

Prevenção y Detección del Cáncer del Cuello Uterino: Obstáculos y Factores Facilitadores desde la Perspectiva de las Usuarias del Sistema Único de Salud

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

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

Cervical Cancer Prevention and Screening: Barriers and Facilitators from the Perspective of Users of the Unified Health System

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

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.

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 semiestructuradas, 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.

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>

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



INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino, también conocido como cáncer cervical, se origina en las células del cuello uterino, la parte inferior del útero que se conecta con la vagina. Este cáncer es frecuentemente causado por la infección persistente con tipos de virus del papiloma humano (VPH) oncogénicos, como los tipos VPH-16 y VPH-18, que son transmitidos principalmente por vía sexual¹.

El cáncer de cuello uterino puede ser identificado tempranamente (examen Papanicolau) y prevenido (vacuna VPH), sin embargo, continúa siendo causa relevante de muerte entre mujeres en América Latina². Es evidente el desfase entre directrices y práctica: políticas del Ministerio de Salud para prevención primaria y secundaria existen³, pero el compromiso con el examen y la vacunación permanece insuficiente y heterogénea entre las regiones⁴.

Dificultades de acceso, sumadas a factores socioeconómicos y geográficos, reducen la realización de exámenes y vacunación, ampliando desigualdades regionales⁵; barreras como miedo, vergüenza y baja alfabetización/información, además de restricciones económicas y logísticas, determinan la falta de compromiso^{6,7}.

Frente a esto, el cáncer de cuello uterino se posiciona como el tercer tipo de cáncer más común entre mujeres en el mundo⁸. El Instituto Nacional del Cáncer (INCA)⁴ destaca al cáncer de cuello uterino como el tercer tipo de cáncer que más afectará a las mujeres en el país durante el trienio 2026-2028, siendo estimados 19 310 nuevos casos por año en el país, con énfasis para las regiones Norte y Nordeste, donde figura como la segunda neoplasia más incidente. En la región Norte, los estados de Pará y Amazonas presentan los datos más alarmantes de toda la región. Entre 2012 y 2018, el Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM) registró 1926 defunciones por cáncer de cuello uterino en el estado de Amazonas. Además, en 2023, el hospital de referencia para el tratamiento del cáncer en Amazonas notificó 174 muertes por cáncer de cuello uterino, aproximadamente cuatro muertes por semana⁹⁻¹¹.

La detección del cáncer cervical es una estrategia importante para la reducción de la morbilidad asociada a esta neoplasia. El examen citopatológico, reconocido mundialmente como eficiente y seguro, permite la identificación de lesiones precursoras y alteraciones iniciales de la enfermedad en mujeres asintomáticas, antes que evolucionen hacia la forma invasiva¹². Además, busca cumplir con el compromiso del Brasil con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), apoyados por la Estrategia Global para ayudar

en la eliminación del cáncer de cuello uterino como un problema de salud pública hasta 2030, reduciendo la incidencia a menos de cuatro casos por cada 100 000 mujeres y el coeficiente de mortalidad a menos de dos por cada 100 000 mujeres¹³.

Aunque la literatura reconozca la influencia de factores individuales, socioculturales y organizacionales en la realización del examen citopatológico, todavía existen vacíos respecto a la comprensión integrada de dichos elementos a partir de la perspectiva de las usuarias, especialmente en contextos amazónicos marcados por desigualdades territoriales, barreras geográficas y especificidades en la organización de los servicios de salud.

En este contexto, el análisis articulado de barreras y facilitadores, bajo la óptica de las usuarias, permite comprender cómo se interrelacionan esas dimensiones en la vida cotidiana y condicionan el acceso y el compromiso con la detección del cáncer de cuello uterino. Tal análisis mejora la calidad de la interpretación de la utilización de los servicios y orienta intervenciones en la Atención Primaria a la Salud (APS), con énfasis en la organización del cuidado (previsibilidad de agendas, transparencia de los flujos, entregas oportunas de resultados), en la educación en salud contextualizada y en la oferta de apoyos materiales (transporte, horarios extendidos)¹⁴.

Además, la escucha de calidad de las usuarias favorece la identificación de cuellos de botella en el recorrido asistencial, orienta la asignación de recursos y contribuye a la promoción de la equidad en el acceso y en el compromiso con la detección. Frente a esto, este estudio tiene como objetivo comprender las barreras y los facilitadores de las usuarias del Sistema Único de Salud (SUS) para la realización del examen Papanicolau y las formas de prevención del cáncer de cuello uterino.

MÉTODO

Estudio descriptivo con enfoque cualitativo. La obtención de datos se hizo mediante entrevistas semiestructuradas. Esta investigación fue realizada de acuerdo con el *checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)¹⁵.

La elección del enfoque cualitativo resulta de su capacidad de captar la perspectiva de las participantes en un horizonte de sentidos, motivaciones y valores, alcanzando profundidad interpretativa no restringida a variables previamente operativizadas. Además, confiere maleabilidad e inventiva al delineamiento y a la realización del estudio, preservando el rigor propio de la investigación científica¹⁶.

