



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – DEENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**USO DO MODELO SOCIAL ECOLÓGICO NO CONTEXTO DA PREVENÇÃO DO
CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: REVISÃO DE ESCOPO**

SÃO LUÍS – MA

2024

LÍGIA GABRYELLE DA SILVA LOUZA

**USO DO MODELO SOCIAL ECOLÓGICO NO CONTEXTO DA PREVENÇÃO DO
CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: REVISÃO DE ESCOPO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, Campus São Luís, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Luziene de Sousa Gomes

SÃO LUÍS – MA

2024

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

da Silva Louza, Ligia Gabryelle.

USO DO MODELO SOCIAL ECOLÓGICO NO CONTEXTO DA PREVENÇÃO
DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: REVISÃO DE ESCOPO / Ligia
Gabryelle da Silva Louza. - 2024.

114 p.

Orientador(a): Maria Luziene de Sousa Gomes.

Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís Ma, 2024.

1. Neoplasias do Colo do Útero. 2. Modelo Social
Ecológico. 3. Prevenção & Controle. 4. Promoção da
Saúde. I. de Sousa Gomes, Maria Luziene. II. Título.

LÍGIA GABRYELLE DA SILVA LOUZA

**USO DO MODELO SOCIAL ECOLÓGICO NO CONTEXTO DA
PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: REVISÃO DE ESCOPO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Luziene de Sousa Gomes

Aprovado em: _____ de _____ de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Luziene de Sousa Gomes (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Profa. Dra. Eremita Val Rafael (1º membro)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Profa. Ma. Jaiza Sousa Penha (2º membro)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Profa. Dra. Janielle Ferreira de Brito Lima (1º suplente)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Profa. Ma. Milka Borges da Silva (2º suplente)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

*Lancem sobre ele toda a sua ansiedade, porque
ele tem cuidado de vocês. I Pedro 5:7*
(Bíblia Sagrada)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, em primeiro lugar, por Seu cuidado, direcionamento e sustento mesmo em meio às dificuldades e anseios. Por estar comigo, me ajudando a superar as barreiras ao longo desses anos e prosseguir com fé, dia a dia, confiando em Seu imenso amor por mim.

Aos meus pais, **José Maria Louza Silva e Gizeuda da Silva Louza**, por serem minha base, independentemente das dificuldades geográficas, emocionais, financeiras ou de saúde, sempre pacientes, amorosos, amigos, conselheiros e financiadores da realização desse e de vários outros sonhos sem medir esforços, unicamente por amor.

Ao meu noivo, **Samuel Jordão**, por sempre me apoiar, incentivar e buscar meios para que meus sonhos se realizem; por me proporcionar sorrisos, abraços, aconchego e amor nessa intensa jornada, transformando os dias mais comuns em lindas canções de verão.

Aos meus irmãos: **Marcus**, por adotar um gato e me fazer rir mesmo cansada e longe de casa; **Guilherme**, por sua amizade, companheirismo e incentivo a uma vida saudável; **Jenilson**, por me apoiar sempre e me proporcionar momentos de alegria; e **Huandrey**, por me incentivar a ser alguém melhor.

Aos meus amigos, **Isabela Santos e Marcos Queiroz** que conheci no ensino fundamental, e até hoje fazem parte da minha vida me trazendo alegria, paz e umas boas risadas, com amor e colo; **Ana Carolina, Carla Letícia, Carolina Tágila, Larissa Sousa, Laura Marques, Letícia Cutrim, Luzineide Costa e Vanessa Dias**, por trazerem paz e alegria aos meus dias de universitária, formando uma “força tarefa” na reta final do curso, se apoiando, motivando e formando uma amizade para além dos limites acadêmicos. **Nayra e Kamyly** por me proporcionarem alegria, aconchego e momentos de prazer.

À **Profa. Dra. Maria Luziene de Sousa Gomes** por seu empenho, conhecimento, profissionalismo e amor pelo ensino, sempre disposta a fazer o melhor e obter resultados à altura daquilo que produz com tanta maestria.

Ao meu gatinho, carinhosamente batizado de “**Acerola**” por minha mãe, obrigada por ser minha companhia física de todos os dias nos momentos mais difíceis e solitários longe de casa.

E a todos aqueles que se fazem/fizeram presentes na minha vida, que não foram nominalmente citados, mas têm parte importante na minha jornada, meu muito obrigada!

RESUMO

Introdução: O Câncer de Colo de Útero (CCU) é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo, no entanto o acesso aos serviços de detecção precoce e tratamento limitado e apresenta várias limitações. O CCU consiste em um problema de saúde pública que surge a partir de fatores ambientais, individuais e sociais. Nesse sentido, o Modelo Social Ecológico (MSE) pode ser aplicado para identificar estratégias eficazes no planejamento das ações para cada nível abordado. **Objetivo:** Analisar as evidências disponíveis sobre o uso do MSE no contexto de prevenção do CCU. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de escopo realizada de acordo com as recomendações do Instituto Joanna Briggs e PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR). Uma busca sistemática na literatura foi realizada no dia 15 de setembro de 2024, sem restrições de idioma e ano de publicação. As bases de dados pesquisadas foram: MEDLINE/PubMed, Web of Science, SCOPUS, CINAHL, Cochrane, EMBASE, PsycINFO e LILACS. A consulta em fontes não indexadas ocorreu no Google Scholar, BDTD, CTD-CAPEs), ProQuest Dissertations and Thesis e OADT. O protocolo da revisão foi registrado na plataforma Open Science Framework (OSF) sob registro: DOI 10.17605/OSF.IO/7C3ZT. **Resultados:** Foram identificados 1506 registros, após a análise, apenas n = 63 foram elegíveis para inclusão na revisão. Dos 63 estudos incluídos nesta revisão de escopo, 58 (92,0%) estudos abordaram os fatores no nível intrapessoal, 55 (87,3%) o nível interpessoal, 46 (73,0%) o nível organizacional, 43 (68,2%) o nível comunitário e 30 (47,6%) o nível de política pública. Os níveis de prevenção mais abordados incluíram a vacinação contra o HPV (57,1%), o rastreamento (39,6%) e o tratamento (11,1%). As principais barreiras identificadas foram o conhecimento limitado, a baixa escolaridade, o status socioeconômico, o medo, a ausência de recomendação médica, os custos, a falta de seguro saúde, normas e valores sociais e preocupações, quanto aos principais facilitadores obtivemos o conhecimento, o maior nível educacional, recomendação do provedor, o apoio e influência sociais, a confiança, o financiamento e a disponibilidade e acesso a serviços. **Conclusão:** A maioria das pesquisas disponíveis concentrou-se em parâmetros nos níveis individual e interpessoal, especialmente no contexto da vacinação contra o HPV. Uma lacuna destacada pelos resultados foi o número reduzido de estudos que abordaram o nível de políticas. Compreender as barreiras e facilitadores da vacinação, rastreamento e tratamento do CCU em relação aos níveis do MSE é essencial para identificar estratégias eficazes, promover a equidade no acesso aos serviços de saúde e aprimorar os resultados relacionados à prevenção e controle do CCU.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero. Modelo Social Ecológico. Prevenção & Controle. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Cervical Cancer (CC) is the fourth most common type of cancer among women in the world, however, access to early detection and treatment services is limited and has several limitations. CC is a public health problem that arises from environmental, individual and social factors. In this sense, the Social Ecological Model (SEM) can be applied to identify effective strategies in planning actions for each level addressed. **Objective:** To analyze the available evidence on the use of SEM in the context of CC prevention. **Methodology:** This is a scoping review carried out in accordance with the recommendations of the Joanna Briggs Institute and PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR). A systematic literature search was carried out on September 15, 2024, with no restrictions on language and year of publication. The databases searched were: MEDLINE/PubMed, Web of Science, SCOPUS, CINAHL, Cochrane, EMBASE, PsycINFO and LILACS. Non-indexed sources were consulted on Google Scholar, BDTD, CTD-CAPES), ProQuest Dissertations and Thesis, and OADT. The review protocol was registered on the Open Science Framework (OSF) platform under registration: DOI 10.17605/OSF.IO/7C3ZT. **Results:** A total of 1506 records were identified; after analysis, only n = 63 were eligible for inclusion in the review. Of the 63 studies included in this scoping review, 58 (92.0%) studies addressed factors at the intrapersonal level, 55 (87.3%) at the interpersonal level, 46 (73.0%) at the organizational level, 43 (68.2%) at the community level, and 30 (47.6%) at the public policy level. The most frequently addressed prevention levels included HPV vaccination (57.1%), screening (39.6%), and treatment (11.1%). The main barriers identified were limited knowledge, low education, socioeconomic status, fear, lack of medical advice, costs, lack of health insurance, social norms and values, and concerns. The main facilitators were knowledge, higher educational level, provider recommendation, social support and influence, trust, financing, and availability and access to services. **Conclusion:** Most of the available research has focused on parameters at the individual and interpersonal levels, especially in the context of HPV vaccination. A gap highlighted by the results was the reduced number of studies that addressed the policy level. Understanding the barriers and facilitators of CC vaccination, screening, and treatment in relation to MSE levels is essential to identify effective strategies, promote equity in access to health services, and improve outcomes related to CC prevention and control.

Keywords: Cervical Cancer. Socioecological Model. Prevention & Control. Health Promotion

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características dos estudos incluídos (n=63). São Luís, MA, Brasil, 2024.....	30
Tabela 2 -	Barreiras e facilitadores para a vacinação contra o HPV, rastreio e tratamento do CCU.....	33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Estrutura de População, Interesse e Contexto. São Luís, MA, Brasil, 2024.....	20
Quadro 2 -	Estratégia de busca utilizada nas bases de dados. São Luís, MA, Brasil, 2024.....	22
Quadro 3 -	Estratégia de busca utilizada na literatura cinza. São Luís, MA, Brasil, 2024.....	24

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelo Social Ecológico de McLeroy.....	27
Figura 2 -	Níveis de prevenção ao Câncer de Colo de Útero.....	27
Figura 3 -	Fluxograma de busca conforme as recomendações do PRISMA.....	29
Figura 4 -	Diagrama de Venn do número de artigos por nível(is) MSE abordado(s).....	32

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
CA	Câncer
CCU	Câncer do Colo do Útero
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	<i>Human Papillomavirus</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
MSE	Modelo Social Ecológico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS.....	19
2.1. OBJETIVO GERAL	19
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3. METODOLOGIA.....	20
3.1. TIPO DE ESTUDO	20
3.2. QUESTÃO DE PESQUISA	20
3.3. ESTRATÉGIA DE BUSCA.....	22
3.4. ELEGIBILIDADE	25
3.5. SELEÇÃO DE ARTIGOS.....	26
3.6. EXTRAÇÃO DE DADOS.....	26
3.7. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	28
3.8. ASPECTOS ÉTICOS	28
4. RESULTADOS.....	29
4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS	29
4.2. NÍVEIS DO MSE	31
4.3. BARREIRAS E FACILITADORES	33
5. DISCUSSÃO.....	56
6. CONCLUSÃO.....	60
REFERÊNCIAS.....	62
APÊNDICES	68
APÊNDICE A – FORMULÁRIO EXTRAÇÃO DE DADOS.....	69
ANEXOS	110
ANEXO 1 - NORMAS DA REVISTA PREVENTIVE MEDICINE.....	111

1. INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero (CCU) se trata de uma neoplasia intraepitelial cervical (NIC) resultante da alteração celular na zona de transformação do colo do útero, em que 99% dos casos relacionam-se à infecção persistente pelo papiloma vírus humano (HPV), sendo este transmitido, principalmente, por meio de contato sexual (Wassie et al., 2024; WHO, 2021). O HPV possui mais de 100 tipos, com 12 deles considerados oncogênicos, sendo os tipos 16 e 18 os causadores de aproximadamente 70% das lesões pré-cancerígenas que, se não houver identificação, confirmação e tratamento das mesmas, podem evoluir ao CCU (Wassie et al., 2024; INCA, 2022).

O CCU é o quarto tipo de câncer (CA) mais comum entre as mulheres no mundo, com aproximadamente 604 mil novos casos no ano de 2020, o equivalente a 6,5% dos novos casos de CA em mulheres; sua incidência pode ser associada à desigualdade social, uma vez que sua prevalência é maior em países de baixa e média renda, frequentemente observados em países da África Subsaariana, Melanésia, América do Sul e Sudeste Asiático, sendo o segundo mais incidente em países com o índice de desenvolvimento humano (IDH) baixo ou médio (18,8 por 100 mil) (Wassie et al., 2024; WHO, 2021; INCA, 2022; Ferreira; Vale; Barros, 2024). No Brasil o CCU é considerado o terceiro tipo de CA com maior incidência em mulheres, sendo o segundo mais incidente nas Regiões Norte e Nordeste do país. No mundo, cerca de 342 mil mulheres morreram devido ao CCU no ano de 2020, já no Brasil, a taxa de mortalidade por CCU foi de 6,12 mortes a cada 100 mil mulheres (WHO, 2021; INCA, 2022).

O acesso aos serviços de detecção precoce e tratamento na maioria dos países de baixa e média renda é precário, favorecendo, assim, o alto número de taxa de mortalidade, para tal, há a necessidade da prevenção ao CCU, e esta deve ser realizada de forma multidisciplinar por meio de educação, mobilização, vacinação, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos. Desta forma, é possível compreender os níveis de prevenção, sendo elas: primária (vacinação contra o HPV, cessação do tabagismo, educação sexual, uso de preservativos e a circuncisão masculina), secundária (Papanicolaou e teste de HPV) e terciária (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e cuidado paliativo) (OPAS, 2013).

Por meio da Lei nº 6.259/75, foi instituído no Brasil o Programa Nacional de Imunizações (PNI), com a finalidade de direcionar o Ministério da Saúde (MS) à coordenação e apoio às vacinações através da execução do programa (Brasil, 1975). A incorporação da vacinação contra o HPV no Sistema Único de Saúde (SUS) deu-se após a tomada de decisão

pelo MS por meio da verificação de dados epidemiológicos, assistenciais e de custos relacionados ao CCU, apresentando-se como uma vacina custo-efetiva (Ministério da Saúde, 2013a). Desta forma, a inclusão da vacina quadrivalente recombinante contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do HPV somente foi realizada, no âmbito do SUS, através da Portaria nº 54 no ano de 2013, e iniciada a campanha de vacinação no ano de 2014 (Brasil, 2013; Ministério da Saúde, 2013b; Ministério da Saúde, 2016).

No ano de 2014, a população alvo da vacinação contra o HPV era meninas entre 11 e 13 anos, sendo ofertada em 3 doses (0, 2 e 6 meses). Em 2023 o MS expandiu o público-alvo da vacinação para vítimas de abuso sexual, imunossuprimidos, pessoas que vivem com Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), transplantados de medula óssea ou órgãos sólidos e pacientes oncológicos de 9 a 45 anos (Ministério da Saúde, 2013; Ministério da Saúde, 2023). A Nota Técnica nº 41/24 trouxe atualizações às recomendações da vacinação, apresentando a adoção da dose única da vacina para meninos e meninas de 9 a 14 anos (Ministério da Saúde, 2024).

A persistência da relevância epidemiológica do CCU no Brasil trouxe, em 2011, a priorização do controle do CCU por meio de ações para o fortalecimento à prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, sendo publicadas as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, e em 2014 definiu-se o rol mínimo de exames necessários ao diagnóstico (Ministério da Saúde, 2016). O MS definiu que, no Brasil, o exame citopatológico deve ser realizado em mulheres de 25 a 64 anos, com intervalo anual e, após dois exames anuais sequencialmente negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos (Ministério da Saúde, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou como estratégia para a eliminação do CCU como problema de saúde pública as seguintes metas a serem alcançadas até o ano de 2030: prevenção primária: 90% das meninas vacinadas contra o HPV antes dos 15 anos, por se tratar de uma profilaxia eficaz a um grupo de cepas com maior grau de desenvolvimento do CCU pelo HPV; prevenção secundária: examinar 70% das mulheres elegíveis através de um teste de alta precisão por, pelo menos, duas vezes na vida – antes dos 35 anos e novamente antes dos 45 anos; prevenção terciária: 90% das mulheres diagnosticadas com lesões pré-cancerosas e com CCU recebam o tratamento (Wassie et al., 2024; WHO, 2021; INCA, 2022; WHO, 2020).

Problemas de saúde pública como o CCU, resultam de fatores ambientais, individuais e sociais, dessa forma o Modelo Social Ecológico (MSE) pode ser utilizado com o intuito de identificar estratégias que auxiliem na programação da promoção à saúde (Mittal et al., 2023).

O MSE consiste em uma teoria de multiníveis que auxilia na identificação da interação do indivíduo com o ambiente e o modo como os fatores de risco e proteção influenciam e oferecem pontos de intervenção a comportamentos e resultados de saúde (Denison et al., 2024).

O MSE de promoção à saúde é uma variante da teoria ecológica de Urie Bronfenbrenner. O modelo de Bronfenbrenner em sua estrutura conceitual, direciona o comportamento aos determinantes ambientais e individuais; analisando o comportamento que afeta e é afetado pelo ambiente social em múltiplos níveis com influências do microsistema – que considera as relações interpessoais experienciadas em um determinado ambiente, envolvendo-a em influências “face a face”-, mesossistema – considerando as inter-relações entre dois ou mais ambientes-, exossistema – que compreende o ambiente ao qual o indivíduo em questão não é participante ativo-, e o macrosistema que abrange os demais ambientes considerando crenças e valores por meio de interconexões micro e macro que diferenciam o meio cultural e político (McLeroy et al., 1988; Martins; Szymanski 2004).

O MSE de promoção à saúde de McLeroy propõe o ambiente de desenvolvimento como um sistema que expande camada a camada, e que cada uma destas terá impacto no crescimento e desenvolvimento do indivíduo, sendo, portanto, o comportamento determinado por cinco níveis de influência, sendo eles: intrapessoais/individuais - características individuais, pertencentes ao indivíduo; interpessoais - grupos primários com redes e sistemas de apoio social; institucionais/organizacionais - instituições sociais de características organizacionais; comunitários - relações entre organizações e instituições; e políticas - leis e políticas em todos os níveis governamentais (McLeroy et al., 1988).

Por meio dos níveis de influência é possível compreender possíveis intervenções no âmbito da promoção à saúde, tais como: a realização de programas educacionais e incentivos organizacionais que tenham como alvo as características do indivíduo e influência às suas atitudes, considerando o histórico de desenvolvimento, atitudes, comportamentos, habilidades e conhecimentos - nível individual/intrapessoal-; a facilitação de mudança de comportamento individual por meio de influências sociais através redes de sistema de apoio - nível interpessoal-; o apoio social a mudanças comportamentais sob influência de sistemas e instituições com características organizacionais administrativas regras e regulamentação operacional por meio de programas - nível institucional-; a participação de instituições a nível comunitário por meio de estruturas mediadoras com o intuito de alcançar uma mudança de comportamento individual - nível comunitário-; e por fim, a interpretação e implementação da política, de procedimentos e de leis regulamentares em âmbito local, estadual e federal que

fortaleça as estruturas mediadoras de modo a apoiar políticas que supram as necessidades e promovam incentivos ao comportamento individual em saúde - nível político - (McLeroy et al., 1988; Nyambe et al., 2018).

O MSE é amplamente utilizado no âmbito da saúde como: ações de triagem para o gerenciamento da obesidade (Davis et al., 2024); prevenção, tratamento e cuidado do HIV (Denison et al., 2024); melhoria de problemas psicológicos (Keleynikov; Cohen; Benatov, 2024); avaliação e prevenção do suicídio (Cramer; Kapusta, 2017); frequência e duração do tabagismo de narguilé entre adolescentes e adultos (Aghdam et al., 2021); prevenção do diabetes tipo 2 após diabetes gestacional (Ioannou et al., 2024); adesão ao rastreio do câncer de mama e do colo do útero (Sun et al., 2022); necessidades dos profissionais de saúde que cuidam de pacientes com COVID-19 (Konstantinou et al., 2024), rastreamento e vacinação conforme modelos teóricos multinível (Nyambe; Van Hal; Kampen, 2016) e a eficácia de um modelo de intervenção de promoção do aleitamento materno (Ouyang et al., 2023). A utilização do MSE visa a promoção da saúde por meio do desenvolvimento de intervenções que abordem a influência dos sistemas e promovam comportamentos de saúde (Ouyang et al., 2023).

O CCU é uma das principais causas de morte entre as mulheres em diversas partes do mundo, apresentando sérios obstáculos à detecção precoce e ao tratamento adequado, especialmente onde o acesso à saúde é limitado. Diante disso, meu interesse em saúde da mulher ao longo do curso trouxe consigo uma motivação em pesquisar os diferentes fatores que influenciam a eficácia das estratégias de prevenção ao CCU. Para tal, o MSE de McLeroy oferece uma perspectiva que auxilia na compreensão dos determinantes do comportamento preventivo dos diferentes níveis de influência, identificando os fatores que afetam as escolhas práticas de prevenção das mulheres.

Contribuindo, desta forma, para o avanço do conhecimento científico, o desenvolvimento de intervenções eficazes e adequadas às especificidades das mulheres considerando o contexto social ao qual estão inseridas e, assim, contribuir para a melhoria da saúde pública auxiliando no desenvolvimento de políticas inclusivas, acessíveis que promovam a redução das taxas de mortalidade pelo CCU.

Sabendo que o CCU se trata de um problema de saúde pública, esta revisão de escopo surgiu a partir da necessidade de identificar evidências que abordem o uso do MSE na prevenção do CCU. Até o momento não existe na literatura uma revisão sobre MSE e a temática do CCU. Diante ao exposto surgiu a seguinte pergunta norteadora: Quais níveis do MSE estão

sendo aplicados no contexto da prevenção do CCU? Quais são as barreiras e os facilitadores mais influentes?

Essa pesquisa atende ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3.7 que prevê o acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva, abrangendo a educação, informação e programas nacionais que integrem a saúde reprodutiva; e favorecendo estudos futuros por meio do mapeamento e resumo das evidências encontradas. Desta forma, a pesquisa possibilita a realização de um estudo desagregado que permite uma visão mais abrangente, a partir de cada nível de influência que concerne ao MSE, dos fatores que contribuem e influenciam na prevenção do CCU.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar as evidências disponíveis sobre o uso do MSE no contexto de prevenção do CCU.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar os estudos incluídos;
- Identificar os níveis do MSE utilizados;
- Descrever as barreiras e os facilitadores na prevenção primária, secundária e terciária.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo revisão de escopo. A revisão de escopo visa explorar a literatura em sua amplitude, mapeando e resumindo evidências que forneçam um “mapa” com visão geral dos conhecimentos disponíveis (Peters et al., 2020).

Para a realização do estudo foram seguidas as etapas propostas pelo Instituto Joanna Briggs (JBI): 1) definir e alinhar o(s) objetivo(s) e a(s) pergunta(s) de pesquisa; 2) desenvolver e alinhar os critérios de inclusão com o(s) objetivo(s) e a(s) pergunta(s); 3) descrever a abordagem planejada para busca de evidências, seleção, extração de dados e apresentação das evidências; 4) buscar as evidências; 5) selecionar as evidências; 6) extração das evidências; 7) análise das evidências; 8) apresentação dos resultados; e 9) resumir as evidências em relação ao propósito da revisão, tirando conclusões e anotar quaisquer implicações das descobertas (Peters et al., 2020).

A extensão Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA) para scoping reviews (PRISMA-ScR) foi utilizada para fins de relatório (Tricco et al., 2018). O protocolo da revisão foi registrado na plataforma Open Science Framework (<https://osf.io>) sob registro: DOI 10.17605/OSF.IO/7C3ZT.

3.2. Questão de pesquisa

A estrutura PPC (População, Conceito, Contexto) (Peters et al., 2020) foi usada para formular a questão de pesquisa. Nesta estrutura, P (população) representa mulheres e meninas elegíveis para vacinação contra HPV, rastreio e tratamento para CC/meninos elegíveis para programa de vacinação contra HPV, C (conceito) refere-se à aplicação de MSE, e C (contexto) abrange o contexto primário, secundário e terciário, bem como qualquer localização geográfica. Com base nessa estrutura, formulou-se a seguinte questão de estudo: Quais níveis do MSE estão sendo aplicados no contexto da prevenção do CCU? Quais são as barreiras e os facilitadores mais influentes? Quadro 1.

Quadro 1. Estrutura de População, Interesse e Contexto. São Luís, MA, Brasil, 2024.

Pergunta da revisão	Quais níveis do MSE estão sendo aplicados no contexto de prevenção do CCU?
----------------------------	--

	P	C	C
Extração	Mulheres e meninas elegíveis para vacinação contra o HPV, rastreamento e tratamento para CCU/Meninos elegíveis para o programa de vacinação contra o HPV	MSE	Primário, secundário e terciário
Conversão	Human Papillomavirus Viruses Uterine cervical neoplasms	Social ecological model	-
Combinação	Human papillomavirus viruses; Papillomavirus infections; HPV; Human papillomavirus; Uterine cervical neoplasms; Cervical cancer; Cervix cancer	Social ecological model; Socio-ecological model; Socio-ecological; Socioecological; Social ecological; Multi-level ecological models	Identificação através da leitura de documentos
Construção	("Human papillomavirus viruses" OR "Papillomavirus infections" OR HPV OR "Human papillomavirus" OR "Uterine cervical neoplasms" OR "Cervical cancer" OR "Cervix cancer")	("Social ecological model" OR "Socio-ecological model" OR "Socio-ecological" OR "Socioecological" OR "Social ecological" OR "Multi-level ecological models")	Identificação através da leitura de documentos

Uso	((("Human papillomavirus viruses" OR HPV OR "Human papillomavirus" OR "Uterine cervical neoplasms" OR "Cervical cancer" OR "Cervix cancer")) AND (("Social ecological model" OR "Socio-ecological model" OR "Socio-ecological" OR "Socioecological" OR "Social ecological" OR "Multi-level ecological models")))
------------	--

Fonte: Adaptado de Araújo (2020).

3.3. Estratégia de Busca

Uma busca sistemática na literatura foi realizada no dia 15 de setembro de 2024, sem restrições de idioma e ano de publicação. As bases de dados pesquisadas foram: MEDLINE/PubMed (via National Library of Medicine), Web of Science, SCOPUS, CINAHL (EBSCO), Cochrane, EMBASE (Elsevier), PsycINFO e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). As bases de dados foram de livre acesso por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

As estratégias de busca para bases de dados eletrônicas incorporaram o Medical Subject Headings (MeSH) Terms, Emtree e Thesaurus Terms. O termo modelo social ecológico não existe como um termo MesH, Emtree ou Thesaurus, algumas combinações deste foram utilizadas para evitar o estreitamento excessivo dos resultados da pesquisa. A fim de expandir os resultados de busca todos os sinônimos relevantes dos termos foram usados e combinados pelo operador booleano "OR". A estratégia de busca utilizada em cada base encontra-se no Quadro 2.

Quadro 2. Estratégia de busca utilizada nas bases de dados. São Luís, MA, Brasil, 2024

Base	Estratégia de busca utilizada
MEDLINE/PubMed	("Human papillomavirus viruses" OR "Papillomavirus infections" OR HPV OR "Human papillomavirus" OR "Uterine cervical neoplasms" OR "Cervical cancer" OR "Cervix cancer") AND ("Social ecological model" OR "Socio-ecological model" OR "Socio-ecological" OR "Socioecological" OR "Social ecological" OR "Multi-level ecological models")
Web of Science	("Human papillomavirus viruses" OR "Papillomavirus infections" OR HPV OR "Human papillomavirus" OR "Uterine cervical neoplasms" OR "Cervical cancer" OR "Cervix cancer") AND ("Social ecological model" OR "Socio-ecological model" OR "Socio-ecological" OR "Socioecological" OR "Social ecological" OR "Multi-level ecological models")
SCOPUS	("Human papillomavirus viruses" OR "Papillomavirus infections" OR HPV OR "Human papillomavirus" OR "Uterine cervical neoplasms" OR "Cervical cancer" OR "Cervix cancer") AND ("Social ecological model" OR "Socio-ecological model" OR "Socio-ecological" OR "Socioecological" OR "Social ecological" OR "Multi-level ecological models")
CINAHL (EBSCO)	("Human papillomavirus viruses" OR "Papillomavirus infections" OR HPV OR "Human papillomavirus" OR "Uterine cervical neoplasms" OR "Cervical cancer" OR "Cervix cancer") AND ("Social ecological model" OR "Socio-ecological model" OR "Socio-ecological" OR "Socioecological" OR "Social ecological" OR "Multi-level ecological models")
Cochrane	("Human papillomavirus viruses" OR "Papillomavirus infections" OR HPV OR "Human papillomavirus" OR "Uterine cervical neoplasms" OR "Cervical cancer" OR "Cervix cancer") AND ("Social ecological model" OR "Socio-ecological model" OR "Socio-ecological" OR "Socioecological" OR "Social ecological" OR "Multi-level ecological models")

EMBASE	('wart virus'/exp OR 'wart virus' OR 'hpv'/exp OR 'hpv' OR 'human papillomavirus'/exp OR 'human papillomavirus' OR 'uterine cervix cancer'/exp OR 'uterine cervix cancer' OR 'cervical cancer'/exp OR 'cervical cancer' OR 'cervix cancer'/exp OR 'cervix cancer') AND ('social ecological model'/exp OR 'social ecological model' OR 'socio-ecological model' OR 'socio-ecological' OR 'socioecological' OR 'social ecological' OR 'multi-level ecological models')
PsycINFO	Human Papillomavirus OR HPV OR Cervix AND Ecological Factors OR Social Ecology
LILACS	("Human papillomavirus viruses" OR "Papillomavirus infections" OR HPV OR "Human papillomavirus" OR "Uterine cervical neoplasms" OR "Cervical cancer" OR "Cervix cancer") AND ("Social ecological model" OR "Socio-ecological model" OR "Socio-ecological" OR "Socioecological" OR "Social ecological" OR "Multi-level ecological models")

Fonte: Elaborado pela autora

A consulta em fontes não indexadas ocorreu no Google Scholar, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Catálogo de Teses & Dissertações (CTD) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), ProQuest Dissertations and Thesis e Open Access Theses and Dissertations (OADT). A abordagem para pesquisar em cada recurso de literatura não indexada variou. Para o Google Scholar, desenvolvemos estratégias usando os recursos de pesquisa avançada do Google, limitando os termos-chave ao campo do título e a domínios específicos do site. Todos os recursos de literatura não indexados exigiram abordagens significativamente simplificadas em comparação com as estratégias usadas nas bases de dados bibliográficas Quadro 3.

Quadro 3. Estratégia de busca utilizada na literatura cinza. São Luís, MA, Brasil, 2024.

Base	Estratégia de busca utilizada
Google scholar	("Human papillomavírus" OR HPV OR "Cervical câncer") AND ("Social ecological model" OR "Socio-ecological model" OR "Multi-level ecological models")
CDT - CAPES/ BDTD	("Papiloma vírus Humano" OR HPV OR "câncer do colo do útero") AND "Modelo Social Ecológico"
ProQuest Dissertations and Theses	("Human papillomavírus" OR HPV OR "Cervical câncer") AND ("Social ecological model" OR "Socio-ecological model" OR "Multi-level ecological models")
Open Access Theses and Dissertations (OADT)	("Human papillomavírus" OR HPV OR "Cervical câncer") AND ("Social ecological model" OR "Socio-ecological model" OR "Multi-level ecological models")

Fonte: Elaborado pela autora

Como as revisões de escopo normalmente não avaliam a qualidade metodológica das fontes de evidências devido ao foco particular no mapeamento de evidências, em vez de desenvolver descobertas sintetizadas, a avaliação da qualidade metodológica das fontes incluídas não foi realizada.

3.4. Elegibilidade

Foram elegíveis para inclusão nesta revisão de escopo: (1) artigos publicados que usam MSE; (2) foco na área de CCU e/ou HPV; (3) estudos em andamento em mulheres de todas as idades e etnias e meninos elegíveis para o programa de vacinação contra HPV; e (4) dados populacionais globais. Estudos quantitativos e qualitativos primários que abordam questões relacionadas ao uso de MSE na prevenção de CCU serão considerados, sem limitações de tempo ou idioma. Artigos de opinião, relatos de experiência, ensaios em andamento, artigos incompletos, capítulos de livros, editoriais e procedimentos serão excluídos.

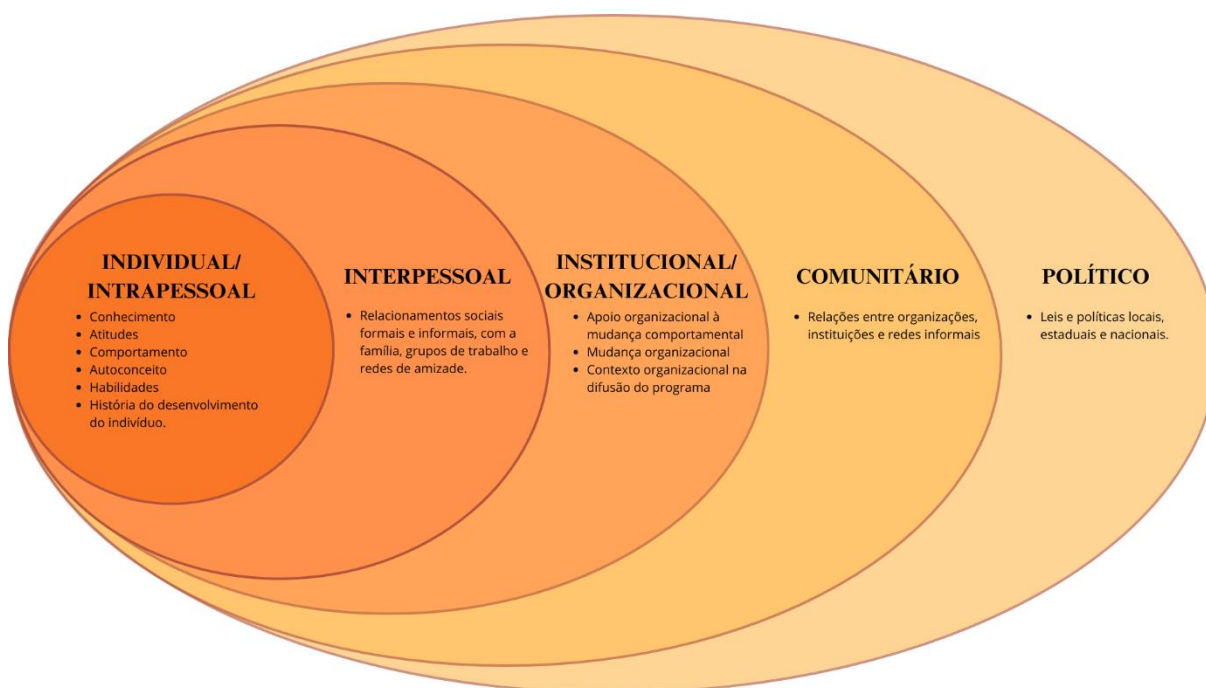
3.5. Seleção de artigos

Os resultados da pesquisa em cada base de dados foram importados para o gerenciador de referência Rayyan® (Ouzzani et al., 2016). Dois autores da revisão (LGSL e MLSG) revisaram independentemente os títulos e resumos para identificar potenciais artigos de interesse e, posteriormente, o texto completo dos artigos pré-selecionados foi revisado para confirmar a inclusão. Quaisquer discrepâncias foram resolvidas por um terceiro revisor (MOBO). Foi documentado os motivos da exclusão de estudos que poderiam razoavelmente ter sido esperados para serem incluídos na revisão em uma tabela mostrando as características dos estudos excluídos. Foi apresentado um diagrama de fluxo PRISMA mostrando o processo de seleção de estudos.

3.6. Extração de Dados

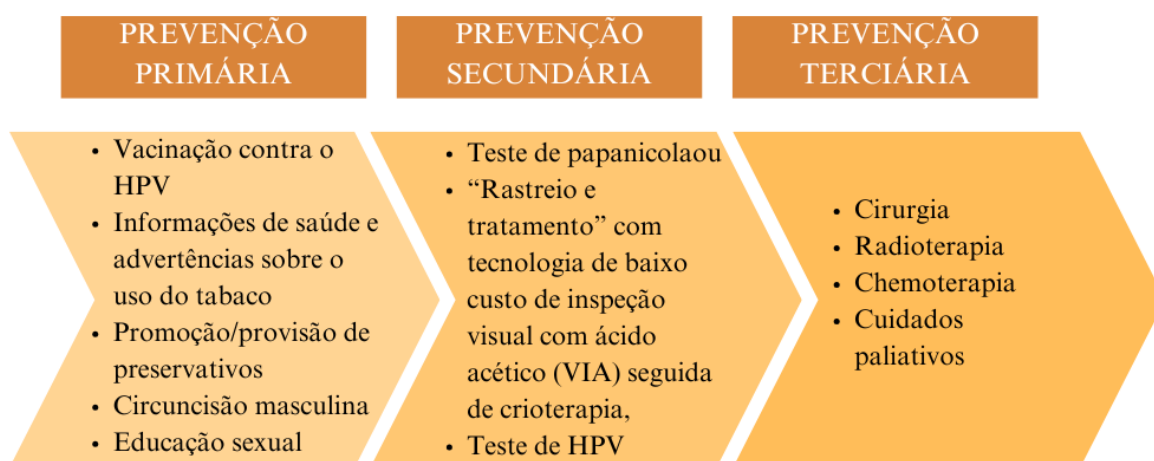
Um formulário de extração padronizado foi utilizado para extrair os dados independentemente por dois revisores. A ferramenta foi primeiramente testada e refinada de acordo. Quando disponíveis, as seguintes informações foram extraídas: autor (país), objetivo, método, principais resultados e conclusão (APÊNDICE A). Os resultados foram sintetizados independentemente do nível de evidência, de acordo com o processo de revisão que busca capturar a amplitude das evidências disponíveis. Para abordar a questão de pesquisa e facilitar a síntese de dados díspares, foram categorizados e analisados tematicamente os resultados para identificar relacionamentos recorrentes, de acordo com os níveis do MSE (individual, interpessoal, institucional/organizacional, comunitário e políticas públicas) (McLeroy et al., 1988) Figura 1 e de prevenção do CCU (primária, secundária e terciária) Figura 2 (WHO, 2018).

Figura 1 – Modelo Social Ecológico de McLeroy



Fonte: Adaptado de McLeroy, Bibeau, Steckler, Glanz (1988)

Figura 2 – Níveis de prevenção ao Câncer de Colo de Útero



Fonte: Adaptado de World Health Organization (2018)

3.7. Análise e apresentação dos dados

Os resultados foram analisados e sintetizados de forma descritiva. Primeiramente, os estudos foram agrupados para fornecer uma visão ampla da extensão, natureza e distribuição dos estudos incluídos na revisão, por meio de uma tabela de caracterização. Tabelas e figuras foram utilizadas para apresentar os dados extraídos em relação às questões de revisão. Por fim, os resultados foram discutidos por meio de categorias temáticas elencadas pelos autores após leitura e aprofundamento das pesquisas incluídas na revisão.

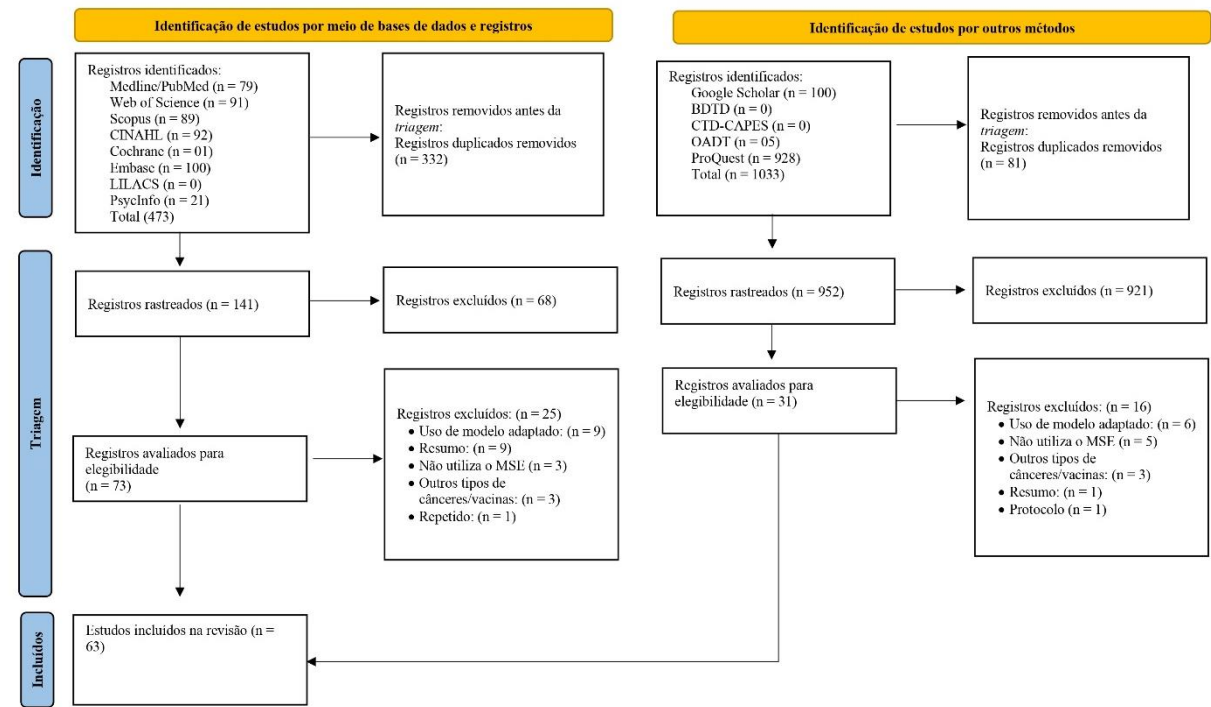
3.8. Aspectos éticos

Este estudo foi baseado em dados que foram publicados e estão disponíveis publicamente, portanto, não requer submissão ou aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Cabe destacar que foram seguidos os princípios éticos fundamentais da pesquisa científica, incluindo a transparência metodológica, a integridade acadêmica e o respeito aos direitos autorais.

4. RESULTADOS

No total, foram identificados 1506 registros. Depois de remover as duplicatas, 1093 foram deixados para triagem. Após triagem de títulos e resumos, 989 registros foram excluídos por não responderem aos critérios de inclusão, deixando 104 estudos potencialmente relevantes. Após leitura na íntegra, 41 não atendiam aos critérios, restando 63 estudos (Figura 1).

Figura 3 – Fluxograma de busca conforme as recomendações do PRISMA



Fonte: Page MJ, et al. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

4.1. Caracterização dos estudos incluídos

No que se refere ao recorte temporal, as publicações datavam do período de 2011 a 2024. Dentre os 63 estudos selecionados, a maioria foi publicada no ano de 2024 totalizando (n=10). Em relação à origem geográfica, os estudos eram predominantemente dos EUA (n=35). Em relação à abordagem metodológica, os estudos caracterizaram-se como qualitativos (n=31). A Tabela 1 resume as principais características dos estudos incluídos nesta revisão.

Tabela 1 - Características dos estudos incluídos (n=63). São Luís, MA, Brasil, 2024.

Características	n	%
Ano de publicação		
2011 – 2015	8	12,7
2016 – 2020	22	34,9
2021 – 2024	33	52,4
País do estudo		
EUA	35	55,5
Canadá	3	4,7
Inglaterra	3	4,7
Austrália	3	4,7
China	2	3,1
África do Sul	1	1,5
Quênia	1	1,5
Zâmbia	1	1,5
Camarões	1	1,5
Holanda	1	1,5
Singapura	1	1,5
Índia	1	1,5
Uganda	2	3,1
Equador	1	1,5
Peru	2	3,1
Malawi	1	1,5
África Subsaariana ¹	2	3,1
África ²	1	1,5
Não especificado	1	1,5
Tipo de estudo		
Qualitativo	31	49,2
Transversal	7	11,1
Métodos mistos	4	6,3
Ensaio Clínico Randomizado	1	1,6
Ensaio Clínico Pragmático não Randomizado	1	1,6
Pesquisa Participativa	2	3,1
Coorte	1	1,6
Revisão Sistemática	10	15,9
Revisão Narrativa	1	1,6
Revisão Integrativa	2	3,1
Revisão de Escopo	2	3,1
Não abordado	1	1,6
Níveis de prevenção³		
Primária	37	58,7
Secundária	25	39,6
Terciária	7	11,1

¹ Um dos artigos incluiu uma pesquisa com mulheres de 16 países da África Subsaariana; o outro tratava-se de uma revisão de escopo a qual delimitou sua pesquisa em países da África Subsaariana e encontrou estudos dos seguintes países: Uganda, Quênia, Etiópia, Costa do Marfim, Camarões, Gana, Malawi, Tanzânia e África do Sul.

² Revisão sistemática que incluiu estudos realizados em alguns países da África: Nigéria, Quênia, Uganda, Etiópia, Malawi, Zimbábue, África do Sul, Burkina Faso, Tanzânia, Gana e Botsuana

³ Neste caso a soma do **n** é superior ao total de estudos obtidos, tendo em vista que alguns estudos abordaram dois níveis de prevenção.

Fonte: elaborado pela autora

Quanto a prevenção primária, 36 (57,1%) estudos abordaram a vacina contra o HPV (Ports; Reddy; Rameshbabu, 2013; Ferrer; Trotter; Hickman, 2014; Warner et al., 2015; Schultz, 2015; Ferrer et al., 2016; Kim; LeClaire, 2017; Sanderson et al., 2017; Warner et al., 2017; Lanning; Golman; Crosslin, 2017; Cartmell et al., 2018; Carhart et al., 2018; Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018; Nyambe et al., 2018; Palmer, 2019; Vu et al., 2019; Dubé et al., 2019; Lim; Lim, 2019; Ryan et al., 2020; Walker; Owens; Zimet, 2020; Rujumba et al., 2021; Clavè Llavall et al., 2021; Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021; Bennett et al., 2022; Xiong et al., 2022; Beavis et al., 2022; Fish et al., 2022; Pho; Mangal; Bakken, 2022; Osaghae et al., 2023; Shin et al., 2023; Jin et al., 2023; Adegboyega et al., 2023; Luo et al., 2024; McNally et al., 2024a; McNally et al., 2024b; Mokwena; Gundo; Mulaudzi, 2024; Lin et al., 2024) e apenas 1 (1,6%) trazia a cessação do tabagismo como forma de prevenção ao CCU (Mansour et al., 2022). No que se refere a prevenção secundária 25 (39,6%), 17 (68%) incluíam o rastreio por meio do Papanicolau (Lee, Carvallo, 2014; Ghebre et al., 2015; Maar et al., 2016; Cha, 2018; Palmer, 2019; Kung et al., 2019; Johnson; Wakefield; Garthe, 2020; Luft et al., 2020; Cha, Chun, 2021; Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021; Sethi et al., 2021; Vega Crespo et al., 2022; Mittal et al., 2023; Adegboyega et al., 2023; Power et al., 2024; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024; Mantula; Toefy; Sewram, 2024) e 8 (32%) pelo teste de HPV (Daley et al., 2011; Kangmennaang et al., 2018; Nyambe et al., 2018; Camara et al., 2021; Adekunle et al., 2023; Morse et al., 2023; Afsah; Kaneko, et al., 2023; Dzobo et al., 2024). A prevenção terciária foi abordada por sete estudos (11,1%) (Daley et al., 2011; Cohen et al., 2013; Manga; Kiyang; DeMarco, 2019; Ackbarali, 2022; Ogoke, 2023; Morse et al., 2023; Owokuhaisa et al., 2024). Em seis estudos, foram abordados dois níveis de prevenção, sendo eles: primário e secundário (Nyambe et al., 2018; Palmer, 2019; Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021; Adegboyega et al., 2023) e secundário e terciário (Daley et al., 2011; Morse et al., 2023).

Os temas principais refletem o objetivo da revisão; ou seja, a prevenção do CCU (prevenção primária, secundária e terciária). A análise temática revelou 2 subtemas principais: níveis do MSE e barreiras e facilitadores.

4.2. Níveis do MSE

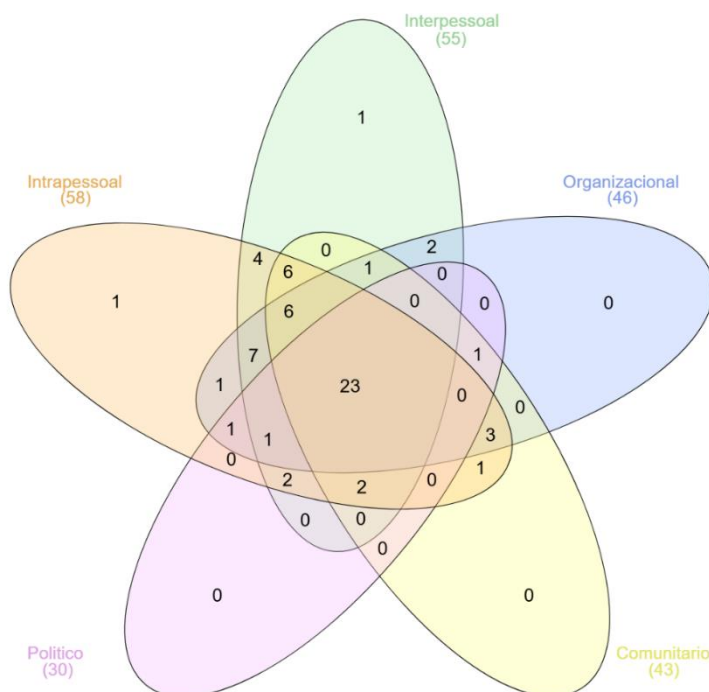
Dos 63 estudos incluídos nesta revisão de escopo, 58 (92,0%) estudos abordaram os fatores no nível intrapessoal, 55 (87,3%) o nível interpessoal, 46 (73,0%) o nível

organizacional, 43 (68,2%) o nível comunitário e 30 (47,6%) o nível de política pública. Um total de 23 (36,5%) estudos abordaram os cinco níveis do MSE, 09 (14,2%) abordaram quatro níveis, 21 (33,3%) abordaram três níveis, 08 (12,6%) abordaram dois níveis e apenas 02 (3,1%) abordaram um nível.

Na Figura 2, um Diagrama de Venn é apresentado para ilustrar a relação entre os estudos incluídos nesta revisão de escopo. Este diagrama mostra a sobreposição dos estudos de acordo com os cinco níveis do MSE, nos quais a relação de intersecção foi definida como “E”, significando que um estudo só pode ser incluído nas áreas de intersecção se abordar os determinantes dos diferentes níveis em tal intersecção.

No centro do diagrama há um “23”, o que significa que 23 estudos abrangeram os cinco níveis. Dois estudos se concentraram exclusivamente em um nível, sendo eles: o nível intrapessoal e interpessoal. seis estudos incluíram os níveis intrapessoal, interpessoal, organizacional e comunitário. dois estudos incluíram os níveis intrapessoal, interpessoal, comunitário e de política e um estudo abordou os níveis intrapessoal, interpessoal, organizacional e de política (Figura 2).

Figura 4. Diagrama de Venn do número de artigos por nível(is) do Modelo Social Ecológico abordado(s).



Fonte: Criado usando <http://www.interactivenn.net/index2.html>

4.3. Barreiras e facilitadores

As barreiras e facilitadores relacionados à vacinação contra o HPV, ao rastreio e ao tratamento do CCU estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Barreiras e facilitadores para a vacinação contra o Papiloma Vírus Humano, rastreio e tratamento do Câncer de Colo de Útero.

VACINAÇÃO CONTRA O HPV/ PRIMÁRIA		
Nível MSE	Barreiras	Facilitadores
Individual / Intrapessoal	Conhecimento limitado/inadequado (Ports; Reddy; Rameshbabu, 2013; Warner et al., 2015; Carhart et al., 2018; Rujumba et al., 2021; Clavè Llavall et al., 2021; Pho; Mangal; Bakken, 2022; McNally et al., 2024a; Mokwena; Gundo; Mulaudzi, 2024; Schultz, 2015; Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018; Fish et al., 2022; Adegboyega et al., 2023; Sanderson et al., 2017; Palmer, 2019; Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021; McNally et al., 2024b) Medo (Carhart et al., 2018; Kim; LeClaire, 2017; Lim; Lim, 2019; Rujumba et al., 2021; Clavè Llavall et al., 2021; Ryan et al., 2020; Warner et al., 2015; Mokwena; Gundo; Mulaudzi, 2024; Palmer, 2019) Preocupação sobre efeitos colaterais (Shin et al., 2023; Luo et al., 2024; Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018; Xiong et al., 2022; Sanderson et al., 2017; Palmer, 2019; Mokwena; Gundo; Mulaudzi, 2024) Preocupações com segurança das vacinas (Jin et al., 2023; McNally et al., 2024a; Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018; Fish et al., 2022; Sanderson et al., 2017; Cartmell et al., 2018; Xiong et al., 2022) Falta de conscientização (Lim; Lim, 2019; Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018; Cartmell et al., 2018; Palmer, 2019; Dubé et al., 2019) Crenças sobre sexualidade (Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018; Carhart et al., 2018; Kim; LeClaire, 2017; Lim; Lim, 2019) Baixa conscientização de pais e adolescentes (Jin et al., 2023; Xiong et al., 2022; Cartmell et al., 2018) Barreiras geográficas (Ports; Reddy; Rameshbabu, 2013; Adegboyega et al., 2023; Lin et al., 2024) Pobreza (Mokwena; Gundo; Mulaudzi, 2024; Osaghae et al., 2023) Falta de recomendação (Cartmell et al., 2018; McNally et al., 2024b)	Conhecimento (Kim; LeClaire, 2017; Clavè Llavall et al., 2021; McNally et al., 2024a; Mokwena; Gundo; Mulaudzi, 2024; Schultz, 2015; Adegboyega et al., 2023; Palmer, 2019) Maior nível educacional (Kim; LeClaire, 2017; Mokwena; Gundo; Mulaudzi, 2024; Osaghae et al., 2023; Lin et al., 2024) Percepções de risco (Ports; Reddy; Rameshbabu, 2013; Lim; Lim, 2019; Luo et al., 2024; Palmer, 2019; Lin et al., 2024) Conscientização (Kim; LeClaire, 2017; Lim; Lim, 2019; Palmer, 2019; Lin et al., 2024) Receptividade à vacina (Ports; Reddy; Rameshbabu, 2013; Carhart et al., 2018; Luo et al., 2024) Confiança nos prestadores de cuidado (Ports; Reddy; Rameshbabu, 2013; Luo et al., 2024; Schultz, 2015) Histórico familiar (Kim; LeClaire, 2017; Sanderson et al., 2017; Lin et al., 2024) Informações pelos provedores (Sanderson et al., 2017; McNally et al., 2024b) Ter recebido outras vacinas (Pho; Mangal; Bakken, 2022; Warner et al., 2017) Confiança na biomedicina/vacinas (Xiong et al., 2022; Sanderson et al., 2017) Educação sobre vacinação (Jin et al., 2023; Bennett et al., 2022) Informações sobre o HPV – panfletos (Luo et al., 2024; Sanderson et al., 2017) Desejo de ter filhos saudáveis (Xiong et al., 2022; Sanderson et al., 2017)

	Consentimento à vacinação das mulheres jovens (Ferrer; Trotter; Hickman, 2014; Ferrer et al., 2016) Logística inconveniente (Lim; Lim, 2019; Pho; Mangal; Bakken, 2022; Sanderson et al., 2017) Crenças (Fish et al., 2022; Adegboyega et al., 2023) Custo da vacina (Xiong et al., 2022; Cartmell et al., 2018; Lin et al., 2024) Idioma/Barreira linguística (Kim; LeClaire, 2017; Xiong et al., 2022) Desconfiança médica (Jin et al., 2023; Schultz, 2015) Falta de confiança no sistema de saúde ou escola e nas empresas farmacêuticas (Dubé et al., 2019; Sanderson et al., 2017) Idade (Sanderson et al., 2017; Warner et al., 2017) Maior status socioeconômico (Luo et al., 2024; Menor escolaridade (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Desinformação (Jin et al., 2023; Fish et al., 2022) Estigma sobre vacinas (Xiong et al., 2022) Falta de cobertura da vacina (Cartmell et al., 2018) Hesitação dos pais (Jin et al., 2023) Falta de risco percebido (Lim; Lim, 2019) Falta de necessidade percebida (Jin et al., 2023) Arrependimento antecipado (Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018) Risco de HPV e vacina (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Incerteza sobre riscos do HPV e CCU (Warner et al., 2015) Mudança - residência/escola -entre doses (Rujumba et al., 2021)	Menor status socioeconômico (Luo et al., 2024; Mokwena; Gundo; Mulaudzi, 2024;) Renda mais alta (Lin et al., 2024) Medo de arrependimento (Sanderson et al., 2017) Medo de doenças (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Preocupações de saúde – por serem HIV positivos (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Busca por saúde (Sanderson et al., 2017) Outras vacinas como requisito escolar (Cartmell et al., 2018) Ter feito o rastreamento de IST (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Desejo de aprender mais sobre o HPV e a vacina por parte de adolescentes e pais (Xiong et al., 2022) Influência dos pais (Luo et al., 2024) Consentimento à vacinação das mulheres jovens (Ferrer et al., 2016) Benefício percebido para meninos (Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018) Efeitos negativos do HPV (Lin et al., 2024) Aceitabilidade entre professores e enfermeiros (Clavè Llavall et al., 2021) Satisfação com materiais promocionais do governo (Lin et al., 2024) Comportamento sexual (Luo et al., 2024) Educação sexual (Luo et al., 2024) Autruísmo (Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018)
--	---	---

	Longos intervalos de tempo entre doses e múltiplas doses (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Disponibilidade de recursos de saúde (Ports; Reddy; Rameshbabu, 2013) Desconforto ao discutir HPV e ISTs (Warner et al., 2015) Absenteísmo/abandono escolar (Rujumba et al., 2021) Falta de incentivo/desincentivo (Rujumba et al., 2021) Desconfiança do governo (Ryan et al., 2020) Transtornos por uso de substâncias (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Conteúdo negativo na internet (Luo et al., 2024) Ambiguidade: exigência/recomendação da vacina (McNally et al., 2024^a) Não ter recebido outras vacinas (Warner et al., 2017) Falta de seguro (Cartmell et al., 2018) Situação de imigração (Palmer, 2019) Insatisfação com material educacional do governo (Lin et al., 2024) Mães solteiras (Lin et al., 2024)	Idade menor das mães (Mokwena; Gundo; Mulaudzi, 2024) Idade maior (Warner et al., 2017; Osaghae et al., 2023) Acesso a serviços (Adegboyega et al., 2023) Crença religiosa/pessoal (Adegboyega et al., 2023) Prevenção de doenças graves (Sanderson et al., 2017) Ter seguro saúde não fornecido por empregadores (Warner et al., 2017) Apoio social (Palmer, 2019) Sexo feminino (Osaghae et al., 2023) Maior preocupação (Lin et al., 2024) Sintomas graves ao contrair o HPV (Lin et al., 2024) Respostas emocionais negativas ao HPV (Lin et al., 2024)
Interpessoal	Ausência de recomendação (Carhart et al., 2018; Kim; LeClaire, 2017; Vu et al., 2019; Warner et al., 2015; Pho; Mangal; Bakken, 2022; Jin et al., 2023; Fish et al., 2022; Adegboyega et al., 2023; Cartmell et al., 2018; Lin et al., 2024) Medo/ansiedade por agulhas (McNally et al., 2024b; Dubé et al., 2019) Consentimento dos pais (Ferrer; Trotter; Hickman, 2014; Ferrer et al., 2016; Clavè Llavall et al., 2021) Falta de apoio (Lim; Lim, 2019; Shin et al., 2023; Sanderson et al., 2017; Shin et al., 2023) Crenças sobre vacinas (Ferrer et al., 2016; Dubé et al., 2019)	Recomendação (Carhart et al., 2018; Vu et al., 2019; Walker; Owens; Zimet, 2020; Pho; Mangal; Bakken, 2022; Jin et al., 2023; Luo et al., 2024; McNally et al., 2024a; Adegboyega et al., 2023; Sanderson et al., 2017) Confiança (Kim; LeClaire, 2017; Vu et al., 2019; Lim; Lim, 2019; Shin et al., 2023; McNally et al., 2024a; McNally et al., 2024b) Apoio/Influência (Walker; Owens; Zimet, 2020; Lanning; Golman; Crosslin, 2017; Shin et al., 2023; Lim; Lim, 2019; Luo et al., 2024; Adegboyega et al., 2023; Ryan et al., 2020; Relacionamentos (Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018; McNally et al., 2024b)

	Restrição de tempo (Carhart et al., 2018; Cartmell et al., 2018) Desconfiança (Kim; LeClaire, 2017; Vu et al., 2019; Shin et al., 2023; Lin et al., 2024) Tomada de decisão pelos pais (Ferrer; Trotter; Hickman, 2014; Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018) Interações negativas com provedores – minorias sexuais (Pho; Mangal; Bakken, 2022; Shin et al., 2023) Reembolso (Fish et al., 2022; Cartmell et al., 2018) Mães mais velhas (Warner et al., 2017; Lin et al., 2024) Conexão com atividade sexual (Lim; Lim, 2019; Sanderson et al., 2017) Atitude dos profissionais de saúde e da escola (Dubé et al., 2019) Escassez de provedores (Fish et al., 2022) Influência de costumes familiares e da religião (Clavè Llavall et al., 2021) Influência social e cultural (Adegboyega et al., 2023) Estrutura familiar (Mokwena; Gundo; Mulaudzi, 2024) Mães casadas (Warner et al., 2017) Relacionamentos (Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018) Frequência escolar (Clavè Llavall et al., 2021) Frequência de consultas (Cartmell et al., 2018) Falta de sistemas de lembretes (Cartmell et al., 2018) Participação em programas de vacinação (Fish et al., 2022) Melhoria da educação/Informação (Ryan et al., 2020) Mães com faculdade (Warner et al., 2017)	Tomada de decisões – adolescentes (Shin et al., 2023; Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018) Educação em saúde (McNally et al., 2024b; Luo et al., 2024) Menor escolaridade dos pais (Warner et al., 2017; Luo et al., 2024) Informações da mídia (Walker; Owens; Zimet, 2020; Lin et al., 2024) Incentivo de familiares/amigos (Palmer, 2019) Estrutura familiar (Mokwena; Gundo; Mulaudzi, 2024) Envolvimento familiar (Kim; LeClaire, 2017) Proximidade ao câncer/IST (Mokwena; Gundo; Mulaudzi, 2024) Comunicação com os pacientes (Jin et al., 2023) Interações com provedores (Shin et al., 2023) Programas de educação (Carhart et al., 2018) Compromisso com a educação à adesão (Cartmell et al., 2018) Cuidado de afirmação de gênero (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Normas sociais percebidas (Schultz, 2015) Proteção futura ao HPV (Sanderson et al., 2017) Idade materna >35 (Warner et al., 2017) Registro de imunização (Cartmell et al., 2018) Vinculação da vacinação ao reembolso (Cartmell et al., 2018)
--	--	---

	Preocupação com efeitos colaterais – pais (Beavis et al., 2022) Percepção de risco – “crianças não suscetíveis” (Beavis et al., 2022) Hesitação na comunicação (McNally et al., 2024*) Acesso limitado a colegas clínicos (McNally et al., 2024b) Conectividade para informação (Fish et al., 2022) Acessibilidade e disponibilidade dos serviços (Palmer, 2019) Normas culturais (Palmer, 2019)	Ampliação do acesso – administrada por farmacêutico (Cartmell et al., 2018) Disponibilidade e acessibilidade dos serviços (Palmer, 2019) Natureza e veracidade das informações sobre a vacina nas mídias (Lin et al., 2024)
Institucional / Organizacional	Custo (Carhart et al., 2018; Lim; Lim, 2019; Warner et al., 2015; Pho; Mangal; Bakken, 2022; Adegboyega et al., 2023; Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018) Inadequações da infraestrutura de cadeia de frios//escassez de material (Rujumba et al., 2021; Clavè Llavall et al., 2021; Ryan et al., 2020; Comunicação (Ferrer et al., 2016; Vu et al., 2019; Xiong et al., 2022) Recomendação da vacina (Ferrer; Trotter; Hickman, 2014; Sanderson et al., 2017) Baixa mobilização social/envolvimento comunitário (Rujumba et al., 2021; Mokwena; Gundo; Mulaudzi, 2024) Escassez de vacina (Rujumba et al., 2021; Sanderson et al., 2017) Fornecimento de profissionais//escassez de pessoal (Ferrer; Trotter; Hickman, 2014; Clavè Llavall et al., 2021) Treinamento de provedores/conhecimento limitado (Vu et al., 2019; Rujumba et al., 2021) Consulta em unidades públicas (Warner et al., 2017; Osaghae et al., 2023) Necessidade de consentimento parental (Ferrer et al., 2016; Dubé et al., 2019)	Recomendação/encaminhamento à vacina (Kim; LeClaire, 2017; Lim; Lim, 2019; Sanderson et al., 2017) Sistemas de informação (Carhart et al., 2018; Vu et al., 2019; Ryan et al., 2020; Bennett et al., 2022) Programas de educação em saúde (Luo et al., 2024; Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018) Mídia (Walker; Owens; Zimet, 2020; Lanning; Golman; Crosslin, 2017) Abordagem de equipe (Carhart et al., 2018; Ryan et al., 2020) Ambientes educacionais (Lanning; Golman; Crosslin, 2017; Bennett et al., 2022) Envolvimento com cuidados primários/ginecológicos (Pho; Mangal; Bakken, 2022; Schultz, 2015) Consulta em unidade hospitalar (Warner et al., 2017; Osaghae et al., 2023) Abertura a ajuda externa (Carhart et al., 2018) Avisos sobre a vacina em atividades extracurriculares (Xiong et al., 2022) Política de vacinação no local de trabalho (Nyambe et al., 2018)

Medo (Walker; Owens; Zimet, 2020; Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018) Falta de subsídio para profissionais (Rujumba et al., 2021; Clavè Llavall et al., 2021) Restrição de tempo (Xiong et al., 2022; McNally et al., 2024a) Falta de acessibilidade - logística (Adegboyega et al., 2023; Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018) Logística inconveniente - indivíduos (Lim; Lim, 2019) Falta de infraestrutura (Carhart et al., 2018) Necessidade de departamentos de saúde para suprimento de vacinas (Warner et al., 2017) Informações sobre contraindicação (Sanderson et al., 2017) Mensagens conflitantes sobre a vacina (Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018) Disponibilidade de serviços (Adegboyega et al., 2023) Insatisfação em consulta com pediatra (Beavis et al., 2022) Falta de seguro médico (Warner et al., 2015) Cobertura vacinal do seguro (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Atraso na vacinação (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Não solicitação de vacinas do estado (Osaghae et al., 2023) Resistência a ajuda (Carhart et al., 2018) Mídia (Walker; Owens; Zimet, 2020) Crenças sociais – segurança, eficácia, religião (Walker; Owens; Zimet, 2020) Falta de estratégia com indivíduos de ambientes extraescolares (Rujumba et al., 2021)	Atividades de vacinação nas escolas (McNally et al., 2024b) Prestadores de cuidados de saúde (Lanning; Golman; Crosslin, 2017) Tomada de decisão autoritária do provedor (Xiong et al., 2022) Sistema de saúde e acesso a cuidados de afirmação de gênero (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Trabalho em equipe (McNally et al., 2024a) Implementação de vacinação gratuita (Mokwena; Gundo; Mulaudzi, 2024) Fatores econômicos (Adegboyega et al., 2023) Acessibilidade/ Disponibilidade dos serviços (Adegboyega et al., 2023) Não necessidade de departamentos de saúde para suprimento de vacinas (Warner et al., 2017) Alertas de prontuários eletrônicos (Bennett et al., 2022) Visitas domiciliares (Bennett et al., 2022) Posto coordenador de vacinação (Bennett et al., 2022) Solicitação de vacinas do estado (Osaghae et al., 2023) Ferramentas de comunicação (Dubé et al., 2019) Recuperação de alunos não vacinados (Dubé et al., 2019) Realização de sessões de vacinação (Dubé et al., 2019) Divulgação de dados sobre a aceitação da vacina (Dubé et al., 2019)
--	--

	Logística para funcionários e vacinas (Rujumba et al., 2021) Recursos escolares (McNally et al., 2024b; Dubé et al., 2019) Profissionais hostis (Rujumba et al., 2021) Falta de estratégia de lembrete para doses subsequentes (Rujumba et al., 2021) Financiamento (Clavè Llavall et al., 2021) Riscos ocupacionais (Clavè Llavall et al., 2021) Clínicas – informações/horário de funcionamento (Ryan et al., 2020) Não obrigatoriedade nas escolas (Xiong et al., 2022) Não obrigatoriedade (Fish et al., 2022) Envolvimento passivo dos pais nas discussões com o provedor de saúde (Xiong et al., 2022) Fato vs. “opinião” do prestador de saúde (Xiong et al., 2022) Diferenças socioculturais (Luo et al., 2024) Novidade da vacina (Sanderson et al., 2017) Formação e apoio dos enfermeiros (Dubé et al., 2019)	
Comunitário	Normas e valores sociais (Ferrer; Trotter; Hickman, