

Facilidades e barreiras para a realização do Papanicolaou em mulheres do interior do Amazonas

Facilitators and barriers to the Papanicolaou test on women in countryside of Amazonas

Facilidades y barreras para la realización de la prueba de Papanicolaou a mujeres en el interior del Amazonas

Josiane Montanho Mariño^a 

Carla Marins Silva^b 

Uenderson Alivad Oliveira da Silva^a 

Letícia Costa Wanderley^a 

Ana Selma da Silva^a 

Marina de Góes Salvetti^b 

Como citar este artigo:

Mariño JM, Silva CM, Silva UAO, Wanderley LC, Silva AS, Salvetti MG. Facilidades e barreiras para a realização do Papanicolaou em mulheres do interior do Amazonas. Rev Gaúcha Enferm. 2025; 46(esp1):e20250069. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20250069.pt>

RESUMO

Objetivo: Identificar as facilidades e barreiras para a realização do Papanicolaou em mulheres do interior do Amazonas.

Método: Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com 37 mulheres em duas unidades básicas de saúde do município de Coari, Amazonas, no período de março a abril de 2022. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada individual e técnica de grupo focal audiogravada. O material obtido foi submetido à Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, ancorando-se ao referencial teórico do modelo de crenças em saúde.

Resultados: As facilidades para realizar o exame preventivo foram: acesso ao serviço de saúde, disponibilidade do exame nas unidades de saúde fluviais, convite do profissional de saúde e morar na área urbana. As principais barreiras foram: falta de fichas, tempo, escassez de profissionais, demora na entrega do exame, impedimentos do marido, ausência de informação sobre o exame, dificuldade financeira, vergonha, medo, fatalismo e dificuldades geográficas.

Conclusão: As principais barreiras que afetam as taxas de adesão ao exame foram aspectos institucionais, individuais e psicoemocionais. Ações estruturais, relacionadas à gestão do serviço de saúde e ações educativas voltadas à prevenção e promoção da saúde podem melhorar a eficácia dos programas de rastreamento.

Descritores: Neoplasias do Colo do Útero; Teste de Papanicolaou; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Acessibilidade aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify the facilitators and barriers of performing the Papanicolaou test on women living in countryside of Amazonas.

Method: This is an exploratory-descriptive study, with a qualitative approach, conducted with 37 women in two basic health units in the municipality of Coari, Amazonas, from March to April 2022. Data collection took place through individual semi-structured interviews and an audio-recorded focus group technique. The material obtained was submitted to Bardin's Content Analysis Technique, anchored in the theoretical framework of the health belief model.

Results: Facilitators for undergoing the preventive exam included: access to health services, availability of the test at river-based health units, invitation from a health professional and living in an urban area. The main barriers included: lack of forms, time, shortage of professionals, delay in delivering test results, restrictions imposed by husbands, lack of information about the test, financial difficulties, shame, fear, fatalism and geographical difficulties.

Conclusion: The main barriers affecting screening adherence rates were institutional, individual and psycho-emotional aspects. Structural actions related to health service management and educational actions aimed at prevention and health promotion may improve the effectiveness of screening programs.

Descriptors: Uterine Cervical Neoplasms; Papanicolaou Test; Nursing; Primary Health Care; Health Services Accessibility.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las facilidades y barreras para la realización de la prueba de Papanicolaou en mujeres del interior del Amazonas.

Método: Estudio exploratorio-descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado con 37 mujeres en dos unidades básicas de salud del municipio de Coari, Amazonas, de marzo a abril de 2022. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas individuales semiestructuradas y técnicas de grupo focal audio grabado. El material obtenido fue sometido a la Técnica de Análisis de Contenido de Bardin, anclada en el marco teórico del modelo de creencias en salud.

^a Universidade Federal do Amazonas, Coari, Amazonas, Brasil.

^b Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, São Paulo, Brasil.

Resultados: Las facilidades para la realización del examen preventivo fueron: acceso a los servicios de salud, disponibilidad del examen en unidades de salud fluviales, invitación del profesional de salud y vivir en zona urbana. Las principales barreras fueron: falta de formularios, tiempo, escasez de profesionales, demora en la entrega del examen, impedimentos del marido, falta de información sobre el examen, dificultades económicas, vergüenza, miedo, fatalismo y dificultades geográficas.

Conclusión: Las principales barreras que afectaron las tasas de adherencia a los exámenes fueron los aspectos institucionales, individuales y psicoemocionales. Las acciones estructurales relacionadas con la gestión de los servicios de salud y las acciones educativas dirigidas a la prevención y la promoción de la salud pueden mejorar la eficacia de los programas de detección.

Descriptores: Neoplasias del Cuello Uterino; Prueba de Papanicolaou; Enfermería; Atención Primaria de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud.

■ INTRODUÇÃO

Globalmente, o câncer cervical (CC) é o quarto mais comum em mulheres, com maior carga em países de baixa e média renda⁽¹⁾. No Brasil, sem considerar os tumores de pele não melanoma, o CC é a terceira causa de câncer entre as mulheres. O número estimado de casos no Brasil, para o triênio 2023-2025, é de 17.010 casos novos. No estado do Amazonas, ainda é o mais incidente⁽²⁾. Embora a incidência e a mortalidade por este tipo de câncer tenham diminuído ao longo dos anos, ainda existem muitas disparidades segundo regiões do país⁽³⁾.

O papilomavírus humano (HPV) é a causa viral quase obrigatória do CC. A abordagem de prevenção direcionada e precisa da vacinação profilática contra o HPV e do rastreamento do CC baseada em testes de HPV é agora amplamente aceita como o novo padrão de atendimento para a prevenção da doença⁽¹⁾.

Segundo a nova estratégia da Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os países até 2030 devem atingir 90% de cobertura vacinal contra o HPV, 70% de cobertura de rastreamento e 90% de acesso ao tratamento para lesões precursoras e do CC. Ainda prevê que mais de 40% dos novos casos de CC possam ser prevenidos até 2050⁽¹⁾.

No Brasil, as diretrizes para o rastreamento do CC recomendam um exame preventivo anual (Papanicolaou) para mulheres de 25 a 64 anos e intervalo de três anos após dois exames negativos consecutivos⁽⁴⁾. A regulamentação vigente no Brasil reconhece as faixas etárias jovens como ponto de partida para o rastreamento do CC, mas não recomenda o rastreamento prioritário para essa faixa etária⁽²⁾.