El estudio fue realizado en Manaus, capital del estado de Amazonas, Brasil, en dos Unidades Básicas de Salud

(UBS), entre julio y octubre de 2025. El municipio presenta Índice de Desarrollo Humano Municipal (IDHM) de 0,737 y red de Atención Primaria con 288 UBS, distribuidas en los distritos Norte, Sur, Este, Oeste y Rural, además de UBS fluviales y unidades móviles¹⁷. Las UBS fueron seleccionadas por conveniencia: una en el DISA Este (Clínica de la Familia Desembargador Fábio do Couto Valle, Av. Brigadeiro Gurjão, Jorge Teixeira) y otra en el DISA Oeste (UBS O-46, Rua Raimundo Maio, Parque São Pedro, Tarumã)¹⁸.

Fueron definidos como criterio de inclusión las “personas con útero” registradas en el área de las UBS, en el grupo etario de 25 a 64 años, que sean sexualmente activas¹⁹. Esto puede incluir hombres trans y personas no binarias designadas mujeres al nacer^{20,21}. Ya los criterios de exclusión fueron mujeres, hombres trans y personas no binarias designadas mujeres al nacer sin condiciones cognitivas u otras que dificulten el proceso de comunicación.

Las invitaciones se realizaron presencialmente en las dependencias de las dos UBS. En la UBS O-46, participaron exclusivamente usuarias que se presentaron para la realización del examen preventivo del cáncer en el cuello uterino (PCCU). En la Clínica de la Familia Desembargador Fábio do Couto Valle fueron incluidas tanto usuarias que estaban en búsqueda de la toma de muestra para el examen como aquellas presentes por otras atenciones (consultas, vacunación, entre otros). No hubo recusaciones o desistencias de participación. La delimitación del número de participantes y el cierre de la recolección siguieron el criterio de saturación teórica, entendido como el punto en el que las informaciones pasan a reiterar patrones y convergir analíticamente, indicando que nuevas inclusiones tenderían a no acrecentar explicaciones substantivamente inéditas a los fenómenos investigados^{9,22}.

El equipo de investigación estuvo conformado por seis integrantes; tres investigadores realizaron las entrevistas en campo. Para conducir las entrevistas semiestructuradas, se utilizó un guion con las siguientes preguntas: 1. ¿Cuáles son los principales desafíos que usted enfrenta para realizar los exámenes de detección del cáncer de cuello uterino (como el examen de Papanicolau) regularmente? 2. ¿Puede usted describir alguna dificultad que haya encontrado en acceder a servicios de salud para prevención y detección del cáncer de cuello uterino? ¿Cuáles son los factores que influyen en su decisión de procurar o no estos servicios? 3. ¿Cuáles considera usted que son los principales motivos por los cuales algunas personas, en el territorio de cobertura de la unidad de salud, pueden no estarse comprometiendo con las medidas preventivas y de detección para el cáncer de cuello uterino? 4. ¿Cuáles

son las informaciones o recursos que usted cree que serían útiles para mejorar el acceso y el compromiso con las prácticas de prevención y detección del cáncer de cuello uterino? 5. ¿Cómo influyó su experiencia con los profesionales de salud en su decisión de realizar exámenes de detección o seguir recomendaciones de prevención? ¿Hay algo que podría ser mejorado en la atención para facilitar este compromiso? 6. ¿Cuáles informaciones ya recibió usted o en cuáles campañas ya participó sobre la importancia de la detección y prevención del cáncer de cuello uterino? ¿Cómo estas informaciones impactaron en sus actitudes y comportamientos en relación con estas prácticas? 7. Si usted tuviese acceso a un material didáctico o tecnología educativa sobre prevención y detección del cáncer de cuello uterino, ¿cuáles informaciones o recursos específicos le gustaría a usted que fuesen incluidos para ayudar a superar barreras y promover el compromiso con estas prácticas?

No se realizó prueba piloto del instrumento de recolección. Las entrevistas se hicieron en un único momento, sin repetición, con una duración promedio de hasta 10 minutos, en presencia de la participante y del investigador en un ambiente reservado del contexto de estudio.

En el primer momento, se realizó una visita a las UBS para visualizar el espacio y preparar el ambiente para la realización de las entrevistas (fueron considerados aspectos como buena iluminación, ventilación y comodidad). Después, durante la recepción a las usuarias, se realizó el agendamiento del mejor día y horario, lo que ocurrió después de la aceptación; a continuación, se hizo la presentación del Término de Consentimiento Libre e Informado y el Término de Grabación y Uso de Voz para la obtención de la firma. Antes de las entrevistas, se constató el funcionamiento de la grabadora y se realizó la recepción de las usuarias, informándolas sobre la duración máxima de la conversación (hasta 40 minutos), y reafirmando la garantía del anonimato.

