

Prevenção e Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Barreiras e Facilitadores na Perspectiva de Usuárias do Sistema Único de Saúde

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n4.5743>

Cervical Cancer Prevention and Screening: Barriers and Facilitators from the Perspective of Users of the Unified Health System
Prevención y Detección del Cáncer del Cuello Uterino: Obstáculos y Factores Facilitadores desde la Perspectiva de las Usuarías del Sistema Único de Salud

Jonathan Queen Rosas Pereira¹; Ariano Wagner Alves de Oliveira²; Lucas Lorrán Costa de Andrade³; Elizabeth Teixeira⁴; Alex Martins⁵; Thalyta Mariany Rego Lopes Ueno⁶

RESUMO

Introdução: O câncer do colo do útero, também conhecido como câncer cervical, é uma forma de câncer que se origina nas células do colo do útero, a parte inferior do útero que se conecta à vagina. Esse câncer é frequentemente causado pela infecção persistente com tipos de papilomavírus humano (HPV) oncogênicos, como o HPV-16 e o HPV-18, que são transmitidos principalmente por via sexual. **Objetivo:** Compreender barreiras e facilitadores das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) à realização do exame Papanicolaou e formas de prevenção do câncer do colo do útero. **Método:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com 20 usuárias do SUS de duas Unidades Básicas de Saúde de Manaus/AM — localizadas nas Zonas Leste e Oeste da cidade. A coleta se deu por entrevistas semiestruturadas, conduzidas com roteiro próprio. Os dados foram submetidos à análise de redes temáticas. **Resultados:** Emergiram oito temas de organização e um tema global. As barreiras englobam principalmente dias de coleta e rotina de trabalho. Como facilitadores, destacam-se a presença do profissional do sexo feminino e a implementação da educação em saúde individualizada. **Conclusão:** As usuárias apresentam alta vulnerabilidade, mas mantêm elevada adesão ao exame citopatológico. Embora quase todas realizem o exame anualmente, a continuidade do rastreamento depende de boa informação, qualidade do atendimento e vínculo com os profissionais. **Palavras-chave:** Neoplasias do Colo do Útero; Prevenção; Barreiras; Facilitadores; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Cervical cancer, also known as cancer of the cervix, is a type of cancer that originates in the cells of the cervix. This cancer is most often caused by persistent infection with oncogenic types of human papillomavirus (HPV), such as HPV-16 and HPV-18, which are primarily transmitted through sexual contact. **Objective:** To understand the barriers and facilitators faced by users of the Brazilian Unified Health System (SUS) in undergoing the Papanicolaou test, as well as strategies for the prevention of cervical cancer. **Method:** A descriptive study with a qualitative approach, conducted with 20 SUS users from two Primary Health Care Units in Manaus, Amazonas, located in the eastern and western areas of the city. Data were collected through semi-structured interviews conducted using a specific interview guide. The data were subjected to thematic network analysis. **Results:** Eight organizing themes and one global theme emerged. The main barriers were related to specimen collection days and work routines. The main facilitating factors included the presence of female health professionals and the implementation of individualized health education. **Conclusion:** The users demonstrated high vulnerability but maintained a high level of adherence to cytopathological screening. Although most participants undergo the test annually, the continuity of screening depends on access to accurate information, quality of care, and the establishment of strong bonds with health professionals. **Key words:** Uterine Cervical Neoplasms; Prevention; Barriers; Facilitators; Unified Health System.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de cuello uterino, también conocido como cáncer cervical, es una forma de cáncer que se origina en las células del cuello uterino, la parte inferior del útero que se conecta a la vagina. Este cáncer es causado con frecuencia por la infección persistente con tipos oncogénicos del virus del papiloma humano (VPH), como los tipos VPH-16 y VPH-18, que se transmiten principalmente por vía sexual. **Objetivo:** Comprender las barreras y los facilitadores que enfrentan las usuarias del Sistema Único de Salud (SUS) para la realización del examen de Papanicolaou y las formas de prevención del cáncer de cuello uterino. **Método:** Estudio descriptivo con enfoque cualitativo, realizado con 20 usuarias del SUS de dos Unidades Básicas de Salud de Manaus, Amazonas, ubicadas en las zonas este y oeste de la ciudad. La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas, realizadas con un guion propio. Los datos fueron sometidos a un análisis de redes temáticas. **Resultados:** Surgieron ocho temas organizadores y un tema global. Las barreras se relacionaron principalmente con los días de realización del examen y la rutina laboral. Como facilitadores, se destacaron la presencia de profesionales de sexo femenino y la implementación de educación en salud individualizada. **Conclusión:** Las usuarias presentan alta vulnerabilidad, pero mantienen una elevada adhesión al examen citopatológico. Aunque casi todas se realizan el examen anualmente, la continuidad del cribado depende de una adecuada información, la calidad de la atención y el establecimiento de vínculos con los profesionales de la salud. **Palabras clave:** Neoplasias del Cuello Uterino; Prevención; Barreras; Facilitadores; Sistema Único de Salud.

¹Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Manaus (AM), Brasil.

¹E-mail: jonathanqueen0625@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0008-3450-5791>

²E-mail: awado.mpe25@uea.edu.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0007-0321-4230>

³E-mail: lucaslorrancosta@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-7924-0538>

⁴E-mail: etlattes@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-5401-8105>

⁵E-mail: ammartins@uea.edu.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-9657-2852>

⁶E-mail: tueno@uea.edu.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-3991-7022>

Endereço para correspondência: Jonathan Queen Rosas Pereira. Rua Cincinnatti, 04 – Nova Cidade. Manaus (AM), Brasil. CEP 69097-474. E-mail: jonathanqueen0625@gmail.com



INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero, também conhecido como câncer cervical, se origina nas células do colo do útero, a parte inferior do útero que se conecta à vagina. Esse câncer é frequentemente causado pela infecção persistente com tipos de papilomavírus humano (HPV) oncogênicos, como os tipos HPV-16 e HPV-18, que são transmitidos principalmente por via sexual¹.

O câncer do colo do útero pode ser identificado precocemente (exame Papanicolaou) e prevenido (vacina HPV), no entanto, segue como causa relevante de morte entre mulheres na América Latina². É evidente o descompasso entre diretrizes e prática: políticas do Ministério da Saúde para prevenção primária e secundária existem³, mas a adesão ao exame e à vacinação permanece insuficiente e heterogênea entre as Regiões⁴.

