraestrutura convivendo com privações estruturais e com comportamentos associados a riscos à saúde. Esse conjunto de fatores configura um complexo quadro de vulnerabilidade social e epidemiológica entre mulheres indígenas em idade fértil.

O amplo acesso à energia elétrica e à água encanada indica avanços nas condições materiais de vida em territórios indígenas, em consonância com políticas recentes de universalização de serviços básicos (Miranda; Belizario; Pereira, 2024; IBGE, 2022). No

entanto, a quase inexistência de saneamento básico evidencia a permanência de uma lacuna histórica, associada a importantes iniquidades em saúde. A existência de abastecimento de água sem saneamento básico adequado, observada neste estudo, reforça críticas à implementação fragmentada de políticas públicas de infraestrutura em contextos indígenas e continua sendo um dos principais problemas enfrentados por toda população indígena de diversas regiões (Horta et al., 2019; WHO, 2021).

A baixa adesão a atividade física pode estar relacionada à sobrecarga do trabalho doméstico, as responsabilidades familiares, ao baixo poder socioeconômico e as limitações do contexto rural. Estudos recentes demonstram redução da realização de atividades físicas, como a agricultura de subsistência, a coleta e os deslocamentos a pé, associados à crescente dependência de bens e serviços externos, o que tem acarretado efeitos negativos sobre a saúde metabólica e cardiovascular (Coimbra Júnior et al., 2020; Milania et al., 2025).

Uma informação bastante relevante que podemos observar é a acentuada proporção de mulheres que relataram dormir menos de oito horas por noite. Essa informação está diretamente relacionada a saúde mental, qualidade de vida, fatores ambientais, baixas condições de moradia, estresse, insegurança alimentar e dificuldades econômicas (Hirsch et al., 2021; WHO, 2021). Esses achados reforçam a importância de considerar o sono como um aliado para a melhoria da qualidade de vida. Observamos um crescente aumento no número de mulheres que consomem álcool e são tabagistas, fato este que varia conforme o contexto cultural, o território e o grau de interação com a sociedade e está diretamente relacionado as condições de vulnerabilidade social (Milania et al, 2025; Miranda; Belizario; Pereira, 2024).

Essas mulheres têm apresentado uma proporção elevada de doenças crônicas diagnosticadas, levando ao uso contínuo de medicações, sinalizando um processo de transição epidemiológica, ocasionado pela mudança dos hábitos alimentares, sedentarismo e condições socioambientais distintas (Coimbra Júnior et al., 2020; WHO, 2021).

No tocante à vida sexual e reprodutiva, os estudos mostraram número elevado de mulheres sexualmente ativas, com orientação predominantemente heterossexual e parceria fixa, evidenciando as especificidades socioculturais, que valorizam a constituição precoce da família e maternidade (Coimbra; Garnelo, 2004; Brandão, 2019; Milania et al, 2025). Ainda nesse cenário, a predominância de sexarca tardia entre as participantes pode estar relacionada a normas culturais que regulam o início da vida sexual, frequentemente vinculando-o à união conjugal, conforme descrito na literatura. Entretanto, apesar da estabilidade conjugal, é baixo o uso de métodos contraceptivos, bem como o uso do preservativo. A baixa prevalência de IST's (infecções sexualmente transmissíveis) pode refletir tanto a ocorrência de

subdiagnósticos como a possível naturalização de sintomas (Gomes de Fraga et al, 2023; Coimbra; Garnelo, 2004; WHO, 2022).

Observa-se, também, elevada participação das mulheres em atividades educativas em saúde, indicando que essas ações estão amplamente presentes no território, especialmente no âmbito da atenção primária. A ampla disseminação dessas ações no território pode ter contribuído para os elevados níveis de conhecimento observados entre as participantes. Contudo, a literatura recente destaca que a participação em atividades educativas, por si só, não garante mudanças efetivas nos comportamentos e nas práticas preventivas, uma vez que seus efeitos são atravessados por fatores culturais, relações de gênero e condições estruturais que influenciam o cotidiano das mulheres (Mascarenhas et al., 2020; Coimbra; Garnelo, 2004; WHO, 2022).

Um elevado índice do número de laqueadura tubária indica esse como sendo a opção central dos métodos contraceptivos, prática associada no Brasil, a mulheres em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica e menor escolaridade. Embora seja a escolha principal de método contraceptivo, pode sinalizar limitações no acesso a métodos reversíveis de longa duração, a um aconselhamento reprodutivo adequado, ou até mesmo a aceitação do uso dos métodos propostos (Caetano et al., 2019; Leal et al., 2021). Observamos ainda crescente número de gravidez na adolescência, alta proporção de mulheres com filhos, reforçando padrões reprodutivos amplamente descritos em populações indígenas. Embora a maternidade precoce seja valorizada em alguns contextos culturais, a literatura indica associação com maiores riscos obstétricos, baixo nível de escolaridade e perpetuação de situações de vulnerabilidade social (Milania et al., 2025; WHO, 2022).

Um expressivo número de mulheres, relataram ter passado por pelo menos um aborto, dado esse que embora não permita distinguir se foram espontâneos ou induzidos, a literatura nos traz que mulheres indígenas estão mais expostas a abortamentos inseguros, em virtude de barreiras geográficas, culturais e institucionais ao acesso ao planejamento reprodutivo e à atenção obstétrica de qualidade (Diniz et al., 2020; Leal et al., 2021).

A baixa frequência da realização no número de histerectomias, associada ao relato de histórico familiar de câncer do colo do útero entre as participantes, destaca a importância das ações de rastreamento e prevenção desse agravo. Evidências recentes indicam que mulheres indígenas apresentam menor cobertura do exame citopatológico e maior probabilidade de diagnósticos tardio, quando comparadas à população não indígena (Santos et al., 2021; WHO, 2022). Nesse sentido, reconhecer o histórico familiar, mesmo que de forma limitada, representa uma oportunidade para fortalecer estratégias de educação em saúde e de vigilância ativa no

âmbito da atenção primária à saúde indígena.

Dados voltados ao acesso e à realização do exame preventivo do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família (ESF) evidencia o papel central da atenção primária em saúde. A predominância da realização desse exame na unidade básica, reforça a importância da atenção primária como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, bem como o eixo estruturante das ações de rastreamento do câncer do colo do útero. Esses achados convergem com estudos que apontam que a ESF tem sido responsável por grande número de ações preventivas a saúde da mulher, especialmente em áreas rurais (Coimbra; Garnelo, 2004; Santos et al., 2021). O vínculo e a proximidade estabelecidos pelas equipes de saúde com a comunidade favorecem a adesão à realização do exame preventivo, bem como uma atenção de saúde mais qualificada.

Em contraste com a literatura, o presente estudo identificou uma baixa proporção no número de mulheres com dificuldades para realizar o exame, e raras tentativas frustradas de acesso para a realização desse exame na ESF, apresentando boa capacidade de resposta dos serviços no território, o que difere diretamente de outras pesquisas, onde mostram barreiras recorrentes ao acesso, oferta irregular do exame, escassez de profissionais qualificados e descontinuidade das ações de rastreamento em áreas indígenas (Gomes et al., 2020; WHO, 2022).

O acesso aos serviços de saúde, no contexto indígena, não se limita à proximidade geográfica das unidades, mas envolve dimensões relacionais, culturais e organizacionais. A presença regular das equipes de saúde no território, especialmente por meio das visitas domiciliares e da atuação dos Agentes Indígenas de Saúde, contribui para a construção de vínculo, confiança e continuidade do cuidado. Esses elementos são fundamentais para a adesão das mulheres indígenas às ações de rastreamento, uma vez que reduzem barreiras simbólicas, como o medo, a vergonha e a desconfiança institucional. Assim, o acesso deve ser compreendido como um processo socialmente mediado, no qual a organização do trabalho da Atenção Primária exerce papel central na promoção do cuidado preventivo (Minayo, 2014; Langdon, 2006).