El análisis de los datos buscó atribuirle sentido analítico al material empírico. Las informaciones socioeconómicas de la primera parte de las entrevistas fueron organizadas en una hoja de cálculo *Excel* para descripción y apoyo en la gestión de los datos. Las entrevistas fueron transcritas íntegramente, revisadas y anonimizadas con ayuda de *Google Docs* y de la aplicación *Easy Transcription*. Se convino la nomenclatura U1 a U20 para identificar a las participantes sin exposición nominal. A continuación, se procedió a la lectura fluctuante y a la codificación manual iterativa, acompañadas del registro de memorandos reflexivos y del mantenimiento de una línea de auditoría, asegurando transparencia y rastreabilidad del proceso interpretativo. El proceso de codificación, junto con el

de tematización de los temas básicos, organizacionales y global, fue realizado con ayuda del *software MaxQDA*²³.

Se aplicó el análisis de redes temáticas²⁴ como estrategia para organizar y sistematizar los datos cualitativos. Esta técnica permite la identificación de tres niveles de temas: temas básicos, temas de organización y temas globales. El análisis se realizó de conformidad con las etapas propuestas, comenzando por la fase de reducción o desagregación del texto, que incluye la construcción de un cuadro de codificación, la división del material en segmentos y la identificación y refinamiento de los temas. Después, en la fase de exploración del texto, fueron construidas las redes temáticas mediante la organización de los temas, selección de los temas básicos, reorganización de los temas, identificación de los temas globales y verificación y mejoría de las redes resultantes. Posteriormente, se procedió a la descripción e interpretación de dichas redes, explorando sus relaciones y significados. Finalmente, en la fase de integración, se realizó el resumen de las redes temáticas y la interpretación de los patrones identificados, articulándolos con los objetivos de la investigación y con la literatura pertinente.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa (CEP) de la Universidad del Estado de Amazonas, con el número de parecer 7.606.678 (CAAE: 87130325.0.0000.5016), en conformidad con la Resolución n.º 466/2012²⁵ del Consejo Nacional de Salud (CNS).

RESULTADOS

El estudio incluyó a 20 mujeres usuarias del SUS que se presentaron en las UBS para realizar la toma de muestra del examen PCCU, con grupo etario entre 25 y 64 años, solteras (11/20; 55%), autodeclaradas pardas (16/20; 80%) y heterosexuales (20; 100%). Predominaron educación de nivel secundario (12/20; 60%), ocupación como trabajadora doméstica (9/20; 45%) e ingresos familiares dependientes de programas sociales (12/20; 60%).

En cuanto a la vida sexual y reproductiva, el 95% (19/20) la inició antes de los 18 años, el 70% (14/20) informó haber tenido hasta cuatro parejas a lo largo de la vida, el 60% (12/20) tuvo hasta tres gestaciones y el 65% (13/20) informó haber tenido hasta tres partos; el 75% (15/20) refirió el uso de métodos anticonceptivos. En la detección citológica, el 45% (9/20) de las participantes relató haber iniciado la realización del examen PCCU después de los 25 años, el 90% (18/20) hace el examen anualmente, el 90% (18/20) realizó el último en 2024 y el 95% (19/20) obtuvo resultado negativo; el 65% (13/20) informó haber recibido la vacuna contra el VPH, como se destaca en la Figura 1.

A partir de las entrevistas, el análisis de redes temáticas reveló el tema global “Barreras y facilitadores en el recorrido de la detección y prevención del cáncer de cuello uterino en la APS” (Figura 2). Esta red articula experiencias de obstáculos cotidianos e institucionales —como tiempo/distancia, organización del flujo asistencial y sentimientos vinculados al procedimiento— con dispositivos de apoyo al acceso, al vínculo y a la información. En conjunto, tales elementos esclarecen, bajo la perspectiva de las usuarias, cuáles son los factores que dificultan o favorecen la realización del examen preventivo y de las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino.

A la luz del tema global, se identificaron ocho temas de organización (Figura 3), sistematizados en dos ejes analíticos complementarios: barreras (cuatro temas), que describen condicionantes estructurales, organizacionales, afectivos e informativos que restringen el cuidado; y facilitadores (cuatro temas), que evidencian recursos relacionales, disposiciones de servicio, estrategias informativas y motivadores individuales y contextuales capaces de sostener el compromiso con la detección y con las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino. Fueron utilizadas unidades hermenéuticas, comprendidas como segmentos de sentido derivados de las narrativas de las participantes, y descripciones pormenorizadas, que consisten en la explicitación detallada de los contenidos y significados atribuidos a los datos durante el proceso analítico.

En el eje de las barreras, el análisis evidenció cuatro temas de organización que, de forma complementaria, explican por qué la detección y la prevención del cáncer de cuello uterino no se consolidan como práctica regular entre las usuarias de la APS.

El primer tema, “Condiciones de acceso y organización del día a día”, formado por cuatro temas básicos, revela que la distancia hasta la UBS, la oferta restringida de horarios para toma de muestra y las responsabilidades de cuidado (particularmente con hijos pequeños) desplazan al examen PCCU hacia la periferia del día a día. Las participantes refieren que “está lejos de mi casa y el acceso es difícil” (U2), que deben llegar “a las 5 o 6 a.m.” (U6) y que “tienen dos bebés... y es solamente un día” (U2). Tales restricciones temporales y logísticas comprimen las ventanas de cuidado y favorecen faltas o postergaciones.