Dificuldades de acesso, somadas a fatores socioeconômicos e geográficos, reduzem a realização de exames e vacinação, ampliando desigualdades regionais⁵; barreiras como medo, vergonha e baixa literacia/informação, além de constrangimentos econômicos e logísticos, determinam a não adesão^{6,7}.

Diante disso, o câncer do colo do útero consiste no terceiro tipo de câncer mais comum entre mulheres no mundo⁸. O Instituto Nacional de Câncer (INCA)⁴ destaca o câncer do colo do útero como o terceiro tipo de câncer que mais afetará as mulheres no país durante o triênio 2026-2028, sendo estimados 19.310 novos casos por ano no país, com ênfase para as Regiões Norte e Nordeste, onde figura como a segunda neoplasia mais incidente. Na Região Norte, os Estados do Pará e do Amazonas apresentam os dados mais alarmantes de toda Região. Entre 2012 e 2018, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) registrou 1.926 óbitos por câncer do colo do útero no Estado do Amazonas. Além disso, em 2023, o hospital de referência para o tratamento do câncer no Amazonas notificou 174 mortes por câncer do colo do útero, aproximadamente quatro mortes por semana⁹⁻¹¹.

O rastreamento do câncer cervical é uma estratégia importante para a redução da morbimortalidade associada a essa neoplasia. O exame citopatológico, reconhecido mundialmente como eficiente e seguro, permite a identificação de lesões precursoras e alterações iniciais da doença em mulheres assintomáticas, antes que evoluam para a forma invasiva¹². Ademais, busca atender ao compromisso do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), apoiados pela Estratégia Global para ajudar na eliminação do câncer do colo do útero como um problema de saúde pública até 2030, reduzindo a incidência para menos de quatro casos por 100 mil mulheres e o coeficiente de mortalidade para menos de dois por 100 mil mulheres¹³.

Embora a literatura reconheça a influência de fatores individuais, socioculturais e organizacionais na realização do exame citopatológico, ainda há lacunas quanto à compreensão integrada desses elementos a partir da perspectiva das usuárias, especialmente em contextos amazônicos marcados por desigualdades territoriais, barreiras geográficas e especificidades na organização dos serviços de saúde.

Nesse contexto, a análise articulada de barreiras e facilitadores, sob a ótica das usuárias, permite compreender como essas dimensões se inter-relacionam no cotidiano e condicionam o acesso e a adesão ao rastreamento do câncer do colo do útero. Tal análise qualifica a interpretação da utilização dos serviços e orienta intervenções na Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase na organização do cuidado (previsibilidade de agendas, transparência dos fluxos, devolutivas oportunas), na educação em saúde contextualizada e na oferta de apoios materiais (transporte, horários estendidos)¹⁴.

Ademais, a escuta qualificada das usuárias favorece a identificação de gargalos no percurso assistencial, orienta a alocação de recursos e contribui para a promoção da equidade no acesso e na adesão ao rastreamento. Diante disso, este estudo tem como objetivo compreender as barreiras e os facilitadores das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) à realização do exame Papanicolaou e as formas de prevenção do câncer do colo do útero.

MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi por meio de entrevistas semiestruturadas. Esta pesquisa foi conduzida de acordo com o *checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*¹⁵.

A escolha pela abordagem qualitativa decorre da sua capacidade de captar a perspectiva das participantes em um horizonte de sentidos, motivações e valores, alcançando profundidade interpretativa não restrita a variáveis previamente operacionalizadas. Além disso, confere maleabilidade e inventividade ao delineamento e à condução do estudo, preservando o rigor próprio da pesquisa científica¹⁶.

O estudo foi conduzido em Manaus, capital do Estado do Amazonas, Brasil, em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre julho e outubro de 2025. O município apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,737 e Rede de Atenção Primária com 288 UBS, distribuídas nos distritos Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural, além de UBS fluviais e unidades móveis¹⁷. As UBS foram selecionadas por conveniência: uma no DISA Leste (Clínica da Família Desembargador Fábio do Couto

Valle, Av. Brigadeiro Gurjão, Jorge Teixeira) e outra no DISA Oeste (UBS O-46, Rua Raimundo Maio, Parque São Pedro, Tarumã)¹⁸.

Foram definidos como critério de inclusão “pessoas com útero” cadastradas na área das UBS, na faixa etária de 25 a 64 anos, que sejam sexualmente ativas¹⁹. Isso pode incluir homens trans e pessoas não binárias designadas mulheres ao nascer^{20,21}. Já os critérios de exclusão foram mulheres, homens trans e pessoas não binárias designadas mulheres ao nascer sem condições cognitivas ou outras que dificultem o processo de comunicação.

Os convites foram realizados presencialmente nas dependências das duas UBS. Na UBS O-46, participaram exclusivamente usuárias que compareceram para a realização do exame de Preventivo do Câncer no Colo do Útero (PCCU). Na Clínica da Família Desembargador Fábio do Couto Valle, foram incluídas tanto usuárias que estavam em busca da coleta do exame quanto aquelas presentes por outros atendimentos (consultas, vacinação, entre outros). Não houve recusas ou desistências de participação. A delimitação do número de participantes e o encerramento da coleta seguiram o critério de saturação teórica, entendido como o ponto em que as informações passam a reiterar padrões e convergir analiticamente, indicando que novas inclusões tenderiam a não acrescentar explicações substantivamente inéditas aos fenômenos investigados^{9,22}.

A equipe de pesquisa foi composta por seis integrantes; três pesquisadores conduziram as entrevistas em campo. Para guiar as entrevistas semiestruturadas, foi utilizado um roteiro com as seguintes questões: 1. Quais são os principais desafios que você enfrenta para realizar os exames de rastreamento do câncer do colo do útero (como o exame de Papanicolau) regularmente? 2. Você pode descrever qualquer dificuldade que tenha encontrado em acessar serviços de saúde para prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero? Quais fatores influenciam sua decisão de procurar ou não esses serviços? 3. O que você considera ser os principais motivos pelos quais algumas pessoas, no território de abrangência da unidade de saúde, podem não estar aderindo às medidas preventivas e de rastreamento para o câncer do colo de útero? 4. Quais são as informações ou recursos que você acha que seriam úteis para melhorar o acesso e a adesão às práticas de prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero? 5. Como a sua experiência com os profissionais de saúde influenciaram sua decisão de realizar exames de rastreamento ou seguir recomendações de prevenção? Há algo que poderia ser melhorado no atendimento para facilitar essa adesão? 6. Quais informações você já recebeu ou quais campanhas já participou sobre a importância do rastreamento e prevenção do câncer do colo do útero? Como essas

informações impactaram suas atitudes e comportamentos em relação a essas práticas? 7. Se você tivesse acesso a um material didático ou tecnologia educativa sobre prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero, quais informações ou recursos específicos você gostaria que fossem incluídos para ajudar a superar barreiras e promover a adesão a essas práticas?