Embora tenha se observado notável declínio da mortalidade por CC entre mulheres jovens em vários países europeus⁽¹⁾, observa-se um aumento de casos e mortes em mulheres com menos de 45 anos de idade⁽⁵⁾. Esse rápido aumento de casos de CC entre mulheres jovens pode ser explicado, em parte, por mudanças nos comportamentos sexuais (por exemplo, atividade sexual precoce, múltiplos parceiros sexuais) e aumento no risco de infecção pelo HPV, o que pode levar à subnotificação do real panorama da incidência de infecções por HPV e das alterações celulares precoces⁽⁵⁾.

Várias barreiras podem afetar a decisão de aderir ao rastreamento do CC, como a falta de conhecimento sobre o exame e benefícios da triagem⁽⁶⁻⁸⁾, constrangimento e medo do exame^(9,10), dificuldades de acesso aos serviços de saúde⁽¹⁰⁻¹²⁾, escassez de profissionais^(11,12), e experiências desagradáveis como dor⁽¹¹⁾ e preocupação com o gênero do profissional de saúde^(7,9,12). As crenças culturais, sexuais e relacionadas ao gênero podem interferir na adesão ao rastreamento, devendo ser exploradas.

O Modelo de Crenças em Saúde (MCS) explica a adoção de comportamentos relacionados à prevenção de doenças com base nas crenças e percepções das pessoas em relação aos riscos à saúde. Trata-se de modelo teórico que considera uma série de fatores sociocomportamentais que podem influenciar a decisão de participar ou não de qualquer programa de detecção ou prevenção de doenças⁽¹³⁾. O MCS é mediado por quatro constructos: percepção de susceptibilidade; gravidade; benefícios; e barreiras⁽¹³⁾. Ao focar em aspectos como a percepção de risco, a compreensão da gravidade da doença, os benefícios da prevenção e as possíveis barreiras, o modelo permite desenvolver estratégias mais eficazes de comunicação e adoção de comportamentos preventivos, aumentando, assim, as taxas de adesão ao exame, reduzindo a incidência e mortalidade pelo CC.

Apesar das campanhas para rastreamento do CC e do conhecimento das barreiras ao exame, a adesão das mulheres ao exame permanece baixa em regiões de difícil acesso, onde as distintas características econômica, culturais, regionais e mesmo urbanas revelam a magnitude do desafio diante do controle desse tipo de câncer no país^(1,11). A incidência do CC é 15% menor nas áreas urbanas, em comparação com as rurais⁽¹⁰⁾.

Estudos apontam que mulheres que residem em áreas rurais remotas enfrentam dificuldades em relação à prevenção do câncer, com menor cobertura tanto do rastreamento do CC quanto da vacinação contra o HPV, sendo uma população com menor acesso aos bens e serviços de saúde, assim como às práticas terapêuticas, educativas, preventivas e diagnósticas^(7,10,11).

Pesquisas sobre o rastreamento do CC em regiões do interior do Amazonas são escassas⁽⁶⁾. As lacunas de conhecimento

sobre os fatores que influenciam a participação de mulheres jovens de locais remotos da região amazônica nos programas de rastreamento podem dificultar ações de prevenção do CC. Identificar as facilidades e barreiras para a realização do exame preventivo pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções educativas, bem como subsidiar a formulação de políticas públicas para controle do CC, especialmente em regiões com altas taxas da doença.

Assim, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: quais facilidades e barreiras influenciam o comportamento de mulheres para a realização do exame Papanicolaou no interior do Amazonas? O objetivo deste estudo foi identificar as facilidades e barreiras para a realização do Papanicolaou em mulheres do interior do Amazonas.

■ MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Coari, Amazonas, no período de março a abril de 2022. O relatório do estudo foi elaborado de acordo com o guia *Consolidated criteria for REporting Qualitative studies* para estudos qualitativos⁽¹⁴⁾.

O município de Coari localiza-se na região central do estado do Amazonas, na calha média do rio Solimões. Encontra-se a 363 km distante da capital Manaus, com acesso realizado com embarcações (via fluvial) ou aeronaves (via aérea). A população estimada, no último censo, foi de 70.616 habitantes, com densidade demográfica de 1,3 habitantes/km²⁽¹⁵⁾. O serviço de saúde local é composto por: um hospital regional de média complexidade com 108 leitos; 14 UBS; um instituto de medicina tropical; uma UBS fluvial (barco) para atender às comunidades ribeirinhas; um serviço de emergência; um núcleo de vigilância sanitária; uma policlínica; entre outros serviços⁽¹⁶⁾. De acordo com o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, a proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde no primeiro quadrimestre (janeiro a abril de 2025) foi de 61% no município de Coari⁽¹⁷⁾.

A população do estudo foi composta por mulheres residentes na cidade de Coari (áreas urbana e ribeirinha). A amostra, de conveniência, foi composta por 37 mulheres, com número amostral obtido após a saturação dos dados.

Foram incluídas mulheres com idade entre 18 e 64 anos e cadastradas na Estratégia Saúde da Família do município de Coari (UBS Enedino Monteiro – Pera e UBS Enedino Monteiro – Ribeirinha). Foram excluídas mulheres com diagnóstico prévio de CC e com histórico de histerectomia.

O recrutamento das mulheres aconteceu no período de março a abril de 2022 na sala de espera das UBS denominadas Enedino Monteiro (Pera – população urbana; e Ribeirinha

– população ribeirinha) enquanto aguardavam atendimento com o profissional de saúde no período da manhã e tarde. As participantes foram orientadas pelo pesquisador responsável quanto aos objetivos e benefícios da pesquisa, aos procedimentos do grupo focal (GF), e à participação voluntária no estudo. Em seguida, foram convidadas pessoalmente a participar da pesquisa, e aquelas que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram incluídas.

Não foi estabelecido relacionamento dos pesquisadores com as participantes antes do início do estudo. Durante o recrutamento, 52 mulheres atenderam aos critérios de elegibilidade; 15 se recusaram a participar por dificuldades de horário; e duas foram excluídas por já terem realizado a histerectomia.

A coleta de dados ocorreu nas UBS em dois momentos: por meio de entrevista semiestruturada e por meio de técnica de grupo focal (TGF). No primeiro momento, as participantes responderam à entrevista individual, em sala privativa e climatizada, onde os pesquisadores aplicaram um formulário contendo dados sociodemográficos e clínicos elaborados pelos autores e baseados nos fatores de risco para o CC⁽⁵⁾. Em seguida, as participantes foram convidadas a comparecer no dia, hora e local agendados para a sessão do GF. O segundo momento correspondeu ao GF, conduzido em dia diferente da entrevista por uma enfermeira, pesquisadora principal e professora da Universidade Federal do Amazonas, com experiência no tema em discussão. A observação e os registros durante o GF foram realizados por duas alunas de graduação em enfermagem, da referida universidade, previamente treinadas.