El segundo tema, “Obstáculos institucionales y flujos asistenciales”, compuesto por cuatro temas básicos, trata sobre impedimentos producidos por el propio servicio, notoriamente la demora en la liberación de resultados y los cuellos de botella de regulación (por ejemplo, SISReg) que comprometen la confianza y la continuidad del cuidado.

Las participantes describen esperas prolongadas —“demoró mucho, unos tres meses” (U2); “debería pasar por lo menos un mes... a veces pasan dos o tres meses”

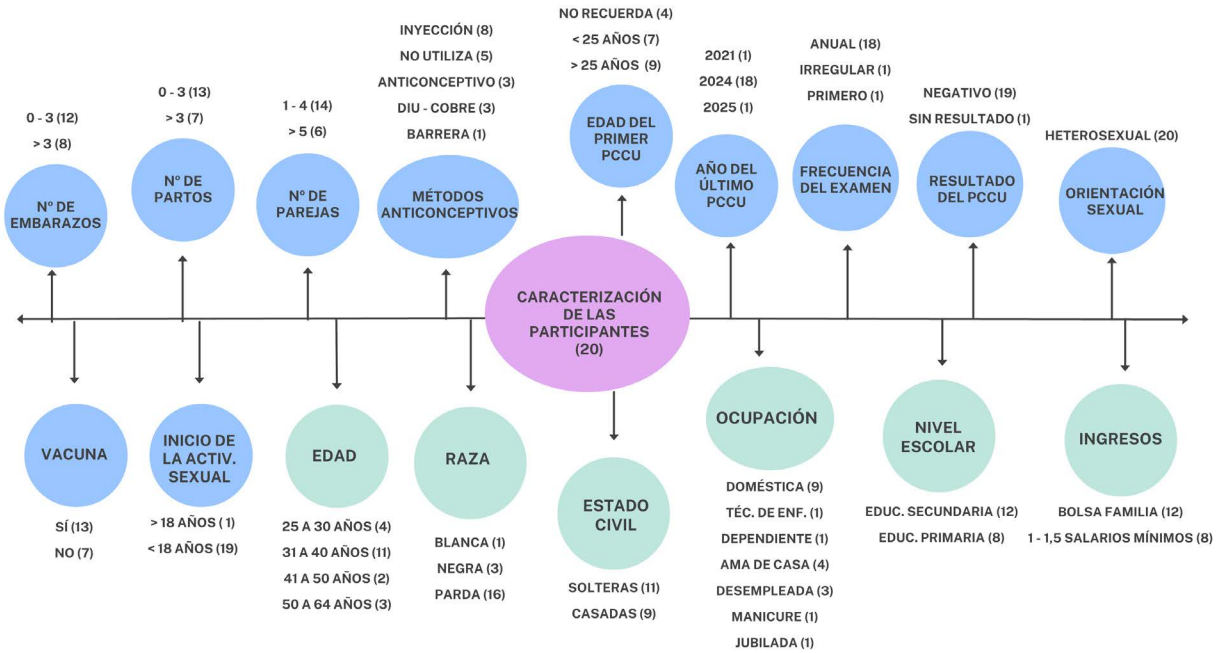


Figura 1. Proceso de caracterización de las participantes

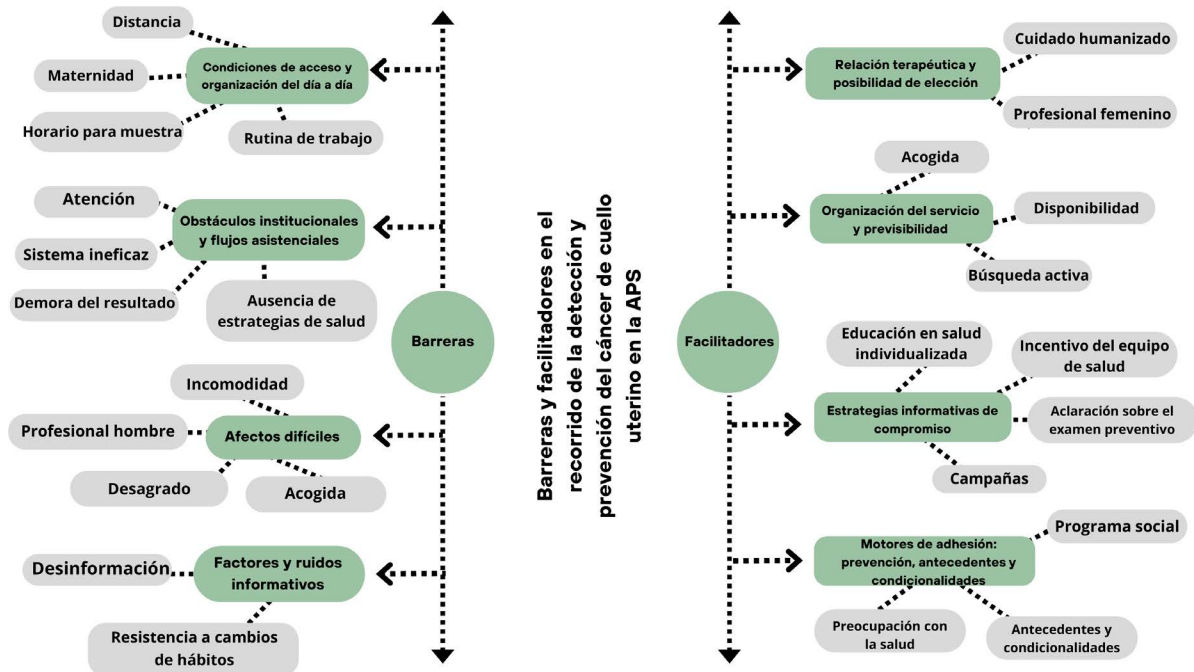


Figura 2. Red temática

Leyenda: APS = Atención Primaria a la Salud.

(U13)— y asocian el recorrido asistencial a un sistema “horrible” (U16), término que condensa, en los relatos: opacidad del flujo (“colocamos en el SISReg... para que nos llamen”, U11), escasez de citas y tiempos de espera desmotivadores (“venimos ... demora... a veces las personas hasta acaban desistiendo”, U3) y fragmentación de la atención (“solo la toma de muestra... deberían ir más

a fondo”, U15). En conjunto, la falta de transparencia sobre etapas y plazos, la morosidad para la entrega de resultados y la regulación poco responsiva desestiman el retorno y fragilizan el seguimiento oportuno.

El tercer tema, “Afectos difíciles” (miedo, vergüenza e incomodidad), constituido por cuatro temas básicos, evidencia que el carácter íntimo del procedimiento puede

PROCESO DE TEMATIZACIÓN EN RED						
1 UH 2DP	TEMA BÁSICO	N	TEMA DE ORGANIZACIÓN	MAGNITUD	%	TEMA GLOBAL
229 CÓDIGOS	Rutina de trabajo	7	CONDICIONES DE ACCESO Y ORGANIZACIÓN DEL DÍA A DÍA	26	11,3%	BARRERAS Y FACILITADORES EN EL RECORRIDO DE LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN LA APS
	Horario para muestra	8				
	Maternidad	5				
	Distancia	6				
	Atención	15	OBSTÁCULOS INSTITUCIONALES Y FLUJOS ASISTENCIALES	30	13,1%	
	Sistema ineficaz	4				
	Demora del resultado	8				
	Ausencia de estrategias de salud	3				
	Profesional hombre	2	AFECTOS DIFÍCILES	21	9,2%	
	Incomodidad	4				