Não foi realizado teste-piloto do instrumento de coleta. As entrevistas foram conduzidas em um único momento, sem repetição, com duração média de até 10 minutos, na presença da participante e do pesquisador em ambiente reservado do contexto de estudo.

No primeiro momento, foi realizada uma visita à UBS para visualizar o espaço e preparar o ambiente para a realização das entrevistas (foram considerados aspectos como boa iluminação, ventilação e acomodação). Após, durante a abordagem das usuárias, foi realizado o agendamento do melhor dia e horário, o que ocorreu após o aceite; na sequência, fez-se a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Gravação de Uso de Voz para obtenção da assinatura. Antes das entrevistas, verificou-se o funcionamento do gravador e foi realizado o acolhimento das usuárias, informando-as sobre a duração máxima da conversa (até 40 minutos), e reafirmando a garantia do anonimato.

A análise dos dados buscou atribuir sentido analítico ao material empírico. As informações socioeconômicas da primeira parte das entrevistas foram organizadas em planilha *Excel* para descrição e apoio à gestão dos dados. As entrevistas foram transcritas integralmente, revisadas e anonimizadas com auxílio do *Google Docs* e do aplicativo *Easy Transcription*. Foi adotada a convenção U1 a U20 para identificar os participantes sem exposição nominal. Na sequência, procedeu-se à leitura flutuante e à codificação manual iterativa, acompanhadas de registro de memorandos reflexivos e da manutenção de uma trilha de auditoria, assegurando transparência e rastreabilidade do processo interpretativo. O processo de codificação, juntamente com o de tematização dos temas básicos, organizacionais e global, foi realizado com auxílio do *software MaxQDA*²³.

Aplicou-se a análise de redes temáticas²⁴ como estratégia para organizar e sistematizar os dados qualitativos. Essa técnica permite a identificação de três níveis de temas: temas básicos, temas de organização e temas globais. A análise foi conduzida conforme as etapas propostas, iniciando pela fase de redução ou desagregação do texto, que inclui a construção de um quadro de codificação, a divisão do material em segmentos e a identificação e refinamento dos temas. Em seguida, na fase de exploração do texto, foram construídas as redes temáticas por meio da organização dos temas, seleção dos temas básicos,

reorganização dos temas, identificação dos temas globais e verificação e aperfeiçoamento das redes resultantes. Posteriormente, procedeu-se à descrição e interpretação dessas redes, explorando suas relações e significados. Por fim, na fase de integração, realizou-se o resumo das redes temáticas e a interpretação dos padrões identificados, articulando-os com os objetivos da pesquisa e com a literatura pertinente.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas, sob o número de parecer 7.606.678 (CAAE: 87130325.0.0000.5016), em conformidade com a Resolução n.º 466/2012²⁵ do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

O estudo incluiu 20 mulheres usuárias do SUS que compareceram às UBS para realizar a coleta do exame PCCU, com faixa etária entre 25 e 64 anos, solteiras (11/20; 55%), autodeclaradas pardas (16/20; 80%) e heterossexuais (20; 100%). Predominaram escolaridade de nível médio (12/20; 60%), ocupação como trabalhadora doméstica (9/20; 45%) e renda familiar dependente de programas sociais (12/20; 60%).

Quanto à vida sexual e reprodutiva, (19/20) 95% iniciaram antes dos 18 anos, (14/20) 70% relataram ter tido até quatro parceiros ao longo da vida, (12/20) 60% tiveram até três gestações e (13/20) 65% informaram ter tido até três partos; (15/20) 75% referiram uso de métodos contraceptivos. No rastreamento citológico, 45% (9/20) das participantes relataram ter iniciado a realização do PCCU após os 25 anos, (18/20) 90% fazem o exame anualmente, (18/20) 90% realizaram o último em 2024 e (19/20) 95% obtiveram resultado negativo; (13/20) 65% relataram ter recebido a vacina contra o HPV, conforme destacado na Figura 1.

A partir das entrevistas, a análise de redes temáticas revelou o tema global “Barreiras e facilitadores no percurso do rastreamento e prevenção do câncer do colo do útero na APS” (Figura 2). Essa rede articula experiências de obstáculos cotidianos e institucionais — como tempo/distância, organização do fluxo assistencial e sentimentos ligados ao procedimento — com dispositivos de apoio ao acesso, ao vínculo e à informação. Em conjunto, tais elementos esclarecem, na perspectiva das usuárias, quais fatores dificultam ou favorecem a realização do preventivo e das práticas de prevenção do câncer do colo do útero.

À luz do tema global, identificaram-se oito temas de organização (Figura 3), sistematizados em dois eixos analíticos complementares: barreiras (quatro temas), que descrevem condicionantes estruturais, organizacionais, afetivos e

informativos que restringem o cuidado; e facilitadores (quatro temas), que evidenciam recursos relacionais, arranjos de serviço, estratégias informativas e motivadores individuais e contextuais capazes de sustentar a adesão ao rastreamento e às práticas de prevenção do câncer do colo do útero. Foram utilizadas unidades hermenêuticas, compreendidas como segmentos de sentido derivados das narrativas das participantes, e descrições pormenorizadas, que consistem na explicitação detalhada dos conteúdos e significados atribuídos aos dados durante o processo analítico.

No eixo das barreiras, a análise evidenciou quatro temas de organização que, de forma complementar, explicam por que o rastreamento e a prevenção do câncer do colo do útero não se consolidam como prática regular entre as usuárias da APS.

O primeiro tema, “Condições de acesso e organização do cotidiano”, formado por quatro temas básicos, revela que a distância até a UBS, a oferta restrita de horários para coleta e as responsabilidades de cuidado (particularmente com filhos pequenos) deslocam o PCCU para a periferia do cotidiano. As participantes referem que “é longe da minha casa e o acesso é difícil” (U2), que precisam chegar “5-6h” (U6) e que “têm dois bebês... e é somente um dia” (U2). Tais constrangimentos temporais e logísticos comprimem as janelas de cuidado e favorecem faltas ou adiamentos.

O segundo tema, “Entraves institucionais e fluxos assistenciais”, composto por quatro temas básicos, diz respeito a obstáculos produzidos pelo próprio serviço, notadamente a demora na liberação de resultados e os gargalos de regulação (p. ex., SISReg) que comprometem a confiança e a continuidade do cuidado.

As participantes descrevem esperas prolongadas — “demorou muito, uns três meses” (U2); “deveria passar pelo menos um mês... às vezes passa 2–3 meses” (U13) — e associam o percurso assistencial a um sistema “horrível” (U16), termo que, nos relatos, condensa: opacidade do fluxo (“a gente bota no SISReg... pra chamarem a gente”, U11), escassez de vagas e tempos de espera desmotivadores (“a gente vem... demora... às vezes a pessoa acaba até desistindo”, U3) e fragmentação do atendimento (“só a coleta... deveriam ir mais a fundo”, U15). Em conjunto, a falta de transparência sobre etapas e prazos, a morosidade para a devolutiva de resultados e a regulação pouco responsiva desestimulam o retorno e fragilizam o seguimento oportuno.

O terceiro tema, “Afetos difíceis” (medo, vergonha e desconforto), constituído por quatro temas básicos, evidencia que o caráter íntimo do procedimento pode produzir constrangimento e evitar o comparecimento, sobretudo quando não há acolhimento qualificado. As mulheres descrevem o exame como algo que “gera desconforto” (U16) e relatam experiências de trato pouco sensível (“deita aí... algo bem bruto”, U2). Quando não

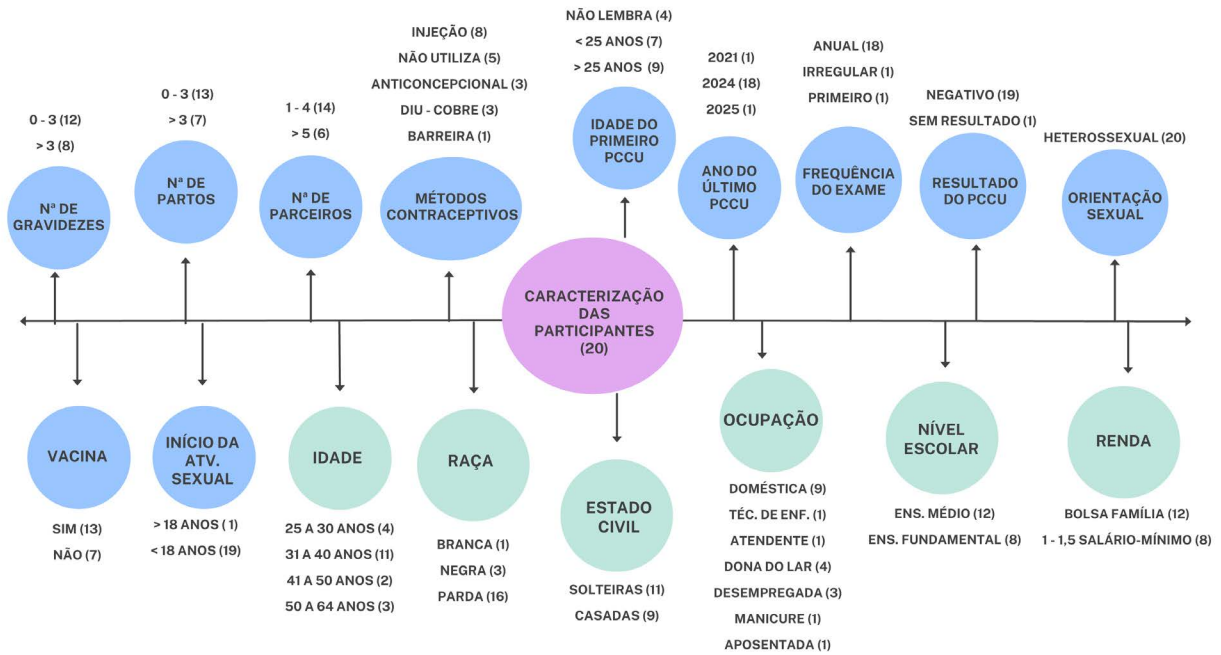


Figura 1. Processo de caracterização das participantes

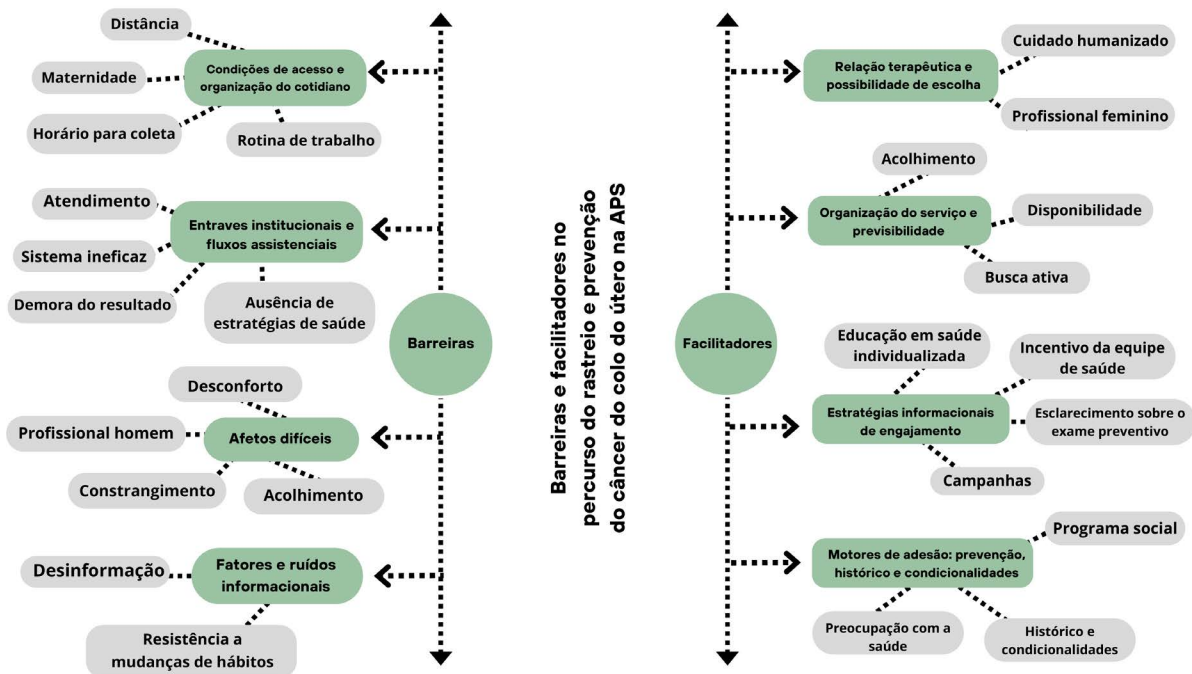


Figura 2. Rede temática

Legenda: APS = Atenção Primária à Saúde.

mediados, esses afetos negativos convertem-se em não adesão ou em postergamento do rastreo.