Trazemos ainda como ponto relevante, que algumas mulheres não realizaram o exame na ESF por vergonha em relação ao profissional de saúde, reforçando achados da literatura que apontam que sentimentos de constrangimento influenciam diretamente a decisão de fazer ou não o exame ginecológico. Em especial, a realização do procedimento por profissionais homens ou por aqueles que não têm vínculo com a comunidade pode dificultar a adesão dessas mulheres na realização do exame (Martins et al, 2021; Miranda, Belizario e Pereira, 2024; Brandão,

2020).

Em relação ao deslocamento até a unidade de saúde, a predominância do uso de ônibus ou a realização de trajetos a pé evidencia a importância das condições territoriais e de mobilidade para o acesso aos serviços. Embora a maioria das mulheres não tenha relatado dificuldades, a dependência desses meios pode dificultar o acesso em situações como longas distâncias, mau tempo ou transporte irregular. Estudos indicam que esses fatores, mesmo quando não percebidos como problema imediato, podem afetar a continuidade do cuidado e a participação em ações preventivas ao longo do tempo (Santos et al., 2021; WHO, 2022).

A alta proporção de respostas corretas sobre o exame preventivo acompanha o que outros estudos têm mostrado sobre os avanços nas ações de rastreamento em territórios indígenas, especialmente na atenção primária à saúde (Santos et al., 2021; Gomes et al., 2021). Esses resultados indicam que o exame já faz parte da rotina de cuidado e é bem conhecido pelas mulheres, possivelmente devido às campanhas frequentes e ao trabalho realizado nas equipes da Estratégia Saúde da Família. Em contrapartida, apresentam o menor conhecimento sobre formas mais amplas de prevenção, como a relação com o HPV, o uso de preservativos e a vacinação, sugerindo que as ações educativas ainda estão muito focadas no exame, com pouca ênfase na explicação mais ampla sobre a prevenção da doença conforme descrito por Martins et al. (2021) e reforçado por WHO (2022).

O conhecimento das mulheres sobre o exame preventivo associado a fatores de entendimento inadequado da prevenção do câncer do colo do útero revela aspectos importantes relacionados ao acesso à informação, às condições sociais e às experiências prévias do cuidado em saúde. Os resultados mostram que, embora a maioria das mulheres indígenas demonstre bom conhecimento sobre o exame citopatológico, como sua finalidade, preparo e periodicidade, esse entendimento nem sempre se estende às formas mais amplas de prevenção da doença, evidenciando lacunas relevantes no conhecimento.

Nesse contexto, observamos associação entre conhecimento inadequado e saneamento básico, onde as mulheres apresentaram menor conhecimento inadequado entre as residentes em domicílios sem saneamento. Esse achado não deve ser interpretado como um efeito direto da condição sanitária, mas como expressão das dinâmicas de desigualdade e das respostas institucionais a essas vulnerabilidades. Conforme discutido por Fassin (2021), contextos de maior precariedade tendem a mobilizar ações diferenciadas do Estado, produzindo o que o autor denomina “políticas da vida”, nas quais determinados grupos passam a ser mais intensamente acompanhados. No âmbito da Atenção Primária, essa lógica se traduz na intensificação de visitas domiciliares e ações educativas em áreas prioritárias, o que pode explicar o maior nível

de conhecimento observado.

Por sua vez, Minayo (2014) faz uma crítica ao caráter conservador do positivismo que, em sua vertente mais tradicional, limita a realidade ao seu aspecto quantitativo, não a impede de destacar a sua contribuição ao conhecimento e à pesquisa, principalmente na análise matemática e estatística de grandes coletividades. Ela ressalta ainda que os determinantes sociais da saúde operam de forma relacional e contextual, sendo necessário analisar como a organização do cuidado pode mitigar desigualdades estruturais. Assim, o resultado observado reforça o princípio da equidade no Sistema Único de Saúde, ao evidenciar que a priorização das populações mais vulneráveis pode produzir efeitos positivos sobre a educação em saúde.

De forma semelhante, mulheres sem histórico de histerectomia apresentaram menor prevalência de conhecimento inadequado quando comparadas àquelas que realizaram o procedimento. Esse resultado pode estar relacionado à percepção, entre mulheres histerectomizadas, de que não há mais necessidade de informações ou cuidados voltados à prevenção do câncer do colo do útero, conforme apontado por estudos anteriores (Miranda; Belizario; Pereira, 2024). A literatura indica que, após procedimentos ginecológicos cirúrgicos, pode haver redução do vínculo com ações preventivas, especialmente quando o aconselhamento pós-operatório não esclarece adequadamente a necessidade de continuidade do cuidado (Santos et al., 2021).

Embora não apresentem significância estatística, algumas informações merecem destaque, como um crescente número de mulheres com conhecimento inadequado que não exercem atividade laboral podem estar relacionadas a um número reduzido dessas em espaços institucionais e à menor exposição a informações em saúde, conforme discutido na literatura sobre determinantes sociais do conhecimento em saúde (Milania et al., 2025).

De modo semelhante, as mulheres que não apresentaram histórico familiar de câncer do colo do útero sugere que a vivência da doença na família possa aumentar a percepção de risco e a busca por informações preventivas (Gomes de Fraga et al, 2023). Por outro lado, as razões de prevalência próximas à unidade para o uso contínuo de medicamentos e para a adoção de outros métodos contraceptivos indicam ausência de associação significativa com o conhecimento inadequado. Isso mostra que apenas utilizar serviços de saúde ou métodos contraceptivos não garante maior entendimento sobre a prevenção do câncer do colo do útero, evidenciando limites de um cuidado centrado no aspecto biomédico e pouco integrado a ações educativas (Miranda, Belizario e Pereira, 2024).

Em síntese, os achados indicam que, embora haja avanços no conhecimento prático sobre a realização do exame preventivo, persistem lacunas importantes na compreensão mais

ampla da prevenção do câncer do colo do útero, influenciadas por determinantes sociais e pelas trajetórias de cuidado em saúde. Esses dados apontam para a necessidade de ações educativas interculturais, contínuas e articuladas, que ultrapassem o enfoque no exame e contribuam para o enfrentamento das iniquidades em saúde vivenciadas por mulheres indígenas.

A análise das atitudes relacionadas à prevenção do câncer do colo do útero e dos fatores associados à atitude inadequada evidencia uma postura favorável à realização do exame. No entanto, os resultados também evidenciam que fatores sociais e comportamentais influenciam a forma como essa prevenção é percebida e vivenciada no dia a dia. Assim, embora a importância do exame seja amplamente reconhecida, essa atitude positiva não se manifesta de maneira homogênea entre os diferentes grupos de mulheres indígenas.

A maioria das participantes do estudo demonstraram reconhecer a importância da realização regular do exame, atribuindo a si própria a iniciativa de buscar o serviço de saúde, indicando uma atitude amplamente favorável à prevenção. Estudos recentes mostram que, mesmo em contextos de vulnerabilidade social, mulheres indígenas tendem a valorizar o exame citopatológico quando ele é reconhecido como prática legítima de cuidado e integrado à rotina da atenção primária (Gomes et al., 2021; Santos et al., 2021). Conforme destaca a OMS, atitudes positivas são fundamentais para a adesão às ações de rastreamento, embora, isoladamente, não assegurem a realização efetiva do exame (WHO, 2022).

Quando associamos a atitude inadequada e ausência de atividade laboral concluímos que a inserção no mercado de trabalho pode atuar como fator protetor em relação às atitudes frente à prevenção. As mulheres que exerciam atividade remunerada apresentaram menor prevalência de atitude inadequada, possivelmente em detrimento de uma maior interação social, maior acesso a informações em saúde e maior autonomia para buscar os serviços. Esse resultado corrobora com a literatura sobre determinantes sociais das atitudes em saúde (Mascarenhas et al., 2020; Gomes de Fraga et al., 2023) e dialoga com achados deste estudo, que evidenciaram maior vulnerabilidade entre mulheres fora do mercado de trabalho, reforçando a relação entre autonomia econômica e atitudes preventivas.

Quando relacionamos o consumo de álcool e atitude inadequada obtemos informações relevantes, pois notamos menor prevalência de atitude inadequada entre as mulheres que não consumiam álcool, sugerindo práticas de autocuidado agrupadas, onde os hábitos considerados mais saudáveis estão relacionados com maior valorização das ações preventivas. A literatura indica que o consumo de álcool, sobretudo em contextos de vulnerabilidade social, associa-se a menor adesão às práticas preventivas e a atitudes menos favoráveis ao cuidado regular em saúde (Milania et al., 2025; WHO, 2021). Embora o consumo identificado neste estudo não

tenha sido elevado, sua associação com atitudes inadequadas reforça a importância de abordagens integradas que considerem simultaneamente diferentes comportamentos de risco.

O estudo encontrou uma prevalência maior de atitudes inadequadas entre mulheres que tinham renda familiar acima de um salário-mínimo e entre aquelas que não usavam medicação contínua. Fato considerado inesperado, porque a maior parte da literatura aponta o contrário: geralmente, melhores condições socioeconômicas e maior contato com os serviços de saúde (como ocorre com quem usa medicação regularmente) costumam estar associados a atitudes mais positivas em relação à saúde e à prevenção (Horta et al., 2019; Gomes et al., 2021).

Observou-se uma tendência de diminuição das razões de prevalência à medida que a escolaridade aumenta, ainda que sem significância estatística, em consonância com a literatura que reconhece a educação como fator protetor para atitudes mais favoráveis em saúde. Diante disso, Mascarenhas et al (2020) apontam que a educação é um determinante social relevante das atitudes em saúde, pois favorecem um maior acesso à informação, traduzindo uma melhor compreensão dos riscos e maior autonomia no processo do cuidado.

A análise conjunta das práticas relacionadas ao exame preventivo do câncer do colo do útero e dos fatores associados à prática inadequada aponta para elevada adesão das mulheres indígenas às recomendações programáticas, ao mesmo tempo em que evidencia a influência de aspectos culturais, comportamentais e biomédicos na organização dessas práticas. Diferentemente do observado para conhecimento e atitudes, marcados por maior variabilidade, as práticas preventivas mostraram-se mais homogêneas e amplamente alinhadas às diretrizes vigentes.

A quase totalidade das mulheres participantes da pesquisa relataram já ter realizado o exame preventivo, e a maioria o fez dentro do intervalo recomendado, em consonância com estudos recentes que descrevem avanços na cobertura do rastreamento citopatológico em territórios indígenas com atuação consistente da atenção primária à saúde (Santos et al., 2021; Gomes et al., 2021). O retorno para buscar o resultado e a apresentação do exame a um profissional de saúde também indicam continuidade do cuidado e incorporação das etapas subsequentes do rastreamento, etapas estas que costumam ser fragilizadas em contextos de maior vulnerabilidade social (Mascarenhas et al., 2020). Dessa maneira, esses achados sugerem que, o exame preventivo encontra-se relativamente institucionalizado como prática de cuidado no território estudado.

Por outro lado, a análise dos fatores associados à prática inadequada evidencia associações que demandam interpretação cuidadosa. A menor prevalência de prática inadequada entre mulheres evangélicas, em comparação às católicas, sugere possíveis

diferenças nos arranjos comunitários, nas redes de apoio social e nas formas de interação com os serviços de saúde mediadas pela filiação religiosa. Estudos recentes indicam que, em contextos rurais e indígenas, algumas denominações evangélicas apresentam maior organização comunitária e estímulo a comportamentos considerados adequados, incluindo o cuidado com a saúde, o que pode favorecer maior adesão às práticas preventivas (Menéndez, 2020; Milania et al., 2025).

A associação entre a ausência de vida sexual ativa e a maior prevalência de prática inadequada indica que a percepção de risco tem papel central na adesão ao exame preventivo. Mulheres que não mantêm atividade sexual tendem a considerar o exame desnecessário, interpretação já descrita tanto em populações indígenas quanto não indígenas (Milania et al., 2025; Gomes, 2022). Esse entendimento evidencia a persistência de concepções restritas sobre a prevenção do câncer do colo do útero, frequentemente vinculadas apenas à atividade sexual atual e dissociadas do histórico sexual e das recomendações programáticas ao longo do curso de vida.

De forma contraditória, a ausência de histerectomia associou-se a maior prevalência de prática inadequada. Esse resultado pode estar relacionado ao maior acompanhamento em saúde entre mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico, que tendem a manter vínculo mais frequente com os serviços e maior contato com profissionais de saúde, o que pode favorecer a adesão a práticas preventivas, mesmo quando o rastreamento citopatológico não é indicado em determinadas situações clínicas (Miranda; Belizario; Pereira, 2024).

A menor ocorrência de prática inadequada entre mulheres sem companheiro e entre aquelas com ensino superior completo está de acordo com estudos que mostram que maior autonomia e maior escolaridade tendem a favorecer práticas preventivas mais adequadas (Mascarenhas et al., 2020; Gomes et al., 2021).

Em síntese, os achados mostram que, embora persistam lacunas de conhecimento e desigualdades nas atitudes, as práticas preventivas relacionadas ao câncer do colo do útero apresentam alta adesão entre as mulheres indígenas investigadas. Ainda assim, essa adesão é influenciada por fatores religiosos, comportamentais e pelas trajetórias de cuidado em saúde, o que reforça a necessidade de estratégias de prevenção que articulem educação em saúde, sensibilidade cultural e fortalecimento do vínculo entre os serviços e as comunidades indígenas.

A classificação final dos domínios conhecimento, atitude e prática (CAP) revelou um declive de adequação, com maior proporção de conhecimento adequado, seguido por atitude e, por fim, prática, padrão amplamente descrito na literatura recente sobre a prevenção do câncer do colo do útero. Esse resultado reforça que, embora o aumento do conhecimento seja essencial,

ele não se traduz automaticamente em atitudes favoráveis ou na adoção regular de práticas preventivas, sobretudo em contextos atravessados por vulnerabilidades sociais e culturais. Estudos recentes, tanto no Brasil quanto em outros países de renda média, indicam que o domínio de informações sobre o exame citopatológico costuma ser superior à efetiva adesão às práticas preventivas, evidenciando a presença de barreiras intermediárias entre o saber, o decidir e o agir (Mascarenhas et al., 2020; Silva, 2024; WHO, 2022).

A alta proporção de conhecimento adequado observado neste estudo sugere impacto positivo das ações educativas realizadas na atenção primária à saúde, especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Achados semelhantes ressaltam o papel da atenção básica na difusão de informações sobre o câncer do colo do útero em territórios indígenas (Santos et al., 2021; Coimbra; Garnelo, 2004). Entretanto, a menor frequência de respostas corretas relacionadas às medidas gerais de prevenção sugere que esse conhecimento é predominantemente operacional, centrado na realização do exame, e menos abrangente no que se refere aos determinantes da doença, aos fatores de risco e às estratégias preventivas complementares, como a vacinação contra o HPV e o uso de práticas sexuais seguras, conforme também apontado em estudos recentes com populações vulnerabilizadas (Mascarenhas et al., 2020; WHO, 2022).

No domínio das atitudes, a menor adequação em comparação ao conhecimento evidencia a influência de fatores sociais e comportamentais na disposição das mulheres para o cuidado preventivo. A associação observada entre atitude inadequada e ausência de atividade laboral encontra respaldo em estudos que apontam o trabalho como elemento central da autonomia feminina e do acesso simbólico aos serviços de saúde, influenciando a percepção de responsabilidade em relação ao autocuidado (Silva, 2024; Gomes de Fraga et al., 2023). Semelhante a isto, a associação com o consumo de álcool reforça a relação entre estilos de vida e atitudes frente à prevenção, conforme apontado por pesquisas recentes que identificam comportamentos de risco como indicadores e menor engajamento em práticas preventivas (Mascarenhas et al., 2020).

A prática preventiva apresentou o menor nível de adequação no CAP, em consonância com evidências nacionais e internacionais que apontam esse aspecto como o mais suscetível a barreiras de ordem estrutural, organizacional e simbólica. As associações identificadas com religião, vida sexual ativa e histórico de histerectomia indicam que trajetórias de vida, normas culturais e experiências prévias com os serviços de saúde influenciam diretamente a efetividade das práticas preventivas. Estudos recentes mostram que mulheres que não se percebem em situação de risco, como aquelas sem vida sexual ativa ou com histórico de procedimentos

ginecológicos, tendem a relativizar a necessidade de manter o rastreamento, mesmo apresentando conhecimento adequado (Santos et al., 2021; WHO, 2022).

O maior desafio das políticas de prevenção do câncer do colo do útero reside na transformação do conhecimento em práticas preventivas ao longo do tempo (Mascarenhas et al., 2020; Miranda et al., 2024; Gomes de Fraga et al., 2023). Em populações indígenas, esse processo é ainda mais complexo, uma vez que o cuidado preventivo se constrói na articulação entre saberes biomédicos, experiências comunitárias e condições estruturais de acesso aos serviços de saúde. Esses achados devem ser interpretados à luz do contexto territorial e das ações programáticas desenvolvidas pelas equipes de saúde, evitando-se inferências causais diretas ou generalizações para outros povos indígenas com realidades socioculturais distintas.

Dessa forma, os resultados evidenciam a necessidade de estratégias integradas de promoção da saúde que vão além da simples transmissão de informações, incorporando ações educativas dialógicas, culturalmente sensíveis e articuladas à organização dos serviços de atenção primária. A consolidação de atitudes e práticas preventivas adequadas exige investimentos contínuos na redução das desigualdades sociais, no fortalecimento do vínculo entre as mulheres indígenas e os serviços de saúde e no reconhecimento de suas especificidades culturais, de forma a garantir não apenas o acesso ao exame, mas a continuidade e a sustentabilidade do cuidado preventivo ao longo do curso de vida dessas mulheres.

7 CONCLUSÃO

De forma geral, os resultados revelam que os domínios de conhecimento, atitude e prática sobre o exame Papanicolau apresentam padrões específicos na população indígena estudada, marcados por elevada adequação, mesmo em contextos de vulnerabilidade estrutural.

No que se refere ao perfil sociodemográfico, o estudo permitiu caracterizar as participantes quanto à idade, escolaridade, renda, situação conjugal, ocupação, religião, local de moradia e acesso aos serviços de saúde. Os resultados apontaram para um contexto de vulnerabilidade socioeconômica e territorial, marcado por baixa renda, predominância de residências em área rural e dependência dos serviços públicos de saúde, fatores que exercem influência direta sobre o acesso e a utilização das ações preventivas.

Os achados evidenciaram que a adesão às práticas preventivas é influenciada por aspectos culturais, comportamentais e estruturais associados às condições de vida dessas mulheres, reforçando que a realização regular do exame citopatológico não depende exclusivamente do nível de conhecimento, mas da interação entre fatores individuais, sociais, culturais e organizacionais dos serviços de saúde.

Apesar de a maioria das mulheres não relatar obstáculos no acesso aos serviços de saúde, algumas dificuldades persistem de maneira subjetiva, como sentimentos de vergonha em relação ao profissional de saúde, além de desafios relacionados ao deslocamento até a unidade. Esses achados evidenciam que barreiras simbólicas, culturais e geográficas, podem influenciar a realização do rastreio de forma mais efetiva e regular, especialmente em contextos indígenas e rurais.

Observou-se ainda maior proporção de conhecimento adequado, seguida por atitude e prática, sugerindo que, embora haja ampla divulgação das informações sobre o exame preventivo, persistem desafios na transformação desse conhecimento em comportamentos preventivos regulares e sustentáveis. Esse descompasso evidencia que estratégias baseadas apenas na transmissão de informações apresentam limitações, sendo fundamental considerar como as mulheres indígenas compreendem o corpo, o cuidado e a prevenção a partir de suas experiências socioculturais.

As associações identificadas entre o acesso, conhecimento, atitude, prática e contexto sociocultural reforçam a complexidade do cuidado preventivo e evidenciam a necessidade de estratégias integradas que considerem o curso de vida, as condições estruturais de acesso aos serviços de saúde e as especificidades socioculturais das mulheres indígenas. Nesse sentido, destaca-se o papel da atenção primária à saúde e das equipes de saúde indígena como

mediadoras do cuidado, fundamentais para o fortalecimento do vínculo, da confiança e da competência cultural na assistência.

Os achados deste estudo fornecem subsídios diretos para o aprimoramento das políticas públicas de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde Indígena, especialmente no contexto do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Ao identificar que fatores como a afiliação religiosa, as condições de moradia e a maior presença das equipes de saúde nos territórios mais vulneráveis influenciam positivamente o conhecimento, a atitude e a prática das mulheres indígenas em relação ao rastreamento do câncer do colo do útero, o estudo contribui para orientar o planejamento de ações mais equitativas e territorializadas.

Esses resultados reforçam a importância da atuação estratégica dos Agentes Indígenas de Saúde, da intensificação das visitas domiciliares e do diálogo com redes comunitárias e religiosas como aliadas na promoção da saúde. Assim, a pesquisa subsidia a reorganização do processo de trabalho das equipes, favorece a tomada de decisão baseada em evidências e fortalece a implementação de políticas públicas sensíveis às especificidades socioculturais do povo Pitaguary, alinhadas aos princípios da equidade e da integralidade do Sistema Único de Saúde.

Como limitações do estudo, destacam-se o delineamento transversal, que impossibilita inferir causalidade, o tamanho amostral inferior ao inicialmente estimado e a possibilidade de viés de resposta socialmente desejável, além do que pode ter reduzido a precisão de algumas estimativas e contribuído para a ausência de significância estatística em determinadas associações, devendo os resultados ser interpretados com cautela. Nesse sentido, estudos futuros podem aprofundar a compreensão do fenômeno por meio de abordagens qualitativas, explorando como as atitudes frente à prevenção são construídas e negociadas no cotidiano das mulheres indígenas, considerando dimensões como gênero, trabalho, uso de substâncias, experiências prévias com os serviços de saúde e relações interculturais no cuidado.

Como desdobramento técnico e tecnológico deste Mestrado Profissional, propõe-se a implementação de uma capacitação em saúde voltada às enfermeiras do Polo Base Indígena Pitaguary e aos Agentes Indígenas de Saúde, com foco na devolutiva dos resultados desta pesquisa e no fortalecimento das ações de rastreamento do câncer do colo do útero no território. Essa capacitação será estruturada de forma dialógica e intercultural, contemplando a apresentação dos achados do estudo, a discussão dos fatores socioculturais que influenciam o conhecimento, a atitude e a prática das mulheres indígenas, bem como a construção coletiva de estratégias de busca ativa, acolhimento e educação em saúde culturalmente sensíveis.

A proposta visa qualificar a prática profissional, fortalecer o vínculo entre equipe de

saúde e comunidade e contribuir para a ampliação da cobertura e da adesão ao rastreamento, devolvendo ao território o conhecimento produzido e transformando os resultados da pesquisa em ferramenta concreta de intervenção na realidade sanitária local.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, I. *et al.* Indigenous and tribal people's health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. **Lancet**, London, v. 388, n. 10040, p. 131-157, 2016. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00345-7/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00345-7/abstract). Acesso em: 23 jan. 2026.
- BEZERRA, L. M. et al. Rastreamento e prevenção do câncer do colo do útero: desafios e estratégias em populações vulneráveis. **Revista Piauiense de Enfermagem**, v. 1, n. 3, 2025.
- BIREME. **Manual de Indexação de Documentos para a Base de Dados LILACS**. São Paulo: BIREME, 2021. Disponível em: <https://lilacs.bvsalud.org/manual-de-indexacao-lilacs/>. Acesso em: 23 jan. 2026.
- BITTENCOURT, R. G.; BISCARDE, D. G.; SANTOS, A. M. Controle do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde em países sul-americanos: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, DC, v. 46, n. 1, 2022.
- BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. **Manual do aplicador do estudo CAP**. Brasília, DF: ME, 2002. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br>. Acesso em: 12 de dez. de 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer de colo de útero**. In: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Rio de Janeiro: INCA, 2025. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/>. Acesso em: 15 jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 08 de nov. de 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de saúde, Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Vigilância em Saúde no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_atencao_basica_vigilancia.pdf. Acesso em: 12 de jan. de 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Saúde indígena: um direito constitucional**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.
- CAETANO, A. J.; POTTER, J. E.; HUTCHINSON, P. L. Esterilização feminina e desigualdades sociais no Brasil contemporâneo. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Belo Horizonte, v. 36, p. 1-18, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/39X8N4z6L8b/>. Acesso em: 14 fev. 2025.

CARRER, Claudiana et al. Atenção Primária e capacitação profissional para aplicação das Práticas Integrativas e Complementares: Revisão Integrativa. **Espaço para a Saúde**, [S. l.], v. 23, 2022. DOI: 10.22421/1517-7130/es.2022v23.e887. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/887>. Acesso em: 23 de jan. de 2025.

CAVALCANTE, G. S. **Os saberes tradicionais e a territorialidade Pitaguary na escola indígena**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2021.

CERQUEIRA, R. S. *et al.* Controle do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde em países sul-americanos: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, DC, v. 46, n. 17, 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56249>. Acesso em: 20 de jan. de 2025.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; GARNELO, L. Transição epidemiológica e saúde indígena no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/R6P3xL8wG/>. Acesso em: 12 nov. 2024.

COIMBRA JR., C. E. A.; GARNELO, L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (org.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 152-173. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416150>. Acesso em: 28 de dez. de 2025.

DIAS, T. F. *et al.* Fatores socioculturais que podem interferir na realização do exame citológico. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 8, p. 75861-75874, ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-013>. Acesso em: 24 de maio de 2025.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. P. Aborto e saúde pública no Brasil: desafios persistentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3405-3414, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900001>. Acesso em: 24 de maio de 2025.

DUARTE, T. C. *et al.* Difficulties in screening for cervical cancer in indigenous women: an integrative review. **Health Studies**, v. 3, n. 02, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.51249/hs.v3i02.1313>. Acesso em: 24 de maio de 2025.

FALCÃO, B. C. S. **Prevenção do câncer do colo do útero: conhecimento, atitude e prática das mulheres atendidas no ambulatório de um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia**. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/394076671_Prevencao_do_cancer_do_colo_de_ute_ro_conhecimento_atitude_e_pratica_das_mulheres. Acesso em: 28 de dezembro de 2025.

FIGUEROA DA SILVA, M. C. *et al.* Diagnóstico situacional em saúde como estratégia de aprendizagem para estudantes de enfermagem e medicina. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 191-200, 2021.

GOOD, Byron J. **Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective.** Cambridge: Cambridge University Press, 1994. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/books/medicine-rationality-and-experience/3B9D91E2D7>. Acesso em: 15 fev. 2025.

GOMES DE FRAGA et al. Desmistificando a coleta citopatológica: uma forma de prevenir o câncer de colo do útero. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 26, n. 303, p. 9481-9844, 2023.

HIRSCH, J. S. *et al.* Sleep, stress and social determinants of health in vulnerable populations. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 282, 114120, 2021.

HORTA, B. L. *et al.* Saneamento básico e desigualdades sociais em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 45, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/B5H7L8w/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

IBGE. **Censo Demográfico 2022: alfabetização e escolaridade da população indígena.** Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 18 out. 2025.

IBGE. **Saneamento básico e condições de moradia no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101968.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2024.

INCA. **Dados e números sobre câncer do colo do útero: relatório anual 2023.** Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/cancer_colo_uterio_marco_2023.pdf. Acesso em: 18 de maio de 2025.

INCA. **Detecção precoce.** Rio de Janeiro: INCA, 2024. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/en/node/1194>. Acesso em: 07 out. 2024.

INCA. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 07 out. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Dados e números sobre câncer do colo do útero: relatório anual 2022.** Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//dados_e_numeros_col_o_22marco2023.pdf. Acesso em: 07 de out. de 2024.

IPSOS. **Women's Preventive Health Services in Vulnerable Populations.** Washington, DC: Ipsos, 2022. Disponível em: <https://www.ipsos.com/en-us/womens-preventive-health-services-vulnerable-populations>. Acesso em: 14 nov. 2025.

KFF. **Women's Health Care Utilization and Costs: findings from the 2020 KFF Women's Health Survey.** San Francisco: KFF, 2020. Disponível em: <https://www.kff.org/womens-health-policy/womens-health-care-utilization-and-costs-findings-from-the-2020-kff-womens-health-survey/>. Acesso em: 28 de dezembro de 2025.

KLEINMAN, Arthur. **The illness narratives: suffering, healing, and the human condition.** New York: Basic Books, 1988. Disponível em: <https://www.basicbooks.com/titles/arthur-kleinman/the-illness-narratives/9780465032044/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

LANGDON, E. J.; GARNELO, L. Antropologia, saúde e povos indígenas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 1-18, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/8H7zL6wG/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

LANGDON, Esther Jean; WIİK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 459-466, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9K3zL8wG/>. Acesso em: 12 nov. 2024.

LANGDON, Esther Jean. **A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica.** In: BARROS, Nelson Filice de; CECCIM, Ricardo Burg (org.). Saúde coletiva e prática interdisciplinar. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 109-134.

LEAL, M. C. *et al.* Saúde reprodutiva, desigualdades e atenção obstétrica no Brasil. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 2, p. 1-12, 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(21\)00047-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(21)00047-9/fulltext). Acesso em: 14 nov. 2024.

MACIEL, N. S. *et al.* Busca ativa para aumento da adesão ao exame de Papanicolau. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**, Recife, v. 15, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245678>. Acesso em: 03 de março de 2025.

MALTA, E. F. G. D. **Fatores relacionados à prática inadequada do exame papanicolaou por mulheres do interior do Ceará.** 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcgclefindmkaj/https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8954/1/2014_dis_efgdmalta.pdf. Acesso em: 03 de março de 2025.

MARQUES, A. S.; RODRIGUES, G. M. M. 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, nov. 2022. Disponível em: <https://revista.liberumaccesum.com.br/index.php/RLA/article/view/190>. Acesso em: 12 de abril de 2025.

MASCARENHAS, M. S. *et al.* Conhecimentos e práticas de usuárias da atenção primária à saúde sobre o controle do câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 3, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1018>. Acesso em: 14 nov. 2024.

MARTINS, T. M. *et al.* Educação em saúde com mulheres indígenas sobre câncer de colo do útero. In: Congresso Internacional em Saúde. 2021. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/11845>. Acesso em: 14 nov. 2024.

MELLO, M. L. A. A.; SANTIAGO, M. A. F. Câncer de colo uterino: diagnóstico e tratamento.

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 43, n. 12, p. 738-746, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/9K3zL8wG/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

MENÉNDEZ, E. L. Religião, cultura e processos de saúde-doença em contextos indígenas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/8G9fL5z6/>. Acesso em: 14 out. 2024.

MEZORABA, E. **Prática avançada de enfermagem: diagnóstico situacional quanto à implementação na atenção primária à saúde**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso – UFSC, Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/215324>. Acesso em: 14 nov. 2024.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2022.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2021.

MOLL, M. F. et al. O enfermeiro na saúde da família e a promoção de saúde e prevenção de doenças. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 10, n. 3, p. 134-140, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2053>. Acesso em: 14 nov. 2024.

OLIVEIRA, A. G. P.; LIMA, V. S. B. Prevenção de câncer de colo de útero: dificuldades encontradas pelas mulheres. **Revista Multidisciplinar do Sertão**, v. 2, n. 1, p. S7-S17, 2023. Disponível em: <https://revistamultidisciplinar.com.br/index.php/rms/article/view/145>. Acesso em: 14 nov. 2024.

OLIVEIRA, M. L. C. *et al.* Conhecimento, atitude e prática: conceitos e desafios. **Revista de Educação em Saúde**, v. 8, n. 1, p. 190-198, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/343053253_Conhecimento_atitude_e_pratica_conceitos_e_desafios_na_area_de_educacao_e_saude. Acesso em: 12 maio 2024.

OLIVEIRA, S. *et al.* Análise da prevalência do câncer de colo de útero no Amazonas. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 3, p. 9210-9225, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/59622>. Acesso em: 10 de maio de 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Indigenous Peoples Major Group for Sustainable Development**. New York: ONU, 2023. Disponível em: <https://www.indigenouspeoples-sdg.org/index.php/english/>. Acesso em: 16 jan. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Câncer de mama**. Washington, DC: OPAS, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer-de-mama>. Acesso em: 18 dez. 2024.

PAIVA, L. H.; FALCÃO, T.; BARTHOLO, L. **Programas de transferência de renda e populações vulneráveis**. Texto para Discussão IPEA, n. 2634, 2021. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=37731. Acesso em: 14 nov. 2024.

PIRES, A. C. G. et al. Incidência do câncer de colo de útero em mulheres indígenas. **Revista Ciências da Saúde – Saúde Coletiva**, v. 27, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/j/csc/a/f9H6L8z3G/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

RASELLA, D. et al. Programas de transferência de renda e saúde materno-infantil. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 6, p. e750-e758, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30101-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30101-2/fulltext). Acesso em: 16 jan. 2026.

RENSSBURG, J. V. M. N. S.; MARCUS, T. S. Evaluating community health worker education policy. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**, v. 12, n. 1, 2020. Disponível em: <https://phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/2153>. Acesso em: 14 nov. 2024.

ROZIN, L. **Políticas de saúde no Brasil**. Beau Bassin: Novas Edições Acadêmicas, 2019.

SACRAMENTO, K. L. O. *et al.* Determinantes sociais e saúde mental indígena. **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 18, n. 1, 2025. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/contribuciones/article/view/4231>. Acesso em: 14 nov. 2025.

SANTOS, J. N.; GOMES, R. S. Sentidos e percepções das mulheres sobre práticas preventivas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 2, 2022. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1852>. Acesso em: 14 nov. 2024.

SANTOS, M. T. et al. Conhecimento, atitudes e práticas de profissionais de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 2, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/39X8N4z6L8b/>. Acesso em: 16 jan. 2026.

SANTOS, R. P. *et al.* Determinantes sociais do conhecimento em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 3969-3978, 2021.

SANTOS, R. P. *et al.* Determinantes sociais do conhecimento e das atitudes em saúde em populações vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 3969-3978, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/f9H6L8z3G/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; GARNELO, L. Atenção primária e rastreamento do câncer do colo do útero em populações indígenas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/R6P3xL8wG/>. Acesso em: 16 jan. 2026.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; GARNELO, L. Consumo de álcool, estilos de vida e saúde indígena. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 25, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/8P7zL6w/>. Acesso em: 16 jan. 2026.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; GARNELO, L. Rastreamento do câncer do colo do útero em populações indígenas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/V5L9hXz7G/>. Acesso em: 14 nov.

2024.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; GARNELO, L. Trabalho, renda e modos de vida de mulheres indígenas no Brasil contemporâneo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 45-56, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/f9H6L8z3G/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

SETHI, S. et al. Working towards a comprehensive understanding of HPV and cervical cancer. **BMJ Open**, v. 11, n. 6, 2021. Disponível em: doi: 10.1136/bmjopen-2021-050113. Acesso em: 09 abril 2025.

SILVA, J. A. da. Conhecimento, atitude e prática sobre o exame Papanicolau. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 9, 2024.

SILVA, M. C. F. *et al.* Diagnóstico situacional em saúde. **Saúde em Redes**, v. 7, supl. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n2p191-200>. Acesso em: 17 junho 2024.

SILVA, M. J.; ARAÚJO, E. M.; BATISTA, L. E. Gênero, reprodução e iniquidades em saúde entre mulheres indígenas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 24, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/V5L9hXz7G/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

SILVA, M. J.; ARAÚJO, E. M.; BATISTA, L. E. Iniquidades socioeconômicas e saúde de mulheres indígenas em idade fértil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 23, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/V5L9hXz7G/>. Acesso em: 06 jan. 2026.

WANG, M.; JIN, Y.; ZHENG, Z. J. The association of cervical cancer screening and quality of care. **Journal of Global Health**, 2023. Disponível em: doi: 10.7189/jogh.13.04090. Acesso em: 15 dez. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>. Acesso em: 17 de maio de 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health of indigenous peoples**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/indigenous-peoples-health>. Acesso em: 06 jan. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Human papillomavirus vaccines: WHO position paper**. Geneva: WHO, dez. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9750-645-672>. Acesso em: 18 dez. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indigenous peoples and social determinants of health**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>. Acesso em: 07 de fev. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Operational framework for monitoring social**

determinants of health equity. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088320>. Acesso em: 13 de jan. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual and reproductive health and rights of indigenous women.** Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights#tab=tab_3. Acesso em: 12 maio 2025.

ANEXO A – INQUÉRITO DOMICILIAR DE CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA (CAP) ACERCA DO EXAME PAPANICOLAOU



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ICS
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

1. ASPECTOS RELACIONADOS AOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	
1.1 Data de nascimento:	1.1.1 Iniciais do Nome:
1.2 Qual seu estado civil? [1] Com companheiro/namorado/casada [2] Sem companheiro/sem namorado/solteira	
1.3 Qual seu grau de escolaridade? [1] Não alfabetizada [2] Ensino fundamental incompleto [3] Ensino fundamental completo [4] Ensino médio incompleto [5] Ensino médio completo [6] Ensino superior incompleto [7] Ensino superior completo [8] Pós-graduação. Especifique:	
1.4 Qual a rede de ensino a senhora estudou mais anos?[1] Pública [2] Privada	
1.5 Qual a renda de sua família em reais?[1] Menor ou igual a um salário mínimo [2] Superior a um salário mínimo	
1.6 Recebe algum auxílio financeiro do governo? [1] Sim [2] Não	
1.6.1 Se sim, qual (s)?	
1.7. Qual sua religião?	
1.8 Possui algum trabalho? [1] Sim [2] Não	
1.8.1 Se sim, qual (s)?	
1.9 Qual sua zona de residência? [1] Urbana [2] Rural	
1.10 Quantas pessoas moram com você em sua residência?	
1.11 Tem acesso à energia elétrica? [1] Sim [2] Não	
1.12 Tem acesso à água? [1] Sim [2] Não	
1.13 Tem acesso ao saneamento básico? [1] Sim [2] Não	
1.14 Realiza atividade física? [1] Sim [2] Não	
1.14.1 Se sim, qual frequência?	
1.15 Quantas horas de sono tem por dia?[1] Menos de 8 horas [2] Mais de 8 horas	
1.16 Consome Álcool? [1] Sim [2] Não	
1.16.1 Se sim, qual frequência?	
1.16.2 Se sim, qual a quantidade de copos?	
1.17 Fuma? [1] Sim [2] Não	
1.17.1 Se sim, qual frequência?	
1.17.2 Se sim, qual a quantidade (número de cigarros)?	
1.18 Faz uso de alguma medicação? [1] Sim [2] Não	
1.18.1 Se sim, qual (s)?	
1.19 Tem alguma doença diagnosticada? [1] Sim [2] Não	
1.19.1 Se sim, qual (s)? [1] Diabetes Mellitus [2] Hipertensão [3] Obesidade [4] Outro:	
1.20 Mora próximo ao Posto de Saúde? [1] Sim [2] Não	
2.HISTÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA	
2.1 Possui vida sexual ativa? [1] Sim [2] Não	
2.2 Com quantos anos você iniciou sua atividade sexual?	
2.3 Qual sua preferência sexual? [1] Heterossexual [2] Homossexual [3] Bissexual	
2.4 Tem Parceiro fixo? [1] Sim [2] Não [3] Não tem parceiro	
2.5 É laqueada? [1] Sim [2] Não	
2.6 Usa camisinha nas relações sexuais? [1] Sim [2] Às vezes [3] Não	
2.6.1 Faz uso de algum outro método contraceptivo? [1] Sim [2] Não	
2.6.2 Se sim, qual? [1] Ant.oral [2] Ant. injetável [3] DIU [4] Tabela [5] Outros _____	
2.7 A senhora tem filhos? (Incluir todo filho nascido) [1] Sim [2] Não	
2.7.1 Se sim, quantos? [1] De 1 a 3 filhos [2] De 4 a 6 filhos [3] 7 ou mais filhos	
2.7.2 Com qual idade a senhora teve seu primeiro filho? [1] Menos de 15 anos [2] Entre 15 e 19 anos [3] Entre 20 e 24 anos [4] 25 anos ou mais	
2.8 Teve algum aborto? (Incluir como aborto, qualquer gestação que não ultrapassou o 5º mês) [1] Sim. [2] Não	

2.8.1 Se sim, quantos? _____
2.9 A senhora já teve alguma doença de transmissão sexual? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe
2.9.1 Se sim, qual?
2.10 A senhora teve ou tem algum problema no útero/colo uterino? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe
2.10.1 Se sim, qual?
2.11 A senhora já fez histerectomia (cirurgia para retirar o útero)? [1] Sim [2] Não
2.12 A senhora está grávida? [1] Sim [2] Não
2.13 Existe algum caso de câncer uterino na família? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe
2.13.1 Se SIM, qual o parente? [1] mãe [2] avó [3] tia [4] prima [5] irmã [6] Outra _____
3. CONHECIMENTO SOBRE O EXAME PAPANICOLAOU
3.1 A senhora já ouviu falar sobre o exame de prevenção do câncer de colo do útero? [1] Sim [2] Não
3.1.2 Se sim, onde ouviu? [1] TV [2] Revista [3] Amigas [4] Profissionais de Saúde [5] Família [6] Rádio [7] Internet [8] Fôlder [9] Escola [10] Outros:
3.2 Para a senhora, para que serve esse exame? 1- Não sabe 2- É para prevenir o câncer 3- É para prevenir o câncer de colo de útero 4- É para detectar DST/HIV 5- Outra finalidade. Qual?
3.3 Você já participou de alguma atividade educativa sobre o exame Papanicolaou? [1] Sim [2] Não
3.3.1 A senhora poderia dizer, pelo menos, dois cuidados necessários que a mulher deve ter para realizar esse exame? 1- Não ter relação sexual previamente ao exame 2- Não estar menstruada 3- Aparar os pelos pubianos/higiene/asseio 4- Não usar duchas e cremes vaginais 48h antes 5- Não sabe/não lembra
3.4 Qual deve ser a periodicidade com que o exame deve ser realizado? [1] De 6/6 meses [2] Anualmente [3] Outro: _____ [4] Não sabe
3.5 Em sua opinião, quais cuidados devemos ter para prevenir o câncer do colo do útero? (Pode ser mais de uma alternativa). 1- Evitar múltiplos parceiros sexuais 2- Uso frequente de preservativos 3- Realizar o exame regularmente 4- Tomar a vacina contra o HPV na faixa etária recomendada (9 a 14 anos)
4. ATITUDE EM RELAÇÃO AO EXAME PAPANICOLAOU
4.1 Para a senhora, realizar o exame de prevenção periodicamente é: [1] Necessário [2] Pouco necessário [3] Desnecessário [4] Não tem opinião sobre a necessidade do exame
4.2 Para a senhora, a mulher deve procurar o serviço de saúde para a realização do exame de prevenção: 1- Cada vez que estiver com alguma queixa ginecológica 2- Periodicamente, ainda que esteja sadia, pois o exame é para prevenir o câncer de colo de útero 3- Periodicamente, como exame de rotina 4- Outro motivo. Qual? _____ 5- Não sabe
4.3 Em sua opinião, a utilização do preservativo na prevenção do câncer do colo do útero é: 1- Necessário 2- Desnecessário 3- Pouco necessário 4- Muito necessário 5- Tanto faz
5. PRÁTICA EM RELAÇÃO AO EXAME PAPANICOLAOU
5.1 A senhora já realizou esse exame alguma vez? [1] Sim [2] Nunca
5.2 Se NUNCA realizou o exame, por quê? [1] O médico/enfermeiro nunca pediu [2] Não está doente, não doe nada [3] Não tem com quem deixar os filhos/parente [4] Não pode faltar ao trabalho [5] Por vergonha [6] Por medo [7] Por descuido [8] Não tem tempo [9] Outros:

5.3 Se já realizou o exame, quando foi a última vez que realizou? [1] Menos de 1 ano [2] Há 01 ano [3] Entre 02 e 03 anos [4] Mais de 03 anos
5.3.1 Se realizou o exame HÁ MAIS DE 03 ANOS, por quê? [1] O médico/enfermeiro não pediu [2] Não está doente, não doe nada [3] Não tem com quem deixar os filhos/parente [4] Não pode faltar ao trabalho [5] Por vergonha [6] Por medo [7] Por descuido [8] Não gosta de fazer [9] Não tem tempo [10] É hysterectomizada, acha que não precisa [10] Outros:
5.4 Quando a senhora fez o seu último exame, retornou para receber o resultado? [1] Sim [2] Não [3] Não lembra
5.5 Se NÃO retornou, por quê? _____ [1] Causas pessoais [2] Causas Institucionais
5.5.1 Se retornou, mostrou o resultado para algum profissional de saúde? [1] Sim [2] Não [3] Não lembra
5.5.2 Se NÃO mostrou o resultado, por quê? _____ [1] Causas pessoais [2] Causas Institucionais
5.6 Você tem o hábito de usar preservativo em suas relações sexuais? [1] Sim [2] Não [3] Às vezes
5.6.1 Se não utiliza sempre, qual o motivo? [1] Casada [2] Esquece [3] Marido não gosta [4] Parceiro fixo [5] Outros:
6.DIFICULDADES PARA REALIZAR O EXAME PAPANICOLAOU NA ESF
6.1 Onde foi realizado o seu último exame de prevenção? [1] Consultório médico (particular ou plano de saúde) [2] ESF [3] SAME [4] Outro
6.1.2 Se NÃO realizou o último exame de prevenção na unidade da ESF, por quê? [1] Não gosta do ambiente [2] Não gosta do profissional que realiza o exame [3] Na ESF não tinha material [4] Não tinha vaga [5] Horário do exame na ESF é incompatível com o do trabalho [6] Tem vergonha do profissional do PSF [7] Não tinha profissional para realizar o exame [8] Não sabia que fazia o exame na ESF [9] O resultado do exame demora para chegar [10] Presença de acadêmicos [11] Tem plano de saúde [12] Outros
6.2 Se o seu último exame de prevenção foi realizado na unidade da ESF, a senhora teve alguma dificuldade para consegui-lo? [1] Sim [2] Não
6.2.1 Se SIM, qual a dificuldade encontrada? [1] Demora para conseguir a vaga [2] Distribuição da ficha é muito cedo da manhã [3] Material insuficiente em relação à quantidade de mulher para fazer o exame [4] Outros
6.3 Alguma vez a senhora procurou a unidade da ESF para realização do exame de prevenção e NÃO CONSEGUIU? [1] Sim [2] Não [3] Nunca procurou a ESF para fazer o exame
6.4 Se SIM, qual a dificuldade encontrada? [1] Não tinha vaga [2] Não tinha material [3] Não tinha profissional para realizar o exame [4] Outros
6.5 Através de qual meio de transporte você chega à unidade de saúde? [1] Moto [2] Carro [3] Ônibus [4] Caminhando
6.6 Existe algum fator cultural ou religioso que a impeça de realizar o exame Papanicolaou? [1] Religião não permite [2] Esposo é contra [3] Outros:

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada Senhora,

Esta pesquisa é sobre os **FATORES SOCIOCULTURAIS E BARREIRAS NO RASTREAMENTO DO CÂNCER CERVICAL EM MULHERES INDÍGENAS**, sob a orientação da Professora Dr^a Camila Chaves da Costa.