A TGF seguiu método semiestruturado, utilizando-se um guia de temas previamente delineados, constituído por roteiros, contendo os objetivos dos encontros e as questões disparadoras necessárias para alcançá-los. O convite à participação resultou na realização de cinco GFs (três grupos com mulheres da área urbana e dois grupos com mulheres ribeirinhas), que aconteceram em momentos distintos e únicos, reunindo em média sete a dez mulheres em cada grupo. Foram realizadas cinco sessões de GF com duração média de 60 minutos. Não houve a presença de outras pessoas além das participantes e pesquisadores. As sessões foram audiogravadas, com autorização das participantes, e aconteceram em uma sala das UBS.

Para iniciar o debate, foi utilizada a seguinte pergunta: quais dificuldades e barreiras você enfrenta para realizar o exame preventivo do CC?

Os GFs foram interrompidos quando as informações relacionadas à questão de pesquisa, em que os temas, opiniões e *insights* estavam se tornando redundantes, alcançaram provisoriamente a saturação teórica dos dados. Ou seja, os

grupos foram interrompidos quando se encontrou a lógica interna do objeto do presente estudo com suas conexões e interconexões⁽¹⁸⁾. Para o tratamento dos dados, inicialmente, realizou-se a transcrição literal das gravações para preparação do de análise, que foram associadas às informações descritas no diário de campo. Não houve repetição, nem devolução de entrevistas aos participantes.

A análise dos dados foi realizada utilizando a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin⁽¹⁹⁾, em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação.

Na primeira etapa, pré-análise, foi realizada a transcrição literal das gravações, importação e organização do *corpus* de análise no *software* Atlas TI, versão 9.0, para a leitura flutuante do material e registros preliminares com base nos objetivos e referencial teórico de análise.

Na segunda etapa, exploração do material, com auxílio do *software* Atlas.ti, foi possível realizar a codificação dos dados, por meio da identificação das unidades de registro, isto é, ideias que eram destacadas de trechos de texto (citações) e transformadas em códigos. Logo após, por meio do agrupamento de códigos afins no Atlas.ti, foram criadas as unidades de significação e, em seguida, as categorias. Vale destacar que o *software* facilita a visualização dos dados pela organização por cor e a possibilidade de saber quantas vezes o código se repete.

Na etapa de tratamento dos resultados e interpretação, com relatórios automáticos com as unidades de significação e categorias gerados pelo *software* Atlas.ti, foi possível a análise e interpretação dos dados codificados com relação aos objetivos e referencial teórico de análise com inferências e conclusões, conforme proposto por Bardin⁽¹⁹⁾.

Para preservar o anonimato e sigilo, as participantes foram identificadas com código constituído da letra E (entrevistada), número de entrevista e grupo amostral R (Ribeirinha) ou P (Pera) (e.g., E2R, E3P).

O referencial teórico utilizado para a análise dos dados foi o MCS, que tem sido amplamente utilizado para explicar comportamentos em saúde, incluindo a triagem para detecção precoce do CC⁽²⁰⁾. O MCS se baseia em quatro constructos cognitivos: suscetibilidade percebida à condição de saúde; gravidade percebida em relação à doença; benefícios percebidos; e barreiras para realizar o comportamento de prevenção⁽¹³⁾.

Neste estudo, foram atendidas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, sob Parecer nº 5.031.505/2021.

■ RESULTADOS

As participantes do estudo eram provenientes da área urbana (n=22) e ribeirinha (n=15) do município de Coari, com idade média de 35 anos e variação de 18 a 63 anos. A maioria iniciou a atividade sexual precoce (média=14,5; DP=2,0) e teve em média seis parceiros sexuais ao longo da vida. A maioria (70,3%) relatou realizar o exame preventivo uma vez ao ano.

A análise do conteúdo acerca das facilidades e barreiras para a realização do exame Papanicolaou viabilizou a construção de duas categorias: Facilidades percebidas para a realização do exame Papanicolaou; e Barreiras percebidas para a realização do exame Papanicolaou.

Facilidades percebidas para a realização do exame Papanicolaou

Esta categoria foi composta por 90 códigos, divididos em dez grupos de códigos e duas subcategorias: facilidades institucionais; e facilidades individuais.

Facilidades institucionais

Conseguir atendimento toda vez que procura o serviço de saúde foi apontado como uma facilidade institucional para a realização do exame. Algumas mulheres da área urbana relataram que eram atendidas sempre que procuravam o serviço de saúde, não sendo necessário agendar o exame, pois já conheciam a equipe de saúde.

A oferta do exame preventivo nas comunidades ribeirinhas pelas UBS fluviais foi considerada uma facilidade institucional importante para o acesso aos serviços de saúde, apesar de nem sempre a ida desse serviço ser frequente.

Receber o convite do profissional de saúde em casa também foi considerado uma facilidade e incentivo para a realização do exame pelas mulheres da UBS Ribeirinha.

Facilidades individuais

Sentimentos positivos como relaxar durante o exame e não ficar preocupada com o resultado do exame foram expressos nas falas das participantes da área urbana. Algumas participantes relataram que faziam o exame preventivo anualmente por conta do Bolsa Família, incentivo federal que estimula a realização do exame. Mulheres da área urbana relataram que fazem o exame pelo bem-estar e saúde, e não por conta do Bolsa Família, sugerindo a percepção de benefícios da realização do exame.