Por fim, o quarto tema organizador, “Fatores e ruídos informacionais”, estruturado por dois temas básicos, aponta para déficits na oferta e na circulação de informações claras, contextualizadas e extramuros. Foram citadas a ausência de ações na comunidade —

“nunca foram na minha casa... e moro perto” (U19) — e ambiguidades conceituais, como o desconhecimento da relação entre HPV e câncer do colo do útero (“não sabia que era relacionado ao câncer”, U20). A baixa capilaridade informacional resulta em prevenção frágil, pouco acionável e, conseqüentemente, menos presente na rotina das mulheres.

PROCESSO DE TEMATIZAÇÃO EM REDE

1 UH 2DP	TEMA BÁSICO	N	TEMA DE ORGANIZAÇÃO	MAGNITUDE	%	TEMA GLOBAL
229 CÓDIGOS	Rotina de trabalho	7	CONDIÇÕES DE ACESSO E ORGANIZAÇÃO DO COTIDIANO	26	11,3%	BARREIRAS E FACILITADORES NO PERCURSO DO RASTREIO E PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA APS
	Horário para coleta	8				
	Maternidade	5				
	Distância	6				
	Atendimento	15	ENTRAVES INSTITUCIONAIS E FLUXOS ASSISTENCIAIS	30	13,1%	
	Sistema ineficaz	4				
	Demora do resultado	8				
	Ausência de estratégias de saúde	3				
	Profissional homem	2	AFETOS DIFÍCEIS	21	9,2%	
	Desconforto	4				
	Constrangimento	8				
	Acolhimento	7				
	Resistência a mudanças de hábitos	21	FATORES E RUÍDOS INFORMACIONAIS	24	10,5%	
	Desinformação	3				
	Cuidado humanizado	15	RELAÇÃO TERAPÊUTICA E POSSIBILIDADE DE ESCOLHA	18	7,9%	
	Profissional feminino	3				
	Disponibilidade	6	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO E PREVISIBILIDADE	13	5,7%	
	Acolhimento	5				
	Busca ativa	2				
	Educação em saúde individualizada	20	ESTRATÉGIAS INFORMACIONAIS DE ENGAJAMENTO	56	24,4%	
	Campanhas	24				
	Incentivo da equipe de saúde	7				
	Esclarecimento sobre o exame preventivo	5				
	Histórico e condicionalidades	10	MOTORES DE ADESÃO: PREVENÇÃO, HISTÓRICO E CONDICIONALIDADES	41	17,9%	
	Preocupação com a saúde	22				
	Programa social	9				
	TOTAL	229		229	100%	

Figura 3. Processo de tematização em rede

Legendas: UH = Unidades hermenêuticas; DP = Descrições pormenorizadas.

Para além das lacunas descritas, a análise evidenciou um conjunto de facilitadores que, quando presentes, atenuam barreiras e sustentam a adesão ao rastreio.

O primeiro tema de organização, no eixo dos facilitadores, denomina-se “Relação terapêutica e possibilidade de escolha”, integrado por dois temas básicos. A qualidade do encontro clínico — atendimento humanizado e explicações claras — transforma o primeiro contato em vínculo longitudinal, favorecendo retornos regulares. As participantes relatam que “eles explicam bem... faz a gente querer vir” (U9), e a possibilidade de escolher o profissional do sexo feminino aumenta o conforto em um procedimento íntimo (“facilita... por ser íntimo”, U4). Em termos operacionais, trata-se de um facilitador relacional que reduz a ansiedade, qualifica a experiência e consolida trajetórias de cuidado.

O segundo tema organizador “Organização do serviço e previsibilidade” engloba três temas básicos, evidencia que arranjos assistenciais responsivos — como agendas estendidas e prazos pactuados para a entrega de resultados — aumentam a previsibilidade do percurso e fortalecem a confiança no serviço. A demanda por “explicar na hora o que vai ser feito” (U20) destaca o valor de devolutivas estruturadas e de um fluxo transparente do exame ao resultado, inclusive com prazos claros de devolutiva (“se desse para passar pelo menos um mês... pra chegar pra gente”, U13). Em conjunto, esses elementos convertem a intenção em comparecimento efetivo e reduzem perdas de seguimento.

“Estratégias informacionais de engajamento” foi o terceiro tema organizador no eixo dos facilitadores, composto por quatro temas básicos, este corresponde às ações de educação em saúde que operam como gatilhos de decisão e reforço de memória do cuidado. Estratégias comunicacionais multimodais — campanhas visíveis, demonstração do procedimento e lembretes recorrentes — aumentam a literacia em saúde, a autoeficácia e a preparação emocional, reduzindo incertezas e normalizando o PCCU como prática de rotina.

As participantes relatam que “palestras trazem preocupação que faz a gente fazer” (U7) e que sinalizações externas (“botar informativos na frente... lembrando de mês em mês”, U15) ampliam a prontidão, sobretudo quando a mensagem é concreta, contextualizada e repetida em diferentes pontos de contato (UBS, território e mídias). Em síntese, a educação em saúde, quando planejada e contínua, converte intenção em comparecimento e sustenta a manutenção periódica do rastreio.

No tema organizador “Motores de adesão: prevenção, histórico e condicionalidades”, estruturado por três temas básicos, a motivação para o PCCU emerge da convergência entre autocuidado e experiências familiares (“eu me

preocupo com a minha saúde”, U5; “na minha família já teve câncer”, U14), potencializada por condicionalidades sociais (os fatores que influenciam... é mais pelo Bolsa Família”, U2) que atuam como reforços contextuais. Mensagens que articulam risco e benefício e convocam à autonomia tendem a sustentar a adesão para além de exigências documentais, favorecendo a continuidade do rastreio como prática rotineira.