Este estudo tem como objetivo analisar as principais dificuldades enfrentadas pelas mulheres indígenas para a realização da citologia oncótica, considerando as barreiras culturais, sociais, econômicas e estruturais. Este trabalho tem como finalidade e a importância de compreender as dificuldades e barreiras culturais que essa população enfrenta, propondo soluções para reduzir a incidência de câncer e melhorar a qualidade de vida das mulheres indígenas. Além disso, ressalta que a conscientização sobre a saúde preventiva nas comunidades indígenas é crucial para identificar e superar essas barreiras, impactando diretamente as políticas públicas de saúde.

Solicitamos sua colaboração para realização do questionário, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área da saúde e publicar em revistas científicas. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. A pesquisa não oferece nenhum risco ou prejuízo a sua saúde, mas a pesquisadora estará disponível para esclarecer alguma dúvida e ampará-lo caso apresente algum desconforto.

Sua participação nessa pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas pelo pesquisador no período de agosto a novembro de 2025, mediante instrumento de pesquisa. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária, não terá custos ou quaisquer compensações financeiras e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá, nem haverá modificação na assistência em qualquer hipótese. Os pesquisadores estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto que fui devidamente esclarecido(a) dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para a publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

Contato com o pesquisador Responsável Cristiane Mélo Poletto. Endereço: UNILAB

– Instituto de Ciências da Saúde. Avenida da Abolição nº 3. Centro. Redenção. Telefone:
(083) 98808-7228 (whatsapp).

Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, situado na Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Auroras – Rua José Franco de Oliveira, s/n, CEP: 62.790-970, Redenção – Ceará – Brasil, com Tel: 3332.6190 e E-mail: cep@unilab.edu.br

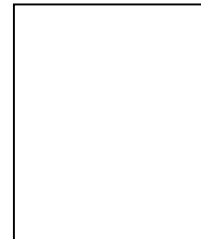
Atenciosamente,

Estou ciente que receberei uma cópia desse documento e assinarei as demais páginas do instrumento de coleta de dados (questionário).

Em caso de analfabeto
(espaço para impressão
dactiloscópica):

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Assinatura do Pesquisador Responsável



Maciço do Baturité, ___/___/___.

APÊNDICE B – SCRIPT DO R – ANÁLISE ESTATÍSTICA

```
# Limpar ambiente
rm(list = ls())

# Pacotes necessários
library(readxl)
library(dplyr)
library(sandwich)
library(lmtest)
library(gtsummary)
library(flextable)

# Importar banco Excel
dados <- read_excel(
  "D:/unilab - julho 2024/banco cris simplificado.xlsx"
)

# Estrutura do banco
str(dados)

# Resumo geral
summary(dados)
dados <- dados %>%
  mutate(
    # Desfechos (1 = adequado | 2 = inadequado)
    conhecimento_inadequado = ifelse(classificacao_final_conhecimento == 2, 1, 0),
    atitude_inadequada      = ifelse(classificacao_final_atitude == 2, 1, 0),
    pratica_inadequada      = ifelse(classificacao_pratica_final == 2, 1, 0),

    # Conversão para fator (exemplos principais)
    estadocivil             = factor(estadocivil),
    escolaridade            = factor(escolaridade),
    renda                   = factor(renda),
    auxilio_financeiro      = factor(auxilio_financeiro),
    qual_auxilio            = factor(qual_auxilio),
    religiao                = factor(religiao),
    trabalha                = factor(trabalha),
```

```

tem_agua          = factor(tem_agua),
saneamento_basico = factor(saneamento_basico),
atividade_fisica  = factor(atividade_fisica),
consome_alcool    = factor(consome_alcool),
fuma              = factor(fuma),
uso_de_medicacao  = factor(uso_de_medicacao),
doenca_diagnosticada = factor(doenca_diagnosticada),
vida_sexual       = factor(vida_sexual),
preferencia_sexual = factor(preferencia_sexual),
metodo_contraceptivo = factor(metodo_contraceptivo),
histerectomia     = factor(histerectomia),
cancer_na_familia = factor(cancer_na_familia),
laqueada          = factor(laqueada),
usa_camisinha     = factor(usa_camisinha),
teve_aborto       = factor(teve_aborto)
)

remover_1_nivel <- function(df, vars) {
  vars[sapply(df[vars], function(x) nlevels(droplevels(x)) > 1)]
}

vars_pratica <- c(
  "estadocivil", "escolaridade", "qual_auxilio", "religiao",
  "tem_agua", "saneamento_basico", "atividade_fisica",
  "consome_alcool", "fuma", "doenca_diagnosticada",
  "vida_sexual", "preferencia_sexual",
  "metodo_contraceptivo", "histerectomia"
)

vars_pratica_ok <- remover_1_nivel(dados, vars_pratica)
vars_pratica_ok
if (length(vars_pratica_ok) > 0) {

  formula_pratica <- as.formula(
    paste("pratica_inadequada ~", paste(vars_pratica_ok, collapse = " + "))
  )

  modelo_pratica <- glm(
    formula_pratica,

```

```

    family = poisson(link = "log"),
    data = dados
  )

} else {

  modelo_pratica <- glm(
    pratica_inadequada ~ 1,
    family = poisson(link = "log"),
    data = dados
  )
}

resultado_pratica <- coeftest(
  modelo_pratica,
  vcov = vcovHC(modelo_pratica, type = "HC0")
)

resultado_pratica

vars_atitude <- c(
  "escolaridade", "renda", "auxilio_financeiro", "qual_auxilio",
  "religiao", "trabalha", "consume_alcool", "fuma",
  "uso_de_medicacao", "doenca_diagnosticada",
  "laqueada", "usa_camisinha", "metodo_contraceptivo",
  "teve_aborto"
)

vars_atitude_ok <- remover_1_nivel(dados, vars_atitude)
vars_atitude_ok

if (length(vars_atitude_ok) > 0) {

  formula_atitude <- as.formula(
    paste("atitude_inadequada ~", paste(vars_atitude_ok, collapse = " + "))
  )

  modelo_atitude <- glm(

```

```

    formula_atitude,
    family = poisson(link = "log"),
    data = dados
  )

} else {

  modelo_atitude <- glm(
    atitude_inadequada ~ 1,
    family = poisson(link = "log"),
    data = dados
  )
}

resultado_atitude <- coeftest(
  modelo_atitude,
  vcov = vcovHC(modelo_atitude, type = "HC0")
)

resultado_atitude

vars_conhecimento <- c(
  "qual_auxilio", "trabalha", "saneamento_basico",
  "uso_de_medicacao", "metodo_contraceptivo",
  "histerectomia", "cancer_na_familia"
)

vars_conhecimento_ok <- remover_1_nivel(dados, vars_conhecimento)
vars_conhecimento_ok
if (length(vars_conhecimento_ok) > 0) {

  formula_conhecimento <- as.formula(
    paste("conhecimento_inadequado ~",
          paste(vars_conhecimento_ok, collapse = " + "))
  )

  modelo_conhecimento <- glm(
    formula_conhecimento,

```

```

    family = poisson(link = "log"),
    data = dados
  )

} else {

  modelo_conhecimento <- glm(
    conhecimento_inadequado ~ 1,
    family = poisson(link = "log"),
    data = dados
  )
}

resultado_conhecimento <- coeftest(
  modelo_conhecimento,
  vcov = vcovHC(modelo_conhecimento, type = "HC0")
)

resultado_conhecimento
tabela_conhecimento <- tbl_regression(
  modelo_conhecimento,
  exponentiate = TRUE
)

tabela_atitude <- tbl_regression(
  modelo_atitude,
  exponentiate = TRUE
)

tabela_pratica <- tbl_regression(
  modelo_pratica,
  exponentiate = TRUE
)

tabela_conhecimento %>%
  as_flex_table() %>%
  save_as_docx(path = "tabela_regressao_conhecimento.docx")

tabela_atitude %>%

```

```
as_flex_table() %>%  
save_as_docx(path = "tabela_regressao_atitude.docx")
```

```
tabela_pratica %>%  
as_flex_table() %>%  
save_as_docx(path = "tabela_regressao_pratica.docx")
```