	Descontento	8				
	Acogida	7				
	Resistencia a cambios de hábitos	21	FACTORES Y RUIDOS INFORMATIVOS	24	10,5%	
	Desinformación	3				
	Cuidado humanizado	15	RELACIÓN TERAPÉUTICA Y POSIBILIDAD DE ELECCIÓN	18	7,9%	
	Profesional femenino	3				
	Disponibilidad	6	ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO Y PREVISIBILIDAD	13	5,7%	
	Acogida	5				
	Búsqueda activa	2				
	Educación en salud individualizada	20	ESTRATEGIAS INFORMATIVAS DE COMPROMISO	56	24,4%	
	Campañas	24				
	Incentivo del equipo de salud	7				
	Esclarecimiento sobre el examen preventivo	5				
	Antecedentes y condicionalidades	10	MOTORES DE ADHESIÓN: PREVENCIÓN, ANTECEDENTES Y CONDICIONALIDADES	41	17,9%	
	Preocupación con la salud	22				
	Programa social	9				
	TOTAL	229		229	100%	

Figura 3. Proceso de tematización en red
Leyenda: UH = Unidades hermenéuticas; DP = Descripciones pormenorizadas.



producir incomodidad y evitar que la paciente se presente, sobre todo cuando no hay una acogida de calidad. Las mujeres describen al examen como algo que “genera incomodidad” (U16) y relatan experiencias de trato poco sensible (“échate ahí... algo bien tosco”, U2). Cuando no son mediados, estos afectos negativos se convierten en falta de compromiso o en postergación de la detección.

Finalmente, el cuarto tema organizador, “Factores y ruidos informativos”, estructurado por dos temas básicos, señala hacia déficits en la oferta y en la circulación de informaciones claras, contextualizadas y extramuros. Fueron citadas la ausencia de acciones en la comunidad —“nunca fueron a mi casa... y vivo cerca” (U19)— y ambigüedades conceptuales, como el desconocimiento de la relación entre VPH y cáncer de cuello uterino (“no sabía que estaba relacionado con el cáncer”, U20). La baja capilaridad informativa resulta en prevención frágil, poco accionable y, consecuentemente, menos presente en la rutina de las mujeres.

Más allá de los vacíos descritos, el análisis evidenció un conjunto de facilitadores que, cuando están presentes, atenúan barreras y sostienen el compromiso con la detección.

El primer tema de organización, en el eje de los facilitadores, se denomina “Relación terapéutica y posibilidad de elección”, integrado por dos temas básicos. La calidad del encuentro clínico —atención humanizada y explicaciones claras— transforma el primer contrato en vínculo longitudinal, favoreciendo retornos regulares. Las participantes relatan que “ellos nos explican bien... nos hace querer venir” (U9), y la posibilidad de escoger a la profesional femenina aumenta la comodidad en un procedimiento íntimo (“facilita... por ser íntimo”, U4). En términos operativos, se trata de un facilitador relacional que reduce la ansiedad, le da calidad a la experiencia y consolida trayectorias de cuidado.

El segundo tema organizador, “Organización del servicio y previsibilidad”, engloba tres temas básicos, evidencia que las disposiciones asistenciales responsivas —como agendas extendidas y plazos pactados para la entrega de resultados— aumentan la previsibilidad del recorrido y fortalecen la confianza en el servicio. La demanda por “explicar en ese momento lo que se va a hacer” (U20) destaca el valor de entregas de resultados estructuradas y de un flujo transparente del examen al resultado, inclusive con plazos claros de entrega de resultados (“si diese para pasar por lo menos un mes... para que nos llegue”, U13). En conjunto, estos elementos convierten la intención en una presentación al examen efectiva y reducen pérdidas de seguimiento.

“Estrategias informativas de compromiso” fue el tercer tema organizador en el eje de los facilitadores,

compuesto por cuatro temas básicos, este corresponde a las acciones de educación en salud que operan como activadores de decisión y refuerzo de memoria del cuidado. Estrategias comunicacionales multimodales —campañas visibles, demostración del procedimiento y recordatorios recurrentes— aumentan las lecturas sobre salud, la autoeficacia y la preparación emocional, reduciendo incertidumbres y normalizando al examen PCCU como una práctica de rutina.

Las participantes informan que “las charlas causan una preocupación que nos lleva a hacer (el examen)” (U7) y que señalizaciones externas (“colocar informativos adelante... recordando de mes en mes”, U15) amplían la celeridad, sobre todo cuando el mensaje es concreto, contextualizado y repetido en diferentes puntos de contacto (UBS, territorio y medios). En síntesis, la educación en salud, cuando es planeada y continua, convierte intención en presentación al examen y sostiene el mantenimiento periódico de la detección.

En el tema organizador “Motores de adhesión: prevención, antecedentes y condicionalidades”, estructurado por tres temas básicos, la motivación para el examen PCCU surge de la convergencia entre autocuidado y experiencias familiares (“me preocupo con mi salud”, U5; “en mi familia ya hubo cáncer”, U14), potenciada por condicionalidades sociales (“los factores que influyen... es más por el Bolsa Familia”, U2) que actúan como refuerzos contextuales. Mensajes que articulan riesgo y beneficio y convocan a la autonomía tienden a sostener la adhesión más allá de exigencias documentales, favoreciendo la continuidad de la detección como práctica rutinaria.

DISCUSIÓN

La caracterización de las 20 participantes evidencia un contingente mayoritario de mujeres con edad promedio de 37 años, pardas, solteras y con educación hasta el nivel secundario, destacando trabajo doméstico y dependencia de programas sociales. Este perfil es consistente con hallazgos de estudios realizados en el Brasil, especialmente en regiones de mayor vulnerabilidad, como el Norte, donde se observa el predominio de mujeres en condiciones socioeconómicas semejantes en el acceso a la detección del cáncer de cuello uterino^{26,27}.

Los hallazgos indican que la irregularidad del examen PCCU resulta de barreras interdependientes —distancia, responsabilidades de cuidado (maternidad), horarios/días restringidos, demandas laborales e incomodidad ante un procedimiento íntimo. Estos elementos, de naturaleza individual, sociocultural e institucional, se superponen, estrechan ventanas de cuidado y favorecen postergaciones/faltas, produciendo la discontinuidad de la detección. Tal

configuración multicausal corrobora la literatura sobre adhesión como un fenómeno contextual y acumulativo²⁸, señalando la necesidad de intervenir en la arquitectura del acceso (agenda, previsibilidad de flujos, acogida), y no solo en el comportamiento individual²⁹. Además, estas barreras repercuten directamente sobre el acceso de primer contacto en la APS, al dificultar la entrada oportuna de las usuarias en el servicio y la utilización continua de las acciones preventivas.

La presencia de hijos puede incrementar la preocupación con la salud y, por lo tanto, estimular el Papanicolaou³⁰. Sin embargo, en estos hallazgos, relacionados con el tema maternidad, se demostró que la rutina de cuidado con niños operó predominantemente como un modo de restricción, surgiendo como uno de los principales desafíos para la realización regular de la detección del cáncer de cuello uterino. En otras palabras, la maternidad puede motivar en términos actitudinales, pero, en el contexto estudiado, prevaleció el efecto barrera de orden práctico.