DISCUSSÃO

A caracterização das 20 participantes evidencia um contingente majoritário de mulheres com média de 37 anos, pardas, solteiras e com escolaridade até o ensino médio, com destaque para trabalho doméstico e dependência de programas sociais. Esse perfil é consistente com achados de estudos realizados no Brasil, especialmente em Regiões de maior vulnerabilidade, como o Norte, onde se observa a predominância de mulheres em condições socioeconômicas semelhantes no acesso ao rastreamento do câncer do colo do útero^{26,27}.

Os achados indicam que a irregularidade do PCCU resulta de barreiras interdependentes — distância, responsabilidades de cuidado (maternidade), horários/dias restritos, demandas laborais e constrangimento diante de um procedimento íntimo. Esses elementos, de natureza individual, sociocultural e institucional, sobrepõem-se, estreitam janelas de cuidado e favorecem adiamentos/faltas, produzindo descontinuidade do rastreio. Tal configuração multicausal corrobora a literatura sobre adesão como fenômeno contextual e cumulativo²⁸, apontando a necessidade de intervir na arquitetura do acesso (agenda, previsibilidade de fluxos, acolhimento), e não apenas no comportamento individual²⁹. Além disso, essas barreiras repercutem diretamente sobre o acesso de primeiro contato na APS, ao dificultarem a entrada oportuna das usuárias no serviço e a utilização contínua das ações preventivas.

A presença de filhos pode incrementar a preocupação com a saúde e, portanto, estimular o Papanicolau³⁰. No entanto, nesses achados, relacionados ao tema maternidade, demonstrou-se que a rotina de cuidado com crianças operou predominantemente como um modo de restrição, emergindo como um dos principais desafios à realização regular do rastreio do câncer do colo do útero. Em outras palavras, a maternidade pode motivar em termos atitudinais, mas, no contexto estudado, prevaleceu o efeito barreira de ordem prática.

As barreiras no nível do serviço, fragilidades de infraestrutura, modelos de atendimento/agendamento pouco responsivos e falhas comunicacionais, traduzem-se em esperas prolongadas, dificuldade para marcar e



descontinuidade entre etapas do cuidado, alinhando-se ao que a literatura descreve sobre o papel organizacional na adesão ao rastreo. Particularmente, a demora na devolutiva dos resultados constitui um gargalo crítico mesmo após a coleta, com potencial de romper o vínculo, reduzir a confiança e gerar perdas de seguimento^{31,32}. Esses achados evidenciam fragilidades na coordenação do cuidado e na longitudinalidade, atributos essenciais da APS, uma vez que comprometem o seguimento adequado das usuárias ao longo do percurso assistencial. Assim, o problema não se encerra no acesso à coleta do exame, mas alcança a capacidade do serviço de sustentar o cuidado ao longo do tempo, articulando acolhimento, seguimento e resposta oportuna às necessidades apresentadas.

Os achados do tema gerador “afetos difíceis” situam a adesão menos como decisão puramente racional e mais como experiência afetivo-relacional, na qual exposição corporal, vergonha, medo de dor/resultados e interações pouco acolhedoras operam como barreiras potentes ao comparecimento³³. Em termos interpretativos, o caráter íntimo do PCCU ativa marcadores socioculturais — pudor, normas de gênero e estigma — que, sem mediação qualificada, convertem-se em evitação ou adiamento do rastreo³⁴.

Esse quadro desloca a discussão para a qualidade do encontro clínico: práticas de comunicação centrada na pessoa, explicação passo a passo, consentimento informado reforçado, possibilidade de escolha do profissional (incluindo mulher), garantia de privacidade, manejo do desconforto e devolutivas claras configuram dispositivos capazes de reformular a experiência, reduzir a ansiedade e transformar preocupação em ação³⁵. Enfrentar “afetos difíceis” não é periférico ao rastreo, mas condição estruturante da continuidade do cuidado na APS.

Os achados que formam o tema gerador “lacunas e ruído informacional” convergem com a literatura ao indicar que a baixa literacia em saúde e a compreensão limitada da relevância do PCCU sustentam a não adesão³⁶, enquanto o desconforto do procedimento segue como barreira recorrente³⁷. A baixa capilaridade de ações extramuros, exemplificada pela ausência de visitas comunitárias (U19), e ambiguidades conceituais (p. ex., desconhecimento do vínculo HPV-CCU, U20) tornam a prevenção pouco acionável; em contraste, o acesso qualificado à informação associa-se à maior frequência de rastreamento, sobretudo entre as mulheres com melhor escolaridade³⁸.

É importante destacar que a suposta “falta de interesse” das usuárias muitas vezes ocorre em contextos marcados por escassez de recursos e falhas na organização dos serviços³¹. Nesse cenário, a não realização do exame não deve ser atribuída exclusivamente à decisão individual, mas

compreendida a partir das condições concretas de acesso e das dificuldades enfrentadas no percurso assistencial. Assim, a adesão ao rastreamento não depende apenas da vontade das mulheres, mas também da existência de condições que tornem o cuidado possível, compreensível e viável no seu cotidiano.

No eixo dos facilitadores, a “relação terapêutica e possibilidade de escolha” mostrou-se central: o atendimento humanizado, a escuta-ativa e as explicações claras convertem a primeira ida em vínculo (“eles explicam bem... faz a gente querer vir”, U9), e a possibilidade de optar por profissional mulher aumenta o conforto em procedimento íntimo³². Em sentido oposto, interações negativas (desatenção, julgamento, pressa) desgastam a confiança e afastam usuárias dos serviços³¹. Em termos práticos, a comunicação centrada na pessoa, as devolutivas claras e a opção pelo gênero do profissional constituem alavancas plausíveis para sustentar a adesão e reduzir as perdas de seguimento.

Determinantes organizacionais, previsibilidade de agendas, fluxos transparentes e devolutivas estruturadas figuram como mecanismos centrais para reduzir incerteza, fortalecer confiança e sustentar a adesão ao PCCU, deslocando o debate do “comportamento individual” para o acesso. Prazos pactuados e comunicação no ato operam como compromissos verificáveis, ancorando expectativas e diminuindo custos de transação (tempo, deslocamento, cuidado dependente), com impacto sobre retorno e continuidade³⁷. Em síntese, a previsibilidade organizacional deve ser tratada como determinante proximal e padrão de qualidade na prevenção do câncer do colo do útero.