As facilidades percebidas por mulheres para a realização do exame preventivo estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Facilidades percebidas por mulheres para a realização do exame Papanicolaou no município de Coari, Amazonas, Brasil, 2022

Subcategoria	Núcleos temáticos	Extrato de falas dos grupos focais
Facilidades institucionais	Acessibilidade aos serviços de saúde	[...] <i>quando a gente vem no mesmo dia, né, que tão fazendo, né, a gente consegue, né, fazer sem agendar.</i> (E21P) [...] <i>toda vez que eu vou no posto, eles me “atende”.</i> (E11R)
	Disponibilidade do exame através da Unidade Básica de Saúde Fluvial	[...] <i>porque eu já fiz uma vez lá no interior onde eu moro. Às vezes, o pessoal sempre vem lá das balsas, né, vem o pessoal do exército. Eles vieram e eu fiz, eram três homens do exército que tinha e dois enfermeiros, e eu fiz, graças a Deus.</i> (E14R)
	Convite do profissional de saúde	[...] <i>ai toda vez que ele ia lá em casa, ele falava: “Vai marcar teu preventivo, vai marcar teu preventivo”.</i> (E7R)
Facilidades individuais	Sentimentos positivos: relaxar durante o exame Não ficar preocupada com o resultado do exame	[...] <i>eu também não, procuro relaxar pra ser mais rápido.</i> (E14P) [...] <i>eu tive já em 2020. Veio meu preventivo, aí deu uma alteração, né, aí a enfermeira disse que não era pra mim ficar preocupada que não era câncer, não era grave, né, aí eu também não fiquei.</i> (E8P)
	Realizar o exame por conta do Bolsa Família	[...] <i>e se a gente não fizer, corta o Bolsa Família, né, aí tem que tomar vacina, tem que fazer o preventivo. Acabei de fazer ontem meu preventivo ontem só isso mesmo.</i> (E9P) [...] <i>agora eu não, eu já fiz, né, acho que já vai encaminhando pra oitava vez que eu faço, que eu venho fazendo por causa também do Bolsa Família, né, e toda vez tem que pedir.</i> (E14R)
	Bem-estar e saúde	[...] <i>não vai depender de Bolsa Família não, porque a gente se acaba e o Bolsa Família fica, né?</i> (E20P) [...] <i>eu digo não, eu vou fazer, porque é pela minha saúde, né?</i> (E8P)

Barreiras percebidas para a realização do exame Papanicolaou

Esta categoria foi composta por 180 códigos, divididos em 13 grupos e três subcategorias: barreiras institucionais; barreiras individuais; e barreiras contextuais.

Barreiras institucionais

A demora em receber o resultado do Papanicolaou foi relatada, de forma enfática, como uma barreira para a realização do exame. É possível notar que as mulheres se dirigem até a unidade de saúde buscando o resultado do exame, mas muitas vezes recebem informações errôneas acerca do motivo do atraso, demonstrando falhas do serviço de saúde.

Dificuldades na marcação de consulta por falta de fichas foram relatadas por mulheres ribeirinhas, fato este atribuído ao

fato de residirem em área rural. As mulheres mencionaram que os dias oferecidos pela unidade de saúde para a coleta do exame são limitados e insuficientes, dificultando o acesso ao exame.

A ausência de profissionais de saúde e de unidades de saúde nas comunidades ribeirinhas representa barreiras institucionais para a realização do Papanicolaou. As participantes do estudo admitiram ainda que não sabiam como era realizado o exame, nem conheciam sua finalidade, afirmando nunca estarem preparadas para sua realização.

Barreiras individuais

A dificuldade de gerenciar o tempo para realizar o exame foi relatada pelas participantes como uma barreira para realizar o exame, assim como a preocupação com tarefas domésticas e deveres parentais, fatores que contribuíram para as mulheres negligenciarem o autocuidado.

Acordar cedo para conseguir ficha de atendimento também foi mencionada pelas mulheres ribeirinhas como uma dificuldade para a realização do exame. As participantes informaram que tinham que viajar por horas até chegar no município, tendo que chegar de madrugada e aguardar para pegar fichas.

Outra barreira importante relatada foi não ter condições financeiras para ir até a cidade de Coari para fazer o exame preventivo. A ausência de instalações de saúde para a realização do exame é preocupante, pois essas mulheres precisam se deslocar de suas comunidades, gerando custos adicionais financeiros.

A dor e o desconforto em relação ao espêculo no canal vaginal foram apontados como barreiras para a realização do exame Papanicolaou. Impedimentos e ameaças do marido também foram apontados pelas mulheres ribeirinhas como barreiras ao exame, sugerindo possível violência doméstica.

As mulheres relataram não se sentirem seguras em realizar o exame com um profissional do sexo masculino. Para elas, é constrangedor ser vista por um homem. Essa questão de gênero se torna uma barreira cultural importante que merece destaque, podendo ser evidenciada nas falas das participantes.

Sentimentos negativos como ansiedade, medo de fazer e receber o exame, além de vergonha do profissional de saúde, também foram apontados como barreiras. Ter comportamentos de risco no passado também foi mencionado, associado ao medo de fazer o exame e identificar alguma alteração.

Barreiras contextuais

A principal dificuldade relatada pelas mulheres foi sair das comunidades ribeirinhas, para serem atendidas no município de Coari, e não conseguir o atendimento. A síntese das barreiras percebidas por mulheres para a realização do exame preventivo está descrita no Quadro 2.

Quadro 2 – Barreiras percebidas por mulheres para a realização do exame Papanicolaou no município de Coari, Amazonas, Brasil, 2022

Subcategoria	Principais resultados	Extrato de falas dos grupos focais
Barreiras institucionais	Demora para receber o resultado do Papanicolaou	[...] e sempre a nossa maior dificuldade aqui em Coari também é de chegar o resultado demora muito, muito mesmo. (E10R) [...] até porque eu costumo esperar porque passa de ano, às vezes eu venho aqui que falam: "Ah, não se preocupa não porque é assim mesmo quando não dá nada custa a chegar mesmo". (E16P)
	Falta de ficha	[...] eu tinha dificuldade pois quando chegava não tinha mais ficha, aí vinha de novo, pegava de novo, até eu conseguir. (E8R) [...] como eu disse, toda vez que eu ia fazer exame preventivo chegava cinco horas da manhã e já não tinha mais ficha. (E3R)
	Oferta limitada e insuficiente aos serviços de saúde	[...] é duas vezes na semana, né?. (E21P) [...] ainda mais quando é época do Bolsa Família, aí que você não pega mesmo. (E4R)
	Escassez de profissionais de saúde	[...] eu tô com sete ano que moro lá nunca foi lá, aí fica difícil, né? (E12R)
	Ausência de Unidade Básica de Saúde nas comunidades ribeirinhas	[...] agora a gente tá morando no interior também, e lá não tem posto. (E5R)
	Falta de conhecimento sobre o exame	[...] porque a primeira vez foi com um enfermeiro, entendeu? Eu não sabia nem como que era. (E17P) [...] mas é porque a gente nunca tá preparada porque não sabe, né? Aí depois que a gente pega a experiência, né, aí não é mais isso tudo. (E3R)

Quadro 2 – Cont.

