

EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONHECIMENTO, PRÁTICAS E BARREIRAS DE ACESSO ENTRE MULHERES DE IMPERATRIZ, MARANHÃO

CERVICAL CYTOPATHOLOGY IN PRIMARY HEALTH CARE: KNOWLEDGE, PRACTICES AND ACCESS BARRIERS AMONG WOMEN IN IMPERATRIZ, MARANHÃO, BRAZIL

EXAMEN CITOPATOLÓGICO DEL CUELLO UTERINO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: CONOCIMIENTO, PRÁCTICAS Y BARRERAS DE ACCESO ENTRE MUJERES DE IMPERATRIZ, MARANHÃO, BRASIL

Luara Edilayne Paz dos Santos¹
Nayra Santos Martins Neiva Lira²
Beatriz Rocha Pereira³
Eulália Pereira Almeida⁴
Guilherme Ribeiro Martins⁵
João Lucas de Macedo Ferraz Sout⁶
Júlia Alves Vieira⁷
Maria Eduarda Arruda Nascimento⁸
Pedro Arthur Carlos de Sousa⁹
Pedro Paulo Reis de Brito¹⁰
Rafaela Soares Targino¹¹
Janine Silva Ribeiro Godoy¹²

1

RESUMO: O câncer do colo do útero permanece relevante problema de saúde pública no Brasil. Este estudo analisou o conhecimento, as práticas e as barreiras de acesso relacionados ao exame citopatológico do colo do útero (PCCU), bem como os fatores associados ao local de realização do último exame, entre mulheres atendidas em Unidades Básicas de Saúde de Imperatriz, Maranhão. Trata-se de estudo transversal, descritivo e exploratório, com amostra não probabilística de 205 mulheres com 18 anos ou mais, analisada pelos testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher ($p < 0,05$). O exame era conhecido por 84,4% das participantes, mas apenas 62,4% conheciam sua periodicidade. A realização em até três anos foi referida por 71,9%

¹ Acadêmica do curso de Medicina - Universidade CEUMA, campus Imperatriz (MA).

² Acadêmica do curso de Medicina - Universidade CEUMA, campus Imperatriz (MA).

³ Acadêmica do curso de Medicina - Universidade CEUMA, campus Imperatriz (MA).

⁴ Acadêmica do curso de Medicina - Universidade CEUMA, campus Imperatriz (MA).

⁵ Acadêmico do curso de Medicina - Universidade CEUMA, campus Imperatriz (MA).

⁶ Acadêmico do curso de Medicina - Universidade CEUMA, campus Imperatriz (MA).

⁷ Acadêmico do curso de Medicina - Universidade CEUMA, campus Imperatriz (MA).

⁸ Acadêmica do curso de Medicina - Universidade CEUMA, campus Imperatriz (MA).

⁹ Acadêmico do curso de Medicina - Universidade CEUMA, campus Imperatriz (MA).

¹⁰ Acadêmico do curso de Medicina - Universidade CEUMA, campus Imperatriz (MA).

¹¹ Mestre em Saúde da Família pelo PROFSAÚDE/FIOCRUZ; docente da Universidade CEUMA, campus Imperatriz (MA).

¹² Doutora em Biociências e Fisiopatologia; docente da Universidade CEUMA, campus Imperatriz (MA).

das 192 mulheres com informação classificável, e 20,3% nunca haviam realizado o exame. Destacaram-se como barreiras a tentativa frustrada de agendamento (28,4%), sobretudo por falta de vagas, o desconhecimento do calendário de coleta (77,7%) e a ausência de oferta do exame. O uso da rede privada associou-se à renda ($p = 0,012$) e à escolaridade ($p < 0,001$), mas não à dificuldade de agendamento. Conclui-se que o conhecimento não se converte integralmente em prática preventiva e que barreiras organizacionais e desigualdades socioeconômicas condicionam o acesso ao exame na Atenção Primária.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero. Teste de Papanicolaou. Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Fatores Socioeconômicos.

ABSTRACT: Cervical cancer remains a relevant public health problem in Brazil. This study analyzed knowledge, practices and access barriers related to cervical cytopathology (Pap test), as well as factors associated with where the last test was performed, among women attending Primary Health Care Units in Imperatriz, Maranhão, Brazil. This cross-sectional, descriptive and exploratory study included a non-probabilistic sample of 205 women aged 18 years or older, analyzed using Pearson's chi-square and Fisher's exact tests ($p < 0.05$). The test was known by 84.4% of participants, but only 62.4% knew its recommended frequency. Screening within the previous three years was reported by 71.9% of the 192 women with classifiable information, and 20.3% had never been tested. The main barriers were unsuccessful scheduling attempts (28.4%), mostly due to lack of available appointments, unawareness of the collection schedule (77.7%) and the test never being offered. Use of the private sector was associated with income ($p = 0.012$) and education ($p < 0.001$), but not with scheduling difficulties. Knowledge does not fully translate into preventive practice, and organizational barriers and socioeconomic inequalities shape access to the test in Primary Health Care.

Keywords: Uterine Cervical Neoplasms. Papanicolaou Test. Primary Health Care. Health Services Accessibility. Socioeconomic Factors.

RESUMEN: El cáncer de cuello uterino sigue siendo un problema relevante de salud pública en Brasil. Este estudio analizó el conocimiento, las prácticas y las barreras de acceso relacionados con el examen citopatológico del cuello uterino (Papanicolaou), así como los factores asociados al lugar de realización del último examen, entre mujeres atendidas en Unidades Básicas de Salud de Imperatriz, Maranhão. Estudio transversal, descriptivo y exploratorio, con muestra no probabilística de 205 mujeres de 18 años o más, analizada con las pruebas de chi-cuadrado de Pearson y exacta de Fisher ($p < 0,05$). El 84,4% de las participantes conocía el examen, pero solo el 62,4% conocía su periodicidad. La realización en los últimos tres años fue referida por el 71,9% de las 192 mujeres con información clasificable, y el 20,3% nunca lo había realizado. Las principales barreras fueron los intentos frustrados de cita (28,4%), mayormente por falta de cupos, el desconocimiento del calendario de recolección (77,7%) y la falta de oferta del examen. El uso del sector privado se asoció con la renta ($p = 0,012$) y la escolaridad ($p < 0,001$), pero no con la dificultad para conseguir cita. El conocimiento no se traduce plenamente en práctica preventiva, y barreras organizativas y desigualdades socioeconómicas condicionan el acceso al examen en la Atención Primaria.

Palabras clave: Neoplasias del Cuello Uterino. Prueba de Papanicolaou. Atención Primaria de Salud. Accesibilidad a los Servicios de Salud. Factores Socioeconómicos.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero constitui um importante problema de saúde pública no Brasil, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde persistem desigualdades na incidência da doença e no acesso aos serviços de prevenção. Sua ocorrência está associada principalmente à infecção persistente por tipos oncogênicos do papilomavírus humano (HPV), sendo uma neoplasia com elevado potencial de prevenção por meio da vacinação, do rastreamento e do tratamento oportuno das lesões precursoras (Brasil, 2025).

No triênio 2023–2025, estimam-se 17.010 casos novos anuais da doença no Brasil, o que a torna o terceiro tipo de câncer mais incidente entre as mulheres, excluídos os tumores de pele não melanoma. Na região Nordeste, ocupa a segunda posição, e no Maranhão a taxa bruta estimada é de 21,71 casos por 100 mil mulheres, superior à nacional, de 15,38 por 100 mil (Instituto Nacional de Câncer, 2022a).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o exame citopatológico do colo do útero, conhecido como Papanicolaou ou PCCU, consiste na coleta e análise de células do colo uterino para identificação de alterações celulares que podem anteceder o desenvolvimento do câncer. Trata-se de um procedimento simples, utilizado historicamente como estratégia de rastreamento na Atenção Primária à Saúde. Com a atualização das diretrizes brasileiras em 2025, o teste molecular para detecção de DNA-HPV oncogênico passou a ser recomendado como método primário de rastreamento organizado para mulheres de 25 a 64 anos, permanecendo a citologia como alternativa nos serviços onde a nova tecnologia ainda não está disponível (Brasil, 2025; Instituto Nacional de Câncer, 2022b, 2025).

Apesar da disponibilidade de estratégias preventivas, a realização do exame citopatológico ainda enfrenta barreiras relacionadas ao desconhecimento, medo, vergonha, dificuldades de agendamento e limitações na organização dos serviços de saúde. Nesse contexto, a educação em saúde representa uma estratégia importante para ampliar o conhecimento das mulheres e favorecer sua participação nas ações preventivas. Santos *et al.* (2024) destacam a contribuição das atividades educativas e das campanhas comunitárias para o enfrentamento de barreiras informacionais e para a promoção da realização do exame.

Embora fatores associados à não realização do exame tenham sido descritos em inquéritos nacionais e em São Luís (Oliveira *et al.*, 2006; Madeiro; Rufino, 2022), são escassos

os estudos que examinem como as usuárias da Atenção Primária à Saúde de Imperatriz – segundo município mais populoso do Maranhão e polo de saúde da região tocantina – vivenciam o acesso ao exame. Compreender essas experiências é relevante para identificar dificuldades de acesso e possíveis desigualdades na utilização dos serviços. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar o conhecimento, as práticas e as barreiras de acesso relacionados ao exame citopatológico entre mulheres com idade igual ou superior a 18 anos atendidas em Unidades Básicas de Saúde de Imperatriz, Maranhão, bem como os fatores associados ao local de realização do último exame e à dificuldade de agendamento.

MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, transversal, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em diferentes UBS do município de Imperatriz, localizado na região tocantina do Maranhão. A investigação buscou caracterizar os conhecimentos e as práticas relacionados ao exame PCCU, identificar barreiras à sua realização e analisar associações entre características sociodemográficas, experiências de acesso aos serviços e local de realização do último exame.

A etapa de coleta de campo nas UBS ocorreu entre setembro e outubro de 2026, mediante convite às mulheres presentes nos serviços e seleção não probabilística por conveniência. Foram consolidados 205 formulários de mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, incluídas independentemente do histórico prévio de realização do PCCU e da utilização de serviços públicos ou privados. A participação foi voluntária, mediante esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e consentimento livre e esclarecido. A inclusão de mulheres a partir dos 18 anos correspondeu à abrangência autorizada da pesquisa e das atividades educativas desenvolvidas junto às usuárias das UBS, sem restringir a amostra à faixa etária habitualmente considerada para o rastreamento de rotina.

No âmbito do projeto, também foram realizadas ações educativas nas unidades de saúde, com orientações à população sobre o câncer do colo do útero, a finalidade do PCCU e a importância da prevenção, acompanhadas da distribuição de folders informativos. Essas atividades tiveram caráter de educação em saúde e sensibilização, não constituindo uma intervenção com avaliação pré e pós-atividade. Portanto, o delineamento adotado não permite mensurar efeitos das ações educativas sobre a realização subsequente do exame.

As informações foram obtidas mediante questionário estruturado elaborado pelas pesquisadoras, contendo perguntas sobre faixa etária, escolaridade, renda familiar, ocupação, estado civil, município de procedência e bairro de residência, além de antecedentes sexuais e reprodutivos. Investigaram-se também conhecimento da finalidade e da periodicidade do PCCU, realização prévia, tempo decorrido desde o último procedimento, local onde foi realizado, orientação recebida de profissionais de saúde, participação em campanhas, acolhimento e dificuldades para agendamento. Os dados foram consolidados em planilha eletrônica, conferidos e codificados para a análise estatística, com retirada de identificadores pessoais dos arquivos de análise e manutenção dos registros originais para rastreabilidade.

O histórico do PCCU foi analisado por dois indicadores distintos: realização autorreferida alguma vez na vida, obtida por pergunta direta, e tempo decorrido desde o último exame. Para a variável conciliada de temporalidade, foram classificadas como “exame recente” as respostas de até três anos, como “exame não recente” as de mais de três anos e como “nunca realizou” as respostas concordantes que indicavam ausência de realização prévia. Quando houve discordância explícita entre a resposta sobre realização prévia e o tempo informado desde o último exame, o registro foi mantido como inconsistente e não integrou o denominador da classificação temporal; respostas com tempo desconhecido ou não informado também foram consideradas não classificáveis. Dessa forma, 192 das 205 participantes apresentaram classificação temporal utilizável, enquanto 13 registros permaneceram sem classificação, sendo três por contradição entre respostas e dez por ausência de informação temporal suficiente. Esses indicadores representam histórico autorreferido e não foram interpretados, isoladamente, como adesão clinicamente adequada ao rastreamento.

As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas (n) e relativas (%), empregando-se o denominador de respostas válidas em cada análise. Idade, renda e escolaridade foram analisadas por categorias, conforme o registro no instrumento. As associações entre variáveis categóricas foram investigadas no *software* jamovi, versão 2.7.39 (The jamovi project, 2025), por meio do teste qui-quadrado de Pearson e, nas situações pertinentes em razão das frequências esperadas, do teste exato de Fisher ou sua aproximação por simulação de Monte Carlo. A magnitude das associações foi apresentada pelo V de Cramér, quando aplicável, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). As análises foram bivariadas e exploratórias, sem ajuste multivariável. Nas comparações entre UBS e rede privada, não foram reclassificados

como públicos ou privados os registros em que o último exame ocorreu em hospital de natureza não identificada.

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz, por intermédio da Coordenação do Comitê Gestor Local do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), conforme carta de anuência emitida em 24 de junho de 2025. Foram observados os princípios de participação voluntária, confidencialidade e proteção dos dados, em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade CEUMA, e todas as participantes manifestaram concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil sociodemográfico, características reprodutivas e distribuição territorial

Foram considerados 205 formulários de mulheres incluídas na base de análise da pesquisa. A faixa etária foi informada por 202 respondentes, com predomínio de 25 a 34 anos ($n = 72$; 35,6%), seguida de 35 a 44 anos ($n = 41$; 20,3%). Em relação ao estado civil, destacaram-se as mulheres casadas ($n = 75$; 37,3%) e solteiras ($n = 71$; 35,3%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das respondentes segundo características demográficas – Imperatriz (MA), 2026

Característica/categoria	n	%
Faixa etária ($n = 202$)		
18 a 24 anos	36	17,8
25 a 34 anos	72	35,6
35 a 44 anos	41	20,3
45 a 54 anos	30	14,9
55 a 64 anos	21	10,4
65 anos ou mais	2	1,0
Escolaridade ($n = 203$)		
Fundamental ou menos	43	21,2

Característica/categoria	n	%
Ensino médio	95	46,8
Superior ou mais	65	32,0
Estado civil (n = 201)		
Solteira	71	35,3
Casada	75	37,3
União estável	31	15,4
Separada/divorciada	17	8,5
Viúva	7	3,5

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Nota: Percentuais relativos às respostas válidas de cada variável. Idade: n = 202 (3 ausentes); escolaridade: n = 203 (2 ausentes); estado civil: n = 201 (4 ausentes).

Quanto à escolaridade, 95 das 203 participantes com informação disponível (46,8%) haviam concluído o ensino médio, 65 (32,0%) possuíam ensino superior ou mais e 43 (21,2%) tinham ensino fundamental ou menos. Entre as 163 mulheres que informaram a renda familiar, 69 (42,3%) relataram um salário mínimo, 52 (31,9%) de dois a três salários mínimos, 31 (19,0%) mais de três salários mínimos e 11 (6,7%) menos de um salário mínimo. A ausência de renda classificável em 42 formulários (20,5% da base) deve ser considerada ao interpretar as associações socioeconômicas (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das respondentes segundo condições socioeconômicas – Imperatriz (MA), 2026

Característica/categoria	n	%
Renda familiar (n = 163)		
Menos de 1 salário mínimo	11	6,7
1 salário mínimo	69	42,3
2 a 3 salários mínimos	52	31,9
Mais de 3 salários mínimos	31	19,0
Ocupação (n = 201)		

Característica/categoria	n	%
Trabalhadora formal	69	34,3
Trabalhadora autônoma	30	14,9
Dona de casa	50	24,9
Estudante	33	16,4
Desempregada	9	4,5
Aposentada	8	4,0
Outras (empresária, manicure)	2	1,0

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Nota: Renda familiar: n = 163; 42 participantes (20,5% dos 205 formulários) sem faixa classificada. Ocupação: n = 201 (4 ausentes); a resposta “Autônoma” (n = 1) foi agrupada em “Trabalhadora autônoma”, e “Empresária” e “Manicure” (n = 1 cada), em “Outras”.

Em relação à procedência, 167 respondentes (81,5%) informaram Imperatriz (MA), 24 (11,7%) outras localidades ou municípios e 14 (6,8%) não apresentaram identificação municipal suficiente. Entre os 199 registros de bairro ou localidade classificáveis, houve maior concentração nos Três Poderes (n = 28; 14,1%), Nova Imperatriz (n = 22; 11,1%) e Santa Rita (n = 19; 9,5%). Esse perfil expressa a distribuição das mulheres alcançadas pela coleta, sem permitir inferir a distribuição territorial da população feminina do município ou a cobertura assistencial de cada bairro.

Nas características reprodutivas, 151 das 204 mulheres com resposta válida (74,0%) declararam parceiro fixo, 132 das 203 (65,0%) informaram possuir filhos e 12 das 205 (5,9%) estavam gestantes no momento da pesquisa.

O predomínio de determinadas faixas de escolaridade e renda torna relevante considerar as desigualdades sociais na interpretação da utilização dos serviços de saúde. Em inquérito populacional brasileiro, Madeiro e Rufino (2022) observaram maior prevalência de não realização da citologia entre mulheres de menor renda e escolaridade; em São Luís, Oliveira *et al.* (2006) também descreveram associações entre condições sociais e realização do preventivo. Entretanto, diferentemente desses inquéritos, a presente amostra não probabilística não autoriza extrapolar as proporções observadas para todas as mulheres de Imperatriz.

Conhecimento, histórico de realização e temporalidade do exame citopatológico

O exame citopatológico era conhecido por 173 das 205 participantes (84,4%), e 170 das 203 respostas classificáveis (83,7%) indicaram corretamente sua finalidade. Além disso, 178 respondentes (86,8%) consideravam o exame importante; contudo, apenas 128 (62,4%) declararam conhecer a frequência de realização. A diferença entre o reconhecimento da importância do procedimento e a informação sobre sua periodicidade sugere que o contato prévio com o tema não corresponde necessariamente à compreensão suficiente das recomendações preventivas.

Na questão direta sobre a realização do PCCU alguma vez na vida, 156 das 203 respondentes (76,8%) assinalaram resposta positiva e 47 (23,2%) negativa. Segundo o indicador derivado de realização em até três anos, 138 das 192 participantes com resposta classificável (71,9%) relataram exame nesse intervalo e 54 (28,1%) não o relataram (Tabela 3 e Figura 1). Esse indicador expressa um comportamento autorreferido e não deve ser denominado cobertura populacional nem adesão clinicamente adequada, uma vez que a amostra inclui mulheres fora da faixa de rastreamento de rotina e não contempla todos os critérios individuais para indicação e seguimento.

Tabela 3 – Realização do exame citopatológico e utilização dos serviços – Imperatriz (MA), 2026

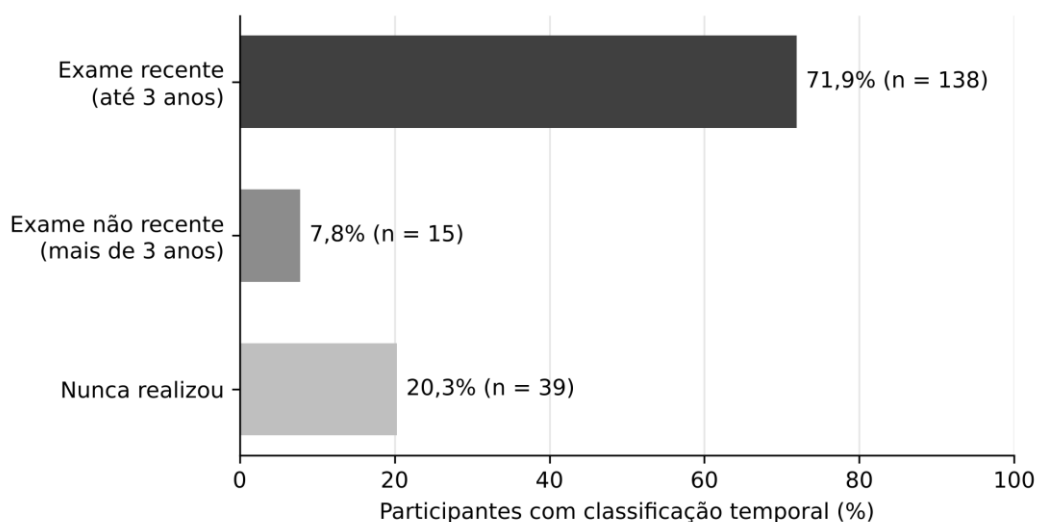
Característica/categoria	n	%
Realização do exame alguma vez (n = 203)		
Sim	156	76,8
Não	47	23,2
Realização relatada nos últimos três anos (n = 192)		
Sim	138	71,9
Não	54	28,1
Orientação recebida na UBS (n = 204)		
Sim	103	50,5
Não	101	49,5
Participação em campanha de saúde (n = 205)		

Característica/categoria	n	%
Sim	72	35,1
Não	133	64,9
Local do último exame (n = 165)		
UBS	100	60,6
Rede privada	50	30,3
Hospital (natureza não informada)	15	9,1

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Nota: Realização alguma vez: n = 203; exame em até três anos: n = 192; orientação UBS: n = 204; campanhas: n = 205; local do último exame: n = 165. O exame em até três anos é relato de comportamento, não confirmação de rastreamento adequado a todas as faixas etárias.

Figura 1 – Distribuição das participantes segundo o tempo desde o último exame citopatológico – Imperatriz (MA), 2026



Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados da pesquisa (2026).

Nota: n = 192 participantes com classificação temporal utilizável: exame recente, n = 138 (71,9%); exame não recente, n = 15 (7,8%); nunca realizou, n = 39 (20,3%). Foram excluídos 13 registros não classificáveis (10 sem informação temporal e 3 com respostas inconsistentes).

Os achados apontam uma distância entre conhecimento e prática que merece atenção da Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo no grupo que declarou nunca ter realizado o exame.

Em estudo com mulheres de 18 a 39 anos, Madeiro e Rufino (2022) identificaram cobertura autorreferida de citologia nos três anos anteriores de 66,5%, embora a diferença de composição amostral impeça comparação direta de prevalências. Maia, Silva e Silva (2024) também destacaram que o conhecimento do Papanicolaou não equivale, necessariamente, à compreensão abrangente sobre HPV e prevenção do câncer do colo do útero. Tais resultados reforçam a relevância de ações educativas que expliquem finalidade, indicação e periodicidade dos procedimentos, e não apenas divulguem sua existência.

A análise deve ser interpretada no contexto da transição das diretrizes brasileiras de rastreamento. Em 2025, o Ministério da Saúde aprovou o rastreamento organizado com testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico, mantendo a possibilidade de utilização da citologia onde a estratégia molecular ainda não estiver implementada (Brasil, 2025). A população-alvo de rotina corresponde, em geral, à faixa de 25 a 64 anos com início da atividade sexual, o que impede classificar automaticamente a ausência de PCCU entre mulheres de 18 a 24 anos como falha de adesão. Adicionalmente, a informação sobre exame em até três anos não comprova o cumprimento de todas as etapas do rastreamento, incluindo acompanhamento de resultados alterados.

Essa distinção é particularmente importante quando os resultados da pesquisa são colocados em diálogo com indicadores administrativos. Ribeiro *et al.* (2025), a partir de registros do Sistema de Informação do Câncer, estimaram cobertura do rastreamento de 35,6% no Brasil entre 2021 e 2023, enquanto Benício *et al.* (2024) analisaram a evolução de um indicador de coleta na APS. Como os estudos utilizam populações, fontes e denominadores diferentes, os respectivos percentuais não devem ser apresentados como diretamente equivalentes aos valores autorreferidos de Imperatriz.

Barreiras individuais e dificuldades organizacionais para o acesso ao PCCU

Entre as 201 respondentes com informação sobre a tentativa de agendamento, 57 (28,4%) relataram não ter conseguido marcar o exame em alguma ocasião, enquanto 144 (71,6%) não registraram essa experiência. Entre as 53 mulheres que especificaram o motivo da dificuldade, a ausência de vagas foi a situação mais frequente ($n = 20$; 37,7%), seguida da incompatibilidade de horário ($n = 9$; 17,0%) e da demora no atendimento ($n = 9$; 17,0%). Também foram mencionadas

a indisponibilidade de profissionais ($n = 8$; 15,1%) e a falta de material na unidade ($n = 7$; 13,2%) (Tabelas 4 e 5).

Tabela 4 – Condições de agendamento e acolhimento na Atenção Básica – Imperatriz (MA), 2026

Condição/categoria	n	%
Tentativa frustrada de agendamento ($n = 201$)		
Sim	57	28,4
Não	144	71,6
Conhecimento do calendário da UBS ($n = 202$)		
Sim	45	22,3
Não	157	77,7
Acolhimento referido ($n = 205$)		
Sim	115	56,1
Às vezes	40	19,5
Não	7	3,4
Nunca procurei	43	21,0

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Nota: Tentativa frustrada de agendamento: $n = 201$; conhecimento do calendário da UBS: $n = 202$; acolhimento: $n = 205$. A categoria “Não” no agendamento foi preservada como resposta negativa e não significa necessariamente que houve tentativa bem-sucedida de marcação.

Tabela 5 – Dificuldades e motivos de não realização do exame citopatológico – Imperatriz (MA), 2026

Motivo relatado	n	%
Motivo informado entre as que relataram dificuldade de agendamento ($n = 53$)		
Não havia vaga	20	37,7
Horário incompatível	9	17,0
Demora no atendimento	9	17,0
Não havia profissional disponível	8	15,1
Falta de material na unidade	7	13,2

Motivo relatado	n	%
Motivo informado entre as que declararam nunca realizar o exame (n = 34)		
Nunca foi solicitado/ofertado	11	32,4
Não sabia da importância do exame	9	26,5
Dificuldade para marcar o exame	3	8,8
Falta de orientação	3	8,8
Falta de tempo	3	8,8
Vergonha	2	5,9
Medo	2	5,9
Ginecologista nunca solicitou	1	2,9

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Nota: Motivos de dificuldade: 53 respostas classificadas entre 57 mulheres com agendamento frustrado (4 ausentes). Motivos de não realização: 34 respostas classificadas entre 47 que declararam nunca realizar o exame (13 ausentes). As porcentagens são calculadas em cada subgrupo, não sobre 205.

Essas respostas evidenciam entraves na experiência de acesso que vão além da decisão individual de procurar o serviço. Problemas de agenda, horários e disponibilidade de recursos podem dificultar a concretização de uma intenção preventiva, mesmo entre mulheres que reconhecem a importância do exame. Theodoro, Timoteo e Camiá (2016), em pesquisa com usuárias de uma UBS de São Paulo, identificaram dificuldades de agendamento e falta de tempo entre os obstáculos mais relatados. Fernandes *et al.* (2021), ao analisar o controle do câncer do colo do útero no interior do Nordeste, também apontaram fragilidades na organização do rastreamento e na articulação da rede assistencial. As semelhanças são de natureza temática, não de magnitude estatística, dadas as diferenças entre instrumentos e populações.

Entre as 47 participantes que declararam nunca ter realizado o exame, 34 forneceram um motivo classificável. Destacaram-se a ausência de solicitação ou oferta (n = 11; 32,4% das 34 respostas) e o desconhecimento da importância do PCCU (n = 9; 26,5%); outras justificativas incluíram falta de orientação, dificuldade para marcar, falta de tempo, medo e vergonha. A frequência dessas respostas sugere a coexistência de barreiras informacionais e organizacionais,

mas não permite hierarquizá-las para toda a amostra, visto que 13 mulheres do subgrupo não apresentaram motivo classificável.

A revisão de Mendes *et al.* (2026) reúne evidências nacionais de que características sociodemográficas, aspectos culturais, dificuldades dos serviços e atuação profissional estão relacionados à não realização do preventivo. No presente estudo, a ausência de oferta relatada por parte das mulheres sinaliza que as estratégias de cuidado devem considerar tanto a iniciativa individual quanto a responsabilidade dos serviços pela identificação e pelo convite oportuno das usuárias elegíveis.

Acolhimento, orientação profissional e organização da Atenção Básica

A orientação sobre o exame na UBS foi relatada por 103 das 204 mulheres com informação válida (50,5%); as outras 101 (49,5%) não referiram essa orientação. A participação em campanhas foi mencionada por 72 das 205 respondentes (35,1%), enquanto 133 (64,9%) não haviam participado. Além disso, 157 das 202 participantes (77,7%) afirmaram não conhecer o calendário de realização do PCCU na UBS.

No que se refere ao acolhimento, 115 das 205 respondentes (56,1%) afirmaram ter sido bem acolhidas, 40 (19,5%) responderam “às vezes”, sete (3,4%) responderam negativamente e 43 (21,0%) relataram nunca ter procurado atendimento. A inclusão desta última categoria é essencial: ela representa ausência de experiência de atendimento e não pode ser interpretada como avaliação negativa do acolhimento.

A baixa divulgação percebida do calendário, associada à participação relativamente restrita em campanhas, sugere espaço para aperfeiçoar os processos de comunicação e aproximação das equipes com as usuárias. Ferreira *et al.* (2022), em estudo com profissionais da Estratégia Saúde da Família, identificaram lacunas de conhecimento e práticas de prevenção, ressaltando a necessidade de educação permanente. Fernandes *et al.* (2021) também destacaram a importância do vínculo entre profissionais e mulheres para o controle do câncer do colo do útero. À luz desses estudos, os resultados de Imperatriz sustentam a pertinência de ampliar a informação sobre fluxos, horários e critérios de rastreamento.

Como implicações para a prática, podem ser consideradas a divulgação sistemática dos dias de coleta, a revisão da disponibilidade de vagas, a oferta de horários compatíveis com as atividades das usuárias e a busca ativa de pessoas elegíveis que não estejam em

acompanhamento. São proposições derivadas das dificuldades descritas, e não intervenções cuja efetividade tenha sido avaliada neste estudo.

Renda, escolaridade, agendamento e utilização da rede privada

O último local de realização do exame foi informado por 165 respondentes: 100 (60,6%) referiram uma UBS, 50 (30,3%) a rede privada e 15 (9,1%) um hospital cuja natureza pública ou privada não foi identificada (Tabela 3). Para os testes de associação relativos à escolha entre UBS e rede privada, os registros classificados apenas como hospital foram excluídos dessa comparação, assim como aqueles sem informação aplicável sobre o local.

Observou-se associação entre renda familiar e local do último exame (teste exato de Fisher, $p = 0,012$; V de Cramér = 0,294; $n = 126$). Entre as mulheres com renda superior a três salários mínimos, 14 de 23 (60,9%) realizaram o último PCCU na rede privada, ao passo que, entre aquelas com renda de um salário mínimo, 12 de 54 (22,2%) relataram essa utilização. O achado indica diferenças no padrão de utilização dos serviços entre estratos econômicos da amostra, sem demonstrar, por si só, que o acesso à rede privada tenha provocado maior realização ou melhor seguimento do rastreamento.

A escolaridade apresentou associação ainda mais acentuada com o local do exame (teste exato de Fisher, $p < 0,001$; V de Cramér = 0,482; $n = 149$). Entre as mulheres com ensino superior ou mais, 31 de 46 (67,4%) relataram o último PCCU na rede privada; a proporção foi de 14 em 67 (20,9%) no ensino médio e de cinco em 36 (13,9%) no grupo com ensino fundamental ou menos. Além disso, renda e escolaridade estiveram associadas entre si (Fisher por simulação de Monte Carlo, $p < 0,001$; V de Cramér = 0,381; $n = 162$), indicando que não devem ser tratadas como fatores independentes sem análise ajustada (Tabelas 6 e 7).

Tabela 6 – Local do último exame (UBS ou rede privada) segundo renda, escolaridade e tentativa frustrada de agendamento – Imperatriz (MA), 2026

Característica/categoria	UBS n (%)	Privada n (%)	Total n
Renda familiar (n = 126) – Fisher p = 0,012; V = 0,294			
Menos de 1 SM	6 (66,7)	3 (33,3)	9
1 SM	42 (77,8)	12 (22,2)	54

Característica/categoria	UBS n (%)	Privada n (%)	Total n
2 a 3 SM	27 (67,5)	13 (32,5)	40
Mais de 3 SM	9 (39,1)	14 (60,9)	23
Total	84 (66,7)	42 (33,3)	126
Escolaridade (n = 149) – Fisher p < 0,001; V = 0,482			
Fundamental ou menos	31 (86,1)	5 (13,9)	36
Ensino médio	53 (79,1)	14 (20,9)	67
Superior ou mais	15 (32,6)	31 (67,4)	46
Total	99 (66,4)	50 (33,6)	149
Tentativa frustrada de agendamento (n = 148) – Fisher p = 1,000; V = 0,007			
Não	64 (66,7)	32 (33,3)	96
Sim	35 (67,3)	17 (32,7)	52
Total	99 (66,9)	49 (33,1)	148

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Nota: Percentuais por linha, com denominadores diferentes em cada bloco; n = 126, 149 e 148. A comparação exclui registros sem local/classificação e hospitais de natureza não informada. χ^2 de Pearson: renda $\chi^2(3) = 10,9$, p = 0,013; escolaridade $\chi^2(2) = 34,7$, p < 0,001; agendamento frustrado $\chi^2(1) = 0,00626$, p = 0,937. V = V de Cramér; associação não implica causalidade nem comprova que a dificuldade de agendamento levou à procura pela rede privada.

Tabela 7 – Distribuição da renda familiar segundo escolaridade – Imperatriz (MA), 2026

Escolaridade	< 1 SM	1 SM	2-3 SM	> 3 SM	Total n
Fundamental ou menos	4 (12,1)	22 (66,7)	6 (18,2)	1 (3,0)	33
Ensino médio	6 (7,8)	37 (48,1)	28 (36,4)	6 (7,8)	77
Superior ou mais	1 (1,9)	10 (19,2)	17 (32,7)	24 (46,2)	52
Total	11 (6,8)	69 (42,6)	51 (31,5)	31 (19,1)	162

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Nota: n = 162 mulheres com as duas variáveis válidas. Cada célula apresenta n (% por linha); a coluna Total apresenta somente n. $\chi^2(6) = 47,0$, p < 0,001; teste de Fisher por simulação de Monte Carlo p < 0,001; V de Cramér = 0,381. SM = salário mínimo.

Esses resultados dialogam com a literatura que reconhece a participação das condições socioeconômicas no acesso ao cuidado preventivo. Azevedo e Silva *et al.* (2022) apontaram desigualdades regionais e sociais nas ações de controle do câncer do colo do útero; Madeiro e Rufino (2022) associaram menor renda e escolaridade à não realização do exame. A comparação, entretanto, exige prudência: esses trabalhos estudaram cobertura ou não realização, enquanto os cruzamentos de Imperatriz analisaram o local do último exame entre mulheres com informação válida sobre a rede utilizada. Não se pode inferir que uma maior proporção de usuárias na rede privada corresponda a maior adesão ao rastreamento.

Em contraste, não foi identificada associação estatisticamente significativa entre tentativa frustrada de agendamento e local do último exame (Fisher, $p = 1,000$; $n = 148$). A proporção de uso da rede privada foi semelhante entre as mulheres sem relato de tentativa frustrada (32/96; 33,3%) e aquelas com esse relato (17/52; 32,7%). Tampouco houve evidência de associação entre dificuldade de agendamento e escolaridade (Fisher, $p = 0,445$; $n = 199$), renda (Fisher, $p = 0,547$; $n = 160$) ou faixa etária (Fisher, $p = 0,174$; $n = 198$) (Tabelas 6 e 8). A ausência de significância não equivale a demonstrar igualdade de acesso entre os grupos; indica apenas que os dados disponíveis não forneceram evidência estatística suficiente para essas associações nos testes aplicados.

Tabela 8 – Tentativa frustrada de agendamento do PCCU segundo faixa etária, renda e escolaridade – Imperatriz (MA), 2026

Característica/categoria	Não n (%)	Sim n (%)	Total n
Faixa etária (n = 198) – Fisher p = 0,174; V = 0,187			
18 a 24 anos	26 (76,5)	8 (23,5)	34
25 a 34 anos	48 (67,6)	23 (32,4)	71
35 a 44 anos	28 (70,0)	12 (30,0)	40
45 a 54 anos	26 (86,7)	4 (13,3)	30
55 a 64 anos	12 (57,1)	9 (42,9)	21
65 anos ou mais	1 (50,0)	1 (50,0)	2
Total	141 (71,2)	57 (28,8)	198
Renda familiar (n = 160) – Fisher p = 0,547; V = 0,115			

Característica/categoria	Não n (%)	Sim n (%)	Total n
Menos de 1 SM	7 (63,6)	4 (36,4)	11
1 SM	50 (72,5)	19 (27,5)	69
2 a 3 SM	32 (62,7)	19 (37,3)	51
Mais de 3 SM	22 (75,9)	7 (24,1)	29
Total	111 (69,4)	49 (30,6)	160
Escolaridade (n = 199) – Fisher p = 0,445; V = 0,088			
Fundamental ou menos	28 (65,1)	15 (34,9)	43
Ensino médio	67 (72,0)	26 (28,0)	93
Superior ou mais	48 (76,2)	15 (23,8)	63
Total	143 (71,9)	56 (28,1)	199

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Nota: Percentuais por linha, separados por variável (n = 198, 160 e 199). χ^2 de Pearson: idade $\chi^2(5) = 6,90$, p = 0,228; renda $\chi^2(3) = 2,11$, p = 0,550; escolaridade $\chi^2(2) = 1,55$, p = 0,460. Valores principais de p apresentados nos subtítulos dos blocos correspondem ao teste exato de Fisher. Na idade há frequências esperadas pequenas (65 anos ou mais). Nenhum dos três cruzamentos apresentou evidência de associação estatística ao nível de 5%.

Embora as mulheres de 55 a 64 anos tenham apresentado proporção descritivamente maior de dificuldade de agendamento (9/21; 42,9%) do que as de 45 a 54 anos (4/30; 13,3%), o teste global por faixa etária não foi significativo. Além disso, a faixa de 65 anos ou mais reuniu somente duas respostas no cruzamento, comprometendo a precisão de comparações pontuais. Essa variação deve, portanto, ser tratada como descritiva e exploratória, sem atribuir diferença estatística entre as faixas.

Em conjunto, os resultados sugerem uma estratificação socioeconômica dos locais de realização da citologia, mas não sustentam a hipótese específica de que a tentativa frustrada de agendamento explique a escolha da rede privada. O delineamento transversal, a ausência de informação sobre a sequência temporal das experiências e a correlação entre renda e escolaridade limitam interpretações causais.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta limitações. A amostra, não probabilística e recrutada em UBS, tende a incluir mulheres com maior contato com os serviços, o que pode superestimar o conhecimento e a realização do exame em relação ao conjunto da população feminina do município. As informações foram autorreferidas e estão sujeitas a viés de memória e de desejabilidade social, sobretudo quanto ao tempo desde o último exame. A inclusão de mulheres a partir de 18 anos, fora da faixa-alvo do rastreamento, impede interpretar a realização em até três anos como cobertura. Houve perda de informação em algumas variáveis, especialmente na renda (20,5% sem classificação), e as análises foram bivariadas, sem controle de fatores de confusão. Por fim, o questionário foi elaborado pelas pesquisadoras, o que limita a comparação com estudos que utilizaram instrumentos validados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo caracterizou o conhecimento, as práticas e as barreiras relacionadas ao exame citopatológico do colo do útero entre mulheres atendidas em UBS de Imperatriz (MA). A maioria das participantes conhecia o exame e reconhecia sua finalidade e importância, mas parcela expressiva desconhecia a periodicidade recomendada, e cerca de um quinto das mulheres com informação classificável nunca o havia realizado. Esses resultados indicam que o conhecimento sobre o PCCU, embora difundido, não se converte integralmente em prática preventiva regular.

As dificuldades relatadas concentraram-se sobretudo na organização dos serviços: falta de vagas, incompatibilidade de horários, indisponibilidade de profissionais e de material, desconhecimento do calendário de coleta e ausência de solicitação ou oferta do exame. Assim, a ampliação do rastreamento não depende apenas da iniciativa individual das mulheres, mas também da capacidade da Atenção Primária de convidar, acolher e acompanhar a população elegível.

A associação entre renda, escolaridade e local de realização do último exame evidenciou uma estratificação socioeconômica na utilização das redes pública e privada, sem que a dificuldade de agendamento explicasse a procura pela rede privada. Esse achado reforça o papel

da UBS como principal via de acesso ao exame para mulheres de menor renda e escolaridade e a necessidade de considerar as desigualdades sociais no planejamento das ações preventivas.

Recomenda-se que os serviços priorizem a divulgação sistemática dos dias de coleta, a ampliação e a flexibilização dos horários, a garantia de insumos e de profissionais e a busca ativa das mulheres elegíveis, articulando essas medidas a ações educativas que expliquem a finalidade, a indicação e a periodicidade do rastreamento, inclusive no contexto de implementação do teste DNA-HPV. Estudos futuros com amostragem probabilística, análise multivariável e seguimento longitudinal poderão estimar a cobertura municipal, controlar fatores de confusão e avaliar o efeito de intervenções educativas e organizacionais sobre a realização do rastreamento.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO E SILVA, Gulnar *et al.* Avaliação das ações de controle do câncer de colo do útero no Brasil e regiões a partir dos dados registrados no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 7, e00041722, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT041722>. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-311X2022000705003. Acesso em: 10 out. 2026.

BENÍCIO, Laura Bassoli Baldiotti *et al.* Análise descritiva do indicador de cobertura do exame de citopatológico no Brasil: um estudo de 2018 a 2023. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 28, e20240072, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0072pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/RMtX7TGfZpK843w4CNRJN9C/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 112, p. 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 29 de julho de 2025**. Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero: Parte I – Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Saes/2025/poc0013_18_08_2025.html. Acesso em: 10 out. 2026.

FERNANDES, Noêmia Fernanda Santos *et al.* Desafios para prevenção e tratamento do câncer cervicouterino no interior do Nordeste. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 38, e0144, 2021. DOI: <https://doi.org/10.20947/So102-3098a0144>. Disponível em: <https://rebeb.org.br/revista/article/view/1599>. Acesso em: 10 out. 2026.

FERREIRA, Márcia de Castro Martins *et al.* Detecção precoce e prevenção do câncer do colo do útero: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da ESF. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2291-2302, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.17002021>. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232022000602291. Acesso em: 10 out. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2023**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>. Acesso em: 14 out. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Versão para população**. Rio de Janeiro: INCA, 2022b. Página sobre câncer do colo do útero, atualizada em 6 jul. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/colo-do-utero/versao-para-populacao>. Acesso em: 10 out. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Manual de apoio à implementação do teste DNA-HPV para gestores do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2025. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/17510/3/Manual%20DNA%20HPV.pdf>. Acesso em: 10 out. 2026.

MADEIRO, Alberto; RUFINO, Andréa Cronemberger. Cobertura e fatores associados à não realização do exame citopatológico do colo do útero entre mulheres brasileiras de 18 a 39 anos. **Journal of Health & Biological Sciences**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 1-9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v10i1.3521.p1-9.2022>. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3521>. Acesso em: 10 out. 2026.

21

MAIA, Carla Jardim; SILVA, Licínio Esmeraldo da; SILVA, André Ricardo Araujo da. Conhecimento de mulheres sobre o HPV e sua relação com o câncer do colo do útero. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 26, e64673, 2024. DOI: <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2024v26a3>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/64673>. Acesso em: 10 out. 2026.

MENDES, Iza Belle Rodrigues *et al.* Fatores associados a não realização do exame preventivo do câncer de colo de útero no Brasil: a busca por evidências científicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, e19452023, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232026314.19452023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4wysrjd4LmjkQ8VMNmvZQgd/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2026.

OLIVEIRA, Márcia Maria Hiluy Nicolau de *et al.* Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 325-334, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2006000300007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n3/o6.pdf>. Acesso em: 10 out. 2026.

RIBEIRO, Caroline Madalena *et al.* Rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil: análise da cobertura a partir do Sistema de Informação do Câncer. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 8, e00152224, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT152224>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-311X2025000801406. Acesso em: 10 out. 2026.

SANTOS, Rafael de Lima *et al.* Estratégias de educação em saúde para aumentar a adesão das mulheres ao exame de Papanicolau. **Archives of Health Investigation**, [S. l.], v. 13, n. 9, p. 2889-2896, 2024. DOI: <https://doi.org/10.21270/archi.v13i9.6448>. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.emnuvens.com.br/ArcHI/article/view/6448>. Acesso em: 10 out. 2026.

THEODORO, Milena Gouvea; TIMOTEO, Alessandra Costa; CAMIÁ, Gislaine Eiko Kuahara. Fatores que dificultam a adesão das mulheres ao exame de Papanicolau. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 166-172, 2016. DOI: <https://doi.org/10.52753/bis.v17i2.35337>. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/35337>. Acesso em: 10 out. 2026.

THE JAMOVİ PROJECT. **jamovi**. Versão 2.7. Sydney, 2025. Software. Disponível em: <https://www.jamovi.org>. Acesso em: 14 out. 2026.