Para além do acesso físico³⁸, a clareza sobre riscos, sinais/sintomas e caminhos terapêuticos organiza decisões mais informadas, enquanto arranjos programáticos, como flexibilidade de agenda e localização estratégica dos pontos de coleta, potencializam o efeito mobilizador da informação, sobretudo em contextos vulneráveis³⁹. Estratégias informacionais de engajamento devem ser tratadas como componente estruturante do desenho do serviço, articuladas a medidas organizacionais que reduzam incerteza e consolidem trajetórias de cuidado.

No âmbito dos motores de adesão, a literatura indica que o histórico familiar de câncer funciona como forte indutor da busca pelo rastreamento, enquanto condicionalidades de programas sociais operam como gatilhos externos que convertem a intenção em comparecimento^{40,41}. Ademais, a vacinação contra o HPV associa-se à maior frequência de PCCU⁴², achado que dialoga com a elevada proporção de mulheres vacinadas nesta amostra. Analiticamente, a adesão emerge da convergência entre motivações internas (autocuidado e experiências familiares) e reforços

contextuais (ex.: exigências programáticas), sendo mais sustentável quando mensagens de risco/benefício são articuladas a suportes de autonomia (convites informados, escolhas reais) e a previsibilidade organizacional do serviço. Isso evita dependência exclusiva de exigências documentais e favorece a manutenção do rastreamento como prática rotineira³⁶. Ao mesmo tempo, esses achados indicam que a prevenção do câncer do colo do útero não se sustenta apenas por campanhas ou recomendações normativas, mas por processos de reconhecimento, vinculação e produção de sentido que tornam o cuidado relevante na experiência concreta das mulheres.

Como aspecto novo, o estudo evidencia que barreiras e facilitadores não atuam de forma isolada ou linear, mas se entrelaçam no percurso assistencial, produzindo aproximações ou afastamentos sucessivos entre usuárias e serviço. Mais do que identificar obstáculos ao exame, os achados mostram que a prevenção do câncer do colo do útero, no contexto da APS, é vivida como experiência relacional e organizacional, atravessada por condições materiais, afetos, informações e modos de funcionamento do cuidado. Além disso, algumas limitações devem ser observadas neste estudo. Destaca-se a ausência de devolutiva das transcrições e de validação dos resultados junto às participantes, o que poderia contribuir para o aprofundamento interpretativo e maior robustez analítica dos achados.

CONCLUSÃO

As 20 mulheres atendidas na rede pública (SUS) apresentam alta vulnerabilidade social e reprodutiva — pardas, de baixa renda, com dependência de programas sociais, início precoce da vida sexual e multiparidade. Apesar desse contexto, observou-se elevada adesão ao exame citopatológico (90% referem realização anual, com a maioria tendo realizado o último exame em 2024 e 95% de resultados negativos). Os resultados indicam que a prevenção do câncer do colo do útero se relaciona à interação entre acesso à informação, condições estruturais dos serviços e qualidade da relação profissional-usuária.

No eixo das barreiras, destacam-se fatores que extrapolam a vontade das usuárias — distância, janelas horárias restritas, demora na liberação de resultados e instabilidade/opacidade regulatória (p.ex., SISReg), somados a atendimentos pouco resolutivos. Em contrapartida, os facilitadores — preocupação com a saúde, história familiar, condicionalidades sociais (p.ex., Bolsa Família), campanhas educativas, orientação clara e atendimento empático — favorecem a adesão ao exame e às práticas preventivas.

Intervenções centradas exclusivamente na ampliação da oferta do exame mostram-se insuficientes, sendo necessário

atuar de forma integrada sobre dimensões organizacionais, relacionais e informacionais do cuidado. Nesse sentido, o estudo oferece subsídios para o aprimoramento das práticas na APS, ao indicar a necessidade de qualificação da acolhida, redução de barreiras institucionais e organização dos fluxos assistenciais — com maior transparência, definição de prazos e comunicação centrada na pessoa — para a consolidação de um cuidado contínuo e integral no SUS.

AGRADECIMENTOS

À Aline Stephany Silva de Vasconcelos Melo e a Youseph Tikara Kimura Martins por todo o apoio e amparo. Aos participantes da pesquisa por aceitarem fazer parte do estudo. À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (Semsu) por disponibilizar as unidades de saúde e à Universidade do Estado do Amazonas por sempre incentivar o desenvolvimento da pesquisa científica e tecnológica.

CONTRIBUIÇÕES

Jonathan Queen Rosas Pereira e Ariano Wagner Alves de Oliveira contribuíram na obtenção, análise e interpretação dos dados. Elizabeth Teixeira contribuiu na redação e revisão crítica. Alex Martins contribuiu na concepção; redação e revisão crítica. Lucas Lorrain Costa de Andrade e Thalyta Mariany Rego Lopes Ueno contribuíram na concepção e no planejamento do estudo; na redação e revisão crítica. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Uso de inteligência artificial (IA) apenas para tradução do tópico “Resumo”, para modificação das referências e tradução dos artigos utilizados na revisão. A análise, interpretação ou síntese dos resultados são de total responsabilidade dos autores, sem intervenção da IA.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todos os conteúdos subjacentes ao texto do artigo estão contidos no manuscrito.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.