Subcategoria	Principais resultados	Extrato de falas dos grupos focais
Barreiras individuais	Dificuldade de gestão do tempo	[...] <i>sim, sim, já passei três anos sem fazer porque eu trabalhava e meus horários não dava certo com os horários da consulta.</i> (E14P) [...] <i>mas o tempo quem faz é a gente mesmo, porque se a gente não tirar aquele tempo para fazer, a gente nunca faz nada, todo tempo é empatada.</i> (E9R)
	Acordar cedo para pegar ficha	[...] <i>de primeiro, era 4 horas que nós chegava do interior, né, ficava aqui na beira, quatro horas, aí fica bem pertinho, né? Quer saber? Eu não vou mais, não. Se for pra pegar, a gente pega; se não for, vem outro dia. Nesse horário, é horário do sono melhor, né?</i> (E3R) [...] <i>minha dificuldade é acordar de madrugada pra tirar uma ficha.</i> (E5R)
	Condições financeiras	[...] <i>eu tinha vontade, sim, de fazer, mas não tenho condições de vim pra cidade.</i> (E13R)
	Dor e desconforto	[...] <i>eu senti dor.</i> (E5R) [...] <i>aí como é que a gente vai relaxar com um aparelho daquele lá dentro da gente? Não tem como relaxar. Eu me sinto assim.</i> (E2P)
	Impedimentos e ameaças do marido	[...] <i>às vezes, ele me ameaçava se eu viesse fazer com homem, né? “Ah, quando tu chegar aqui, eu vou te bater”. Me falava um monte de coisa.</i> (E3R) [...] <i>eu sentia barreira sim por causa que o meu marido me impedia de vir, mas eu apresentei a Deus, enfrentei as barreiras, e disse quem precisa da minha saúde sou eu, não é você não.</i> (E5R)
	Profissional do sexo masculino	[...] <i>eu não me sentiria bem em fazer com um homem, me sentiria mais segura se fosse com uma mulher do que um homem pra fazer.</i> (E22P) [...] <i>eu sentia vergonha de fazer com um homem, né, porque, assim, a gente só tem o marido da gente, né, a gente não tem aquele monte de homem como tem certas pessoas tem, né, vários namorados.</i> (E2P)
	Sentimentos negativos: nervoso, medo de fazer e receber o exame, vergonha	[...] <i>dá nervoso tanto na hora de fazer quanto na hora de abrir o resultado, porque quando chega rápido, né, o resultado, é porque dizem que é porque tem alguma coisa.</i> (E10R) [...] <i>eu já tive medo também, morro de medo toda vez, tenho medo pra fazer, vergonha né, que toda mulher tem, e na hora de receber também a gente já fica com medo, pensando que já vai dar alguma coisa lá, uma alteração, morro de medo também.</i> (E3R)
	Comportamento de risco no passado	[...] <i>acho que toda mulher tem medo do resultado, de fazer e... ah, porque eu já fiz coisas lá atrás, lá no meu passado, e agora pode ocorrer de eu ter uma coisa... é... uma doença... é isso.</i> (E22P)

Quadro 2 – Cont.

Subcategoria	Principais resultados	Extrato de falas dos grupos focais
Barreiras contextuais	Sair das comunidades ribeirinhas para serem atendidas	[...] só que aí eu acho dificultoso, porque a gente vem do interior, precisa de uma ficha como hoje. Eu vim e não consegui, aí a gente fica lá embaixo falam que é a fila do fulano, e aí a gente não consegue, né, fica mais difícil. A gente vem de longe pra ver se consegue, né? (E14R) [...] eu, por exemplo, sou da zona rural, venho de barco, e eu fico num bairro que é longe daqui do posto. Tem que vir 4 horas da madrugada pra pegar ficha, e fica perigoso. (E6R)

■ DISCUSSÃO

Este estudo buscou identificar as facilidades e barreiras para os comportamentos de prevenção do CC entre mulheres de Coari, Amazonas. Segundo o MCS, a crença de que uma ação reduzirá a suscetibilidade a um problema de saúde favorece a adoção desse comportamento, independentemente de outros fatores⁽¹³⁾.

A oferta do exame preventivo nas comunidades ribeirinhas pelas UBS Fluviais foi relatada como um benefício. Os benefícios estão relacionados à eficácia percebida de um comportamento de promoção da saúde, para diminuir o risco de uma doença⁽¹³⁾. As equipes de saúde fluvial prestam atenção primária às populações em locais remotos e são uma alternativa para aumentar a cobertura de saúde, mas apresentam limitações^(11,21).

Algumas mulheres relataram realizar o exame preventivo para manter o recebimento do Bolsa Família, comportamento estimulado pelo incentivo federal, dado também observado em estudo de revisão sistemática com mulheres da Nigéria, no qual verificou-se a relação entre Programa de Transferência de Renda e aumento do acesso aos serviços de saúde⁽²²⁾. Outro benefício percebido pelas mulheres foi o estímulo do profissional de saúde para fazer o exame. Esses achados se assemelham a estudo realizado em duas UBS (área urbana e rural) na cidade de Kigali, Rwanda, onde as mulheres informaram que uma das motivações para a realização do exame Papanicolaou foi o estímulo do profissional de saúde durante consultas de rotina⁽⁸⁾.

Por outro lado, muitas barreiras para a realização do Papanicolaou foram identificadas. Segundo o MCS, quanto menores as barreiras percebidas, maior a aceitação da triagem, pois as pessoas tendem a agir positivamente em relação à saúde quando os benefícios esperados para uma determinada ação superam as barreiras⁽¹³⁾.

A demora para entrega do resultado do Papanicolaou foi apontado pelas mulheres como barreira ao rastreamento. Tal dado evidencia a limitação de acesso aos serviços de

rastreamento do CC e a fragilidade do sistema de saúde, dificultando o diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Essa barreira também foi relatada por mulheres em outros estudos, nos quais a falta de serviços disponíveis constituiu fator dificultador para o rastreamento do CC⁽¹⁰⁻¹²⁾.

A escassez de serviços e profissionais de saúde nas áreas rurais ribeirinhas também foi apontada em outros estudos como barreira para adoção de comportamentos preventivos^(6,21,22). Estudo de revisão realizado com mulheres de áreas rurais verificou acessibilidade limitada aos serviços de saúde e escassez de instalações médicas e profissionais associadas a menor acesso às recomendações de saúde, além de dificuldades financeiras⁽¹⁰⁾.

A qualificação do sistema de saúde pode ser feita por meio da ampliação do acesso aos serviços de saúde e incorporação de medidas de garantia da qualidade^(11,12). O acesso facilitado ao serviço de saúde é uma forte motivação para fazer o exame; no entanto, a simples expansão dos serviços de saúde nem sempre leva à ampliação da cobertura dos exames preventivos, sendo necessária uma abordagem abrangente capaz de afetar vários fatores que influenciam a taxa de adesão ao rastreamento^(7,9,12).