Las barreras a nivel del servicio, fragilidades de infraestructura, modelos de atención/agendamiento poco responsivos y fallas comunicacionales se traducen en esperas prolongadas, dificultad para agendar y discontinuidad entre etapas del cuidado, alineándose a lo que la literatura describe sobre el papel organizacional en la adhesión con la detección. Particularmente, la demora en la entrega de los resultados constituye un obstáculo crítico incluso después de la toma de muestra, con potencial de romper el vínculo, reducir la confianza y generar pérdidas de seguimiento^{31,32}. Estos hallazgos evidencian fragilidades en la coordinación del cuidado y en la longitudinalidad, atributos esenciales de la APS, puesto que comprometen el seguimiento adecuado de las usuarias a lo largo del recorrido asistencial. Así, el problema no se cierra en el acceso a la toma de muestra para el examen, sino que alcanza a la capacidad del servicio de sustentar el cuidado a lo largo del tiempo, articulando acogida, seguimiento y respuesta oportuna a las necesidades presentadas.

Los hallazgos del tema generador “afectos difíciles” sitúan la adhesión menos como una decisión puramente racional y más como una experiencia afectivo-relacional, en la cual exposición corporal, vergüenza, miedo al dolor/resultado e interacciones poco acogedoras operan como barreras potentes para la presentación al examen³³. En términos interpretativos, el carácter íntimo del examen PCCU activa marcadores socioculturales —pudor, normas de género y estigma— que, sin mediación calificada, se convierten en evasión o postergación del examen³⁴.

Este cuadro desplaza la discusión hacia la calidad del encuentro clínico: prácticas de comunicación centrada en la persona, explicación paso a paso, consentimiento informado reforzado, posibilidad de

elección del profesional (incluyendo mujer), garantía de privacidad, manejo de la incomodidad y entregas claras de respuesta configuran dispositivos capaces de reformular la experiencia, reducir la ansiedad y transformar preocupación en acción³⁵. Enfrentar “afectos difíciles” no es periférico a la detección, sino una condición estructurante de la continuidad del cuidado en la APS.

Los hallazgos que forman el tema generador “vacíos y ruido informativo” convergen con la literatura al indicar que la baja alfabetización en salud y la comprensión limitada de la relevancia del examen PCCU sustentan la no adhesión³⁶, mientras que la incomodidad del procedimiento sigue como barrera recurrente³⁷. La baja capilaridad de acciones extramuros, ejemplificada por la ausencia de visitas comunitarias (U19), y ambigüedades conceptuales (por ejemplo, desconocimiento del vínculo VPH-CCU, U20) vuelven a la prevención poco accionable; en contraste, el acceso de calidad a la información se asocia a la mayor frecuencia de detección, sobre todo entre las mujeres con mejor educación³⁸.

Es importante destacar que la supuesta “falta de interés” de las usuarias ocurre muchas veces en contextos marcados por escasez de recursos y fallas en la organización de los servicios³¹. En este escenario, la no realización del examen no debe ser atribuida exclusivamente a la decisión individual, sino comprendida a partir de las condiciones concretas de acceso y de las dificultades enfrentadas en el recorrido asistencial. Así, el compromiso con la detección no depende solo de la voluntad de las mujeres, sino también de la existencia de condiciones que hagan al cuidado posible, comprensible y viable en su vida cotidiana.

En el eje de los facilitadores, la “relación terapéutica y posibilidad de elección” se mostró central: la atención humanizada, la escucha activa y las explicaciones claras convierten la primera ida en vínculo (“ellos explican bien... hacen que queramos venir”, U9), y la posibilidad de optar por una profesional mujer aumenta el confort en procedimiento íntimo³². En sentido opuesto, interacciones negativas (desatención, juzgamiento, prisa) desgastan la confianza y alejan a las usuarias de los servicios³¹. En términos prácticos, la comunicación centrada en la persona, las entregas claras de resultados y la opción por el género del profesional constituyen puntos de palanca plausibles para sostener el compromiso y reducir las pérdidas de seguimiento.

Determinantes organizacionales, previsibilidad de agendas, flujos transparentes y entregas de resultado estructuradas figuran como mecanismos centrales para reducir incertidumbre, fortalecer confianza y sostener la adhesión al examen PCCU, desplazando el debate del “comportamiento individual” hacia el acceso. Plazos pactados y comunicación en el acto

operan como compromisos verificables, definiendo expectativas y disminuyendo costos de transacción (tiempo, desplazamiento, cuidado dependiente), con impacto sobre retorno y continuidad³⁷. En síntesis, la previsibilidad organizacional debe ser tratada como determinante proximal y estándar de calidad en la prevención del cáncer de cuello uterino.

Más allá del acceso físico³⁸, la claridad sobre riesgos, señales/síntomas y caminos terapéuticos organiza decisiones más informadas, mientras que disposiciones programáticas, como flexibilidad de agenda y localización estratégica de los puntos de toma de muestra, potencian el efecto movilizador de la información, sobre todo en contextos vulnerables³⁹. Estrategias informativas de compromiso deben ser tratadas como componente estructurante del diseño del servicio, articuladas a medidas organizacionales que reduzcan incertidumbre y consoliden trayectorias de cuidado.

En el ámbito de los motores de adhesión, la literatura indica que los antecedentes familiares de cáncer funcionan como un fuerte inductor de la búsqueda por la detección, mientras que condicionalidades de programas sociales operan como activadores externos que convierten la intención en presentación al examen^{40,41}. Además, la vacunación contra el VPH se asocia a la mayor frecuencia de examen PCCU⁴², hallazgo que se vincula con la elevada proporción de mujeres vacunadas en nuestra muestra. Analíticamente, la adhesión surge de la convergencia entre motivaciones internas (autocuidado y experiencias familiares) y refuerzos contextuales (ej.: exigencias programáticas), siendo más sostenible cuando los mensajes de riesgo/beneficio se articulan a soportes de autonomía (invitaciones informadas, elecciones reales) y la previsibilidad organizacional del servicio. Esto evita dependencia exclusiva de exigencias documentales y favorece el mantenimiento de la detección como práctica rutinaria³⁶. Al mismo tiempo, estos hallazgos indican que la prevención del cáncer de cuello uterino no se sostiene solo por campañas o recomendaciones normativas, sino por procesos de reconocimiento, vinculación y producción de sentido que vuelven relevante al cuidado en la experiencia concreta de las mujeres.

Como aspecto nuevo, el estudio evidencia que barreras y facilitadores no actúan de forma aislada o lineal, sino que se entrelazan en el recorrido asistencial, produciendo aproximaciones o alejamientos sucesivos entre usuarias y servicio. Más que identificar obstáculos al examen, los hallazgos muestran que la prevención del cáncer de cuello uterino, en el contexto de la APS, es vivida como experiencia relacional y organizacional, atravesada por condiciones materiales, afectos, informaciones y modos de funcionamiento del cuidado. Además, algunas

limitaciones deben ser observadas en este estudio. Se destaca la ausencia de retorno de las transcripciones y de validación de los resultados junto a las participantes, lo que podría contribuir a la profundización interpretativa y mayor robustez analítica de los hallazgos.

CONCLUSIÓN

Las 20 mujeres atendidas en la red pública (SUS) presentan alta vulnerabilidad social y reproductiva —pardas, de bajos ingresos, con dependencia de programas sociales, inicio precoz de la vida sexual y multiparidad. A pesar de ese contexto, se observó una elevada adhesión al examen citopatológico (el 90% refiere realización anual, con la mayoría habiendo realizado el último examen en 2024 y el 95% de resultados negativos). Los resultados indican que la prevención del cáncer de cuello uterino se relaciona con la interacción entre acceso a la información, condiciones estructurales de los servicios y calidad de la relación profesional-usuaria.

En el eje de las barreras, se destacan factores que extrapolan la voluntad de las usuarias —distancia, ventanas horarias restringidas, demora en la liberación de resultados e inestabilidad/opacidad regulatoria (por ejemplo, SISReg), sumados a atenciones poco resolutivas. En contrapartida, los facilitadores —preocupación con la salud, antecedentes familiares, condicionalidades sociales (por ejemplo, Bolsa Familia), campañas educativas, orientación clara y atención empática— favorecen el compromiso con el examen y las prácticas preventivas.

Intervenciones centradas exclusivamente en la ampliación de la oferta del examen se muestran como insuficientes, siendo necesario actuar de forma integrada sobre dimensiones organizacionales, relacionales e informativas del cuidado. En este sentido, el estudio ofrece fundamentos para la mejoría de las prácticas en la APS, al indicar la necesidad de mejorar la calidad de la acogida, reducción de barreras institucionales y organización de los flujos asistenciales —con mayor transparencia, definición de plazos y comunicación centrada en la persona— para la consolidación de un cuidado continuo e integral en el SUS.

AGRADECIMIENTOS

A Aline Stephany Silva de Vasconcelos Melo y a Youseph Tikara Kimura Martins por todo el apoyo y amparo. A los participantes de la investigación por aceptar formar parte del estudio. A la Secretaría Municipal de Salud de Manaos (Sems) por poner a disposición las unidades de salud y a la Universidad del Estado de Amazonas por siempre incentivar el desarrollo de la investigación científica y tecnológica.



APORTES

Jonathan Queen Rosas Pereira y Ariano Wagner Alves de Oliveira contribuyeron a la obtención, análisis e interpretación de los datos. Elizabeth Teixeira contribuyó a la redacción y revisión crítica. Alex Martins contribuyó a la concepción; redacción y revisión crítica. Lucas Lorrán Costa de Andrade y Thalyta Mariany Rego Lopes Ueno contribuyeron a la concepción y a la planificación del estudio; a la redacción y revisión crítica. Todos los autores aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Se usó inteligencia artificial (IA) solamente para la traducción del tópico “Resumen”, para la modificación de las referencias y traducción de los artículos utilizados en la revisión. El análisis, interpretación o síntesis de los resultados son de total responsabilidad de los autores, sin intervención de la IA.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Nada a declarar.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Todos los contenidos subyacentes al texto del artículo están dentro del manuscrito.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

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. [acceso em 2025 dez 25]. Disponible 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; [acceso em 2026 jul 20]. Disponible 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 [acceso em 2024 ago 13]. Disponible 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. doi: <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. doi: <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. doi: <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. doi: <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. doi: <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. doi: 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. doi: <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. doi: <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. doi: <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. doi: <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. doi: <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. doi: <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. doi: <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. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105902>

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