REFERÊNCIAS

1. Bruni L, Albero G, Serrano B, et al. Human papillomavirus and related diseases in the world: summary report [Internet]. Barcelona: ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer; 2023. [acesso em 2025 dez 25]. Disponível em: <https://hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>
2. Moysés R, Montarroyos E, Pazos JVG, et al. Panorama do câncer do colo do útero em indígenas brasileiras: análise do rastreamento e da morbimortalidade hospitalar de 2013 a 2022. *Rev Interfaces Saúde Humanas Tecnol.* 2025;13(3):5503-16. doi: <https://doi.org/10.16891/2317-434X.v13.e3.a2025.id.2376>
3. Sousa GA, Viana JN, Souza CSM, et al. Linha de cuidado do câncer do colo do útero no Amazonas: uma análise da prevenção ao tratamento de lesões precursoras. *Rev Bras Cancerol.* 2021;67(3):e-161282. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1282>
4. Instituto Nacional de Câncer (Brasil) Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2026.
5. Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas. FCECON [Internet]. Manaus: FCECON; [acesso em 2026 jul 20]. Disponível em: <https://www.fcecon.am.gov.br/>
6. Pan American Health Organization. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. 2. ed. Washington (DC): PAHO; 2016.
7. World Health Organization. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. 2. ed. Geneva: WHO; 2021.
8. Santos WM, Santos DM, Fernandes MS. HPV immunization in Brazil and proposals to increase adherence to vaccination campaigns. *Rev Saude Publica.* 2023;57:79. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005410>
9. Instituto Nacional de Câncer. Dados e números sobre câncer do colo do útero: relatório anual 2023 [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2023 [acesso em 2024 ago 13]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/dados-e-numeros-sobre-cancer-do-colo-do-uterio-relatorio-anual-2023>
10. Damasceno HC, Cavalcante RL, Oliveira OP, et al. Caracterização da situação socioeconômica e identificação de fatores de risco para câncer cervical em comunidades ribeirinhas da Região Xingu - Pará. *Res Soc Dev.* 2021;10(5):e51810515255. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15255>
11. Plantamura BL, Silva PKS, Machado TB, et al. O desafio do enfermeiro no Amazonas na prevenção do câncer do colo do útero: fatores que influenciam a não realização do exame Papanicolau. *Rev FT.* 2023;27:e2327. doi: <http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.7940336>
12. Santos TLS, Silveira MB, Rezende HHA. A importância do exame citopatológico na prevenção do câncer do colo uterino. *Encicl Biosf.* 2019;16(29):1947-61. doi: http://dx.doi.org/10.18677/EnciBio_2019A151
13. World Health Organization. Cervical cancer elimination initiative. Geneva: WHO; 2022.
14. Minayo MC. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 19. ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
15. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631. doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>
16. Silva DCDA, Martins Júnior FRE, Silva TMR, et al. Características de pesquisas qualitativas: estudo em teses de um programa de pós-graduação em educação. *Educ Rev.* 2022;38:e26895. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-469826895>
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2022: Manaus. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
18. Secretaria Municipal de Saúde (AM). Unidades Básicas de Saúde – UBS [Internet]. Manaus: Prefeitura de Manaus; [sem data] - [acesso em 2026 jul 20]. Disponível em: <https://www.manaus.am.gov.br/semsa/unidades/unidades-basicas-de-saude/>
19. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
20. Connolly D, Hughes X, Berner A. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among transgender men and non-binary people with a cervix: a systematic narrative review. *Prev Med.* 2020;135:106071. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106071>
21. World Health Organization. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. 2. ed. Geneva: World Health Organization; 2021.
22. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica.* 2008;24(1):17-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008000100003>
23. VERBI Software. MAXQDA Analytics Pro. Version 2022 (release 22.6.0) [software]. Berlin: VERBI Software; 2022 [acesso em 2025 nov 20]. Disponível em: <https://maxqda.com.br>
24. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qual Res.* 2001;1(3):385-405. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/146879410100100307>

25. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso 2025 nov 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf>
26. Iglesias GA, Larrubia LG, Campos Neto AS, et al. Conhecimento e adesão ao Papanicolau de mulheres de uma rede de atenção primária à saúde. *Rev Cienc Med (Campinas)*. 2019;28(1):21-30. <https://doi.org/10.24220/2318-0897v28n1a4008>
27. Azevedo e Silva G, Damacena GN, Ribeiro CM, et al. Papanicolaou test in Brazil: analysis of the National Health Survey of 2013 and 2019. *Rev Saude Publica*. 2023;57:55. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004798>
28. Srinath A, van Merode F, Rao SV, et al. Barriers to cervical cancer and breast cancer screening uptake in low- and middle-income countries: a systematic review. *Health Policy Plan*. 2023;38(4):509-27. <https://doi.org/10.1093/heapol/czac104>
29. Crespo BV, Neira VA, Segarra JO, et al. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among under-screened women in Cuenca, Ecuador: the perspectives of women and health professionals. *BMC Public Health*. 2022;22(1):2144. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-022-14601-y>
30. Maciel NDS, Luzia FJM, Ferreira DDS, et al. Busca ativa para aumento da adesão ao exame papanicolaou. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2021;15:e245678. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245678>
31. Petersen Z, Jaca A, Ginindza TG, et al. Barriers to uptake of cervical cancer screening services in low-and-middle-income countries: a systematic review. *BMC Womens Health*. 2022;22(1):486. <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-022-02043-y>
32. Fuzzell LN, Perkins RB, Christy SM, et al. Cervical cancer screening in the United States: challenges and potential solutions for underscreened groups. *Prev Med*. 2021;144:106400. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106400>
33. Salehiniya H, Momenimovahed Z, Allahqoli L, et al. Factors related to cervical cancer screening among Asian women. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021;25(19):6109-22. https://doi.org/10.26355/eurrev_202110_26889
34. O'Laughlin DJ, Strelow B, Fellows N, et al. Addressing anxiety and fear during the female pelvic examination. *J Prim Care Community Health*. 2021;12:2150132721992195. <https://doi.org/10.1177/2150132721992195>
35. Peterson EB, Ostroff JS, DuHamel KN, et al. Impact of provider-patient communication on cancer screening adherence: a systematic review. *Prev Med*. 2016;93:96-105. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.09.034>
36. Andrade da Silva FR, Lopes Oliveira P, Martins de Araujo L, et al. Rastreamento e diagnóstico do câncer de colo do útero pelo exame citológico de Papanicolau: fatores associados ao conhecimento e preconceito. *Braz J Implantol Health Sci*. 2024;6(3):1213-24. <http://dx.doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p1213-1224>
37. Han H, Wang X, Zhu Y, et al. Organized breast and cervical cancer screening: Attendance and determinants in rural China. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(14):8237. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19148237>
38. Cerqueira RS, Santos HLPC, Prado NMBL, et al. Controle do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde em países sul-americanos: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e107. <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2022.107>
39. Kirubarajan A, Leung S, Li X, et al. Barriers and facilitators for cervical cancer screening among adolescents and young people: a systematic review. *BMC Womens Health*. 2021;21(1):122. <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-021-01264-x>
40. Mariño JM, Silva CM, Silva UAO, et al. Facilitators and barriers to the Papanicolaou test on women in countryside of Amazonas. *Rev Gaucha Enferm*. 2025;46(spe1):e20250069. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20250069.en>
41. Bante SA, Getie SA, Getu AA, et al. Uptake of pre-cervical cancer screening and associated factors among reproductive age women in Debre Markos town, Northwest Ethiopia, 2017. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1102. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-7398-5>
42. Silver MI, Kobrin S. Exacerbating disparities? Cervical cancer screening and HPV vaccination. *Prev Med*. 2020;130:105902. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105902>

Recebido em 10/2/2026
Aprovado em 6/4/2026