O desconhecimento da finalidade do exame Papanicolaou, outra barreira, sugere a falta de percepção de seus benefícios e da suscetibilidade à doença. O MCS baseia-se no pressuposto de que, para um indivíduo adotar comportamentos preventivos em relação a uma doença, ele precisa acreditar que é suscetível e reconhecer sua gravidade⁽¹³⁾. Evidências de outros estudos indicam a falta de informação sobre o CC como barreira significativa para o rastreamento⁽⁵⁻⁷⁾. Observa-se que esta barreira é evidenciada também em mulheres jovens, que se encontram abaixo da faixa etária de rastreio.

A faixa etária mais jovem tem sido postulada como fator de risco para CC mais agressivo. Estudo realizado com estudantes universitárias coreanas com idades entre 20 e 29 anos evidenciou que a maioria (89%) das participantes desconhecia o rastreamento cervical, apresentava baixo nível de conhecimento e percepção sobre o CC e seu rastreamento,

destacando a necessidade de educação para aumentar a conscientização e o conhecimento sobre o rastreamento nessa população⁽²³⁾.

A falta de compreensão sobre o exame foi evidenciada também em estudo realizado entre mulheres rurais com HIV atendidas em unidades de saúde pública de Uganda, onde as barreiras para entender as informações de rastreamento do CC foram profissionais de saúde rudes, informações contraditórias, longas sessões de educação em saúde e ausência de sessões individuais de educação em saúde⁽²⁴⁾.

A incompatibilidade de horários de trabalho e expediente dos serviços de saúde foi uma barreira percebida para a realização do exame, dificultando o rastreamento e as consultas de acompanhamento. Esses achados são consistentes com outras pesquisas que indicam a sobrecarga das mulheres que costumam fazer tarefas domésticas, cuidar dos filhos e tarefas relacionadas ao trabalho, sem tempo para realizar os exames preventivos^(8,9,12). É essencial lembrar às mulheres o papel crucial dos exames preventivos, enfatizando a necessidade de priorizá-lo em sua vida. A ampliação de horários de atendimento é uma estratégia que pode favorecer a realização dos exames.

As participantes relataram que acordar de madrugada para ir até a unidade de saúde e nem sempre conseguir uma ficha para atendimento constitui dificuldade para a realização do exame preventivo. Este achado confirma o resultado de outros estudos, que também identificaram a falta de fichas para atendimento como barreira institucional para a realização dos exames preventivos^(9,11,12). A ampliação do acesso aos serviços de saúde e a incorporação de medidas para garantir a qualidade do atendimento podem ajudar a aprimorar o sistema de saúde.

A dificuldade financeira para comparecer ao serviço de saúde e realizar o exame Papanicolaou foi apontada como uma barreira percebida, principalmente, pelas mulheres ribeirinhas, que precisam se deslocar de barco ou canoa, acarretando custos com passagens ou combustível, como evidenciado em outros estudos^(6,9).

Na Amazônia, a geografia, as cheias e as secas aumentam a dificuldade de acesso aos cuidados preventivos, conforme observado em diversos estudos^(11,21). As barreiras percebidas podem ser fatores dificultadores para os comportamentos de prevenção, e o MCS explica que as barreiras podem estar associadas aos custos, esforços dispensados, ou a situações que causam desconforto ou dor⁽²⁵⁾.

O espéculo vaginal, utilizado para a realização do exame Papanicolaou, foi mencionado como fonte de dor/desconforto, mas tal desconforto foi apontado por poucas mulheres, não caracterizando uma barreira significativa para a realização do exame, o que difere de outros estudos^(6-8,12,21).

Realizar o exame com profissional do sexo masculino foi apontado como fonte de desconforto, medo e vergonha para a maioria das mulheres, constituindo barreira cultural significativa. Estudo realizado com mulheres no Irã revelou que os estados psicológicos mais prevalentes relatados pelas participantes foram vergonha, medo do exame físico, resultados desfavoráveis dos exames, dor na hora do exame e possíveis diagnósticos incorretos. As participantes também mencionaram o constrangimento associado aos exames vaginais como barreira, pois esses procedimentos exigem a exposição de seus órgãos íntimos⁽²⁶⁾.

Impedimentos por parte do marido também foram identificados como barreira, principalmente quando o profissional era do sexo masculino. A falta de apoio por parte dos familiares, em particular do marido, pode afetar significativamente a relutância das mulheres em realizar o exame. Infere-se que essas mulheres podem não ter autonomia para tomar decisões sobre seu bem-estar, o que pode exigir a permissão do marido para fazer o exame, evidenciando possível violência doméstica. Tais barreiras culturais foram apontadas como obstáculos ao rastreamento em outros estudos^(7-9,12).

A violência doméstica contra a mulher é um problema de saúde pública que se manifesta de forma física, psicológica, moral, sexual e patrimonial, e está associada a fatores como desigualdade de gênero e padrões culturais machistas⁽²⁷⁾. A exposição à violência colabora para a procura de apoio nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária.

A consulta de enfermagem representa uma oportunidade valiosa para ouvir relatos e queixas, permitindo que as mulheres expressem suas angústias e preocupações, tornando-se um elemento facilitador para o reconhecimento da violência doméstica. Para isso, há necessidade de capacitar profissionais, para que o enfermeiro crie um ambiente seguro, acolhedor, humanizado, sigiloso, com escuta ativa e qualificada, com encaminhamento para suporte especializado, desmontando as bases da desigualdade de gênero⁽²⁸⁾.

Desde épocas remotas até a atualidade, muitas mulheres experienciam a sexualidade de maneira exígua, limitando-se à reprodução⁽²⁸⁾. No modelo de organização patriarcal, o homem é socialmente colocado na centralidade das decisões, o que fragiliza a autonomia das mulheres sobre seus corpos, reforçando o exercício limitado da sexualidade⁽²⁹⁾. A abordagem do cuidado integral à saúde da mulher reconhece que a saúde sexual é uma dimensão essencial da saúde geral, influenciando aspectos físicos, emocionais, sociais e culturais. As premissas do cuidado integral envolvem ações de prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde, respeitando suas diversidades e garantindo acesso equitativo e de qualidade aos serviços de saúde⁽²⁹⁾.

Apresentar comportamentos de risco no passado também foi relatado como barreira ao exame, o que pode estar relacionado ao medo de descobrir alguma doença potencialmente grave. A visão fatalista do diagnóstico do CC foi apontada como barreira em outros estudos^(6,8,22). Infere-se que, para as mulheres, um resultado positivo era presumido como uma sentença de morte, sendo melhor não se submeter à triagem. Da mesma forma, os dados de outro estudo revelaram que o medo de ter um resultado positivo na triagem as impedia de serem examinadas⁽²²⁾.

As crenças em saúde que influenciam a disposição das mulheres de se submeter ao rastreamento precisam ser identificadas, pois ainda se verificam baixas taxas de adesão ao exame⁽³⁰⁾. Nesse contexto, a educação em saúde é consolidada como recurso fundamental à mudança de atitude das mulheres diante dos exames preventivos.

Estudo realizado com mulheres no Egito, utilizando os MCS para fornecer e mudar conhecimento, percepções sobre o CC e práticas de triagem, mostrou-se eficaz, mostrando a contribuição potencial do MCS para melhorar as ações de prevenção relacionadas ao CC em diferentes contextos de assistência à saúde⁽³⁰⁾. Os enfermeiros têm papel relevante na educação da população, e devem atuar desmistificando crenças disfuncionais e fortalecendo a autonomia das mulheres para a tomada de decisão em saúde.

Em 2020, a OMS propôs uma estratégia global para acelerar a eliminação do CC como problema de saúde pública. Essa estratégia afirma que todos os países devem atingir e manter uma taxa de incidência abaixo de 4 por 100.000 mulheres. Assim como, até 2030 vacinar 90% das meninas até os 15 anos, rastrear 70% das mulheres aos 35 e 45 anos, e tratar 90% das mulheres com lesões pré-cancerosas do colo do útero e câncer invasivo⁽³¹⁾. Os dados do presente estudo podem contribuir no desenvolvimento de ações estratégicas dos programas nacionais de rastreamento do CC, na organização do serviço, capacitação dos profissionais para a realização de testes de qualidade, transição para outras estratégias de testagem como autocoleta, identificação e busca ativa das mulheres que não têm acesso ao rastreamento.

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas. No GF, as participantes podem ter se sentido pressionadas a concordar ou não expressar opiniões contrárias devido à influência das demais participantes. Além disso, o recrutamento das participantes deste estudo ocorreu por meio da seleção de usuárias das unidades de saúde, o que pode ter contribuído para falhas na identificação da realidade das mulheres com maiores dificuldades de acesso ao serviço de saúde, o que poderia ser contornado com inquéritos domiciliares.

Alguns resultados, como impedimentos e ameaças do marido contrário à realização do exame com o profissional do sexo masculino, e sentimentos negativos na hora do exame, poderiam ser mais bem explorados em estudos qualitativos a partir de entrevistas individuais, que permitissem maior acesso a questões subjetivas das participantes. A impossibilidade de analisar diferenças entre faixas etárias e o fato de não incluir mulheres que nunca realizaram o exame também estão entre as limitações. Por outro lado, este estudo fornece dados contextuais e informações culturais que podem informar futuros esforços de prevenção do CC na região amazônica e em outros cenários de difícil acesso.

■ CONCLUSÃO

O acesso aos serviços de saúde e ao exame, e o estímulo do profissional de saúde foram as principais facilidades para a realização do Papanicolaou. Neste sentido, a visita domiciliar, o vínculo do profissional de saúde, a presença e a ampliação do uso da UBS Fluvial, investimentos em comunicação comunitária nas comunidades ribeirinhas podem ajudar.

Por outro lado, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, evidenciada pela falta de fichas, escassez de profissionais, demora na entrega do exame e ausência de informações sobre o exame, foi a principal barreira identificada. Ações estruturais, relacionadas à gestão do serviço de saúde, com ampliação da oferta de exames, implementação de horários alternativos de coleta e ações educativas voltadas à prevenção e promoção da saúde, no contexto da Atenção Primária, podem contribuir para o rastreamento e identificação precoce do CC.

Aspectos psicoemocionais como vergonha, medo, constrangimento, questões de gênero e fatalismo também foram identificados como barreiras para a realização do Papanicolaou. Ações de capacitação continuada da equipe de enfermagem sobre a abordagem da violência de gênero são necessárias para escuta ativa e qualificada de vítimas. Intervenções psicoeducativas focadas na reestruturação de crenças disfuncionais devem ser encorajadas para diminuição dessas barreiras. Intervenções com foco no fortalecimento dos fatores facilitadores e na superação das barreiras identificadas devem ser testadas em futuros estudos.

■ REFERÊNCIAS

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209–49. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022[cited 2023 Jan 13]. Available from: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>
3. Petersen Z, Jaca A, Ginindza TG, Maseko G, Takatshana S, Ndlovu P, 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. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02043-y>
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer do colo do útero [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022 [cited 2023 Jan 13]. Available from: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/colo-do-uterio>
5. Torres-Roman JS, Ronceros-Cardenas L, Valcarcel B, Bazalar-Palacios J, Ybaseta-Medina J, Carioli G, et al. Cervical cancer mortality among young women in Latin America and the Caribbean: trend analysis from 1997 to 2030. *BMC Public Health*. 2022;22(1):113. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12413-07>
6. Sarmiento-Medina MI, Velásquez-Jiménez CM, Ortiz-Hernández N. Experiences of a group of indigenous women from the Colombian Amazon with cervical cancer prevention screening: qualitative study in the context of participatory research to reduce inequalities. *Ethn Health*. 2024;893-907. <https://doi.org/10.1080/13557858.2024.2387112>
7. Chandrakumar A, Hoon E, Benson J, Stocks N. Barriers and facilitators to cervical cancer screening for women from culturally and linguistically diverse backgrounds; a qualitative study of GPs. *BMJ Open*. 2022;12(11):e062823. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062823>
8. Gafaranga JP, Manirakiza F, Ndagijimana E, Urimubabo JC, Karenzi ID, Muhawenayo E, et al. Knowledge, barriers and motivators to cervical cancer screening in Rwanda: a qualitative study. *Int J Womens Health*. 2022;14:1191–200. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s374487>
9. Chua B, Ma V, Asjes C, Lim A, Mohseni M, Wee HL. Barriers to and facilitators of cervical cancer screening among women in Southeast Asia: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4586. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094586>
10. Zhetpisbayeva I, Kassymbekova F, Sarmuldayeva S, Semenova Y, Glushkova N. Cervical cancer prevention in rural areas. *Ann Glob Health*. 2023;89(1):75. <https://doi.org/10.5334/aogh.4133>
11. Salehiniya H, Momenimovahed Z, Allahqoli L, Momenimovahed S, Alkatout I. 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
12. Cerqueira RS, Santos HLPD, Prado NMDBL, Bittencourt RG, Biscarde DGDS, Santos AMD. Controle do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde em países sul-americanos: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Pública*. 2022;46:1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.107>
13. Green EC, Murphy EM, Gryboski K. The health belief model. In: *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*. John Wiley & Sons; 2020. p.211–4. <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch68>
14. Souza VRDS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A002631>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2022: resultados [Internet]. Brasília: IBGE; 2022 [cited 2024 Jan 13]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/coari/panorama>
16. Ministério da Saúde (BR). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: estabelecimentos de saúde do município de Coari [Internet]. Brasília: MS; 2025 [cited 2025 Jun 13]. Available from: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
17. Ministério da Saúde (BR). SISAB: Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [cited 2025 Jun 13]. Available from: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>
18. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual [Internet]*. 2017[cited 2025 Jun 13]5(7):1–12. Available from: <https://editora.seq.org.br/rpq/article/view/82>
19. Bardin L. Análise de conteúdo [Internet]. Lisboa: Edições 70; 2016[cited 2024 Apr 21]. Available from: <https://madmunifacs.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>
20. Sumarmi S, Hsu YY, Cheng YM, Lee SH. Factors associated with the intention to undergo Pap Smear testing in the rural areas of Indonesia: a health belief model. *Reprod Health*. 2021;18(1):138. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01188-7>
21. Da Silva EB, Gama SMS, Secoli SR. Manejo farmacológico da hipertensão arterial em ribeirinhos da Amazônia brasileira: estudo SAMARA. *Amaz Sci Health*. 2022;10(1):56–70. <https://doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v10n1p56-70>
22. Mafiana JJ, Dhital S, Halabia M, Wang X. Barriers to uptake of cervical cancer screening among women in Nigeria: a systematic review. *Afr Health Sci*. 2022;22(2):295–309. <https://doi.org/10.4314/ahs.v22i2.33>
23. Shin HY, Kang P, Song SY, Jun JK. Understanding of cervical screening adoption among female university students based on the precaution adoption process model and health-belief model. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;20(1):700. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010700>
24. Namutundu J, Kiguli J, Nakku-Joloba E, Makumbi F, Semitala FC, Wanyenze R, et al. Barriers and facilitators of cervical cancer screening literacy among rural women with HIV attending rural public health facilities in East Central Uganda: a qualitative study using the integrated model of health literacy. *BMC Womens Health*. 2024;24(1):498. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03340-4>
25. Perez L, Tran K, Alvarenga-Bezerra V, Chadha D, Dotson L, Assir F, et al. Cervical cancer-related knowledge, attitudes, practices and self-screening acceptance among patients, employees, and social media followers of a major Brazilian hospital. *Cancer Control*. 2022;29:1–15. <https://doi.org/10.1177/10732748221135441>
26. Rosenstock IM. O modelo de crença em saúde e comportamento preventivo de saúde. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):354–86. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
27. Shariati-Sarcheshmeh M, Mahdizadeh M, Tehrani H, Jamali J, Vahedian-Shahroodi M. Women's perception of barriers and facilitators of cervical cancer Pap smear screening: a qualitative study. *BMJ Open*. 2024;14(1):e072954. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072954>
28. Santos LDND, Oliveira JF, Rodrigues AS, Oliveira MM, Oliveira DS, Jesus MEF, et al. Violence against women in the media during the Covid-19 pandemic. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2023[cited 2025 Jun 13];44:e20220249. Available from: <https://www.scielo.br/rjrgenf/a/yZWcLD76xpP3fGHB9nLqyGw/?lang=en>
29. Andrade LM, Bustamante V. A construção do cuidado na assistência às mulheres em situação de violência doméstica: perspectivas de trabalhadores e trabalhadoras da Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2024;34:e34020. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434020pt>
30. Pereira LP, Guizardi FL, Loyola VMZ. Panorama institucional do trabalho em grupo com homens autores de violência contra a mulher no Brasil. *Saude Soc*. 2023;32(supl.1):e220935pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220935pt>
31. Abdelmonsef Ahmed HA, Yassin SYI, Ahmed MSM, Ali HZY. Application of health belief model about cervical cancer screening among female officer employees in Kafr-El Sheikh University, Egypt. *J Pak Med Assoc*. 2023;73(Suppl 4)(4):S67–71. <https://doi.org/10.47391/JPMA.EGY-S4-15>

■ **Agradecimentos:**

O presente estudo foi realizado com apoio da CAPES – Brasil – Código de Financiamento 0001. Agradecemos ao apoio da CAPES na condução deste estudo.

■ **Disponibilidade de dados e material:**

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

■ **Contribuição de autoria:**

Conceitualização: Josiane Montanho Mariño, Marina de Góes Salvetti

Curadoria de dados: Josiane Montanho Mariño, Carla Marins Silva

Análise formal: Josiane Montanho Mariño, Carla Marins Silva, Marina de Góes Salvetti

Pesquisa: Josiane Montanho Mariño, Uenderson Alivad Oliveira da Silva, Letícia Costa Wanderley, Ana Selma da Silva.

Metodologia: Josiane Montanho Mariño, Carla Marins Silva, Marina de Góes Salvetti

Administração de projeto: Josiane Montanho Mariño, Uenderson Alivad Oliveira da Silva, Letícia Costa Wanderley, Ana Selma da Silva.

Disponibilização de ferramentas: Josiane Montanho Mariño
Desenvolvimento, implementação e teste de software: Carla Marins Silva

Supervisão: Marina de Góes Salvetti

Validação de dados e experimentos: Josiane Montanho Mariño, Carla Marins Silva, Marina de Góes Salvetti

Design da apresentação de dados: Uenderson Alivad Oliveira da Silva, Letícia Costa Wanderley, Ana Selma da Silva.

Redação do manuscrito original<: Josiane Montanho Mariño, Uenderson Alivad Oliveira da Silva, Letícia Costa Wanderley, Ana Selma da Silva

Redação – revisão e edição: Josiane Montanho Mariño, Carla Marins Silva, Marina de Góes Salvetti

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Josiane Montanho Mariño
enf_josiane@yahoo.com.br

Editor associado:

Elen Ferraz Teston

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira

Recebido: 04.04.2025

Aprovado: 15.07.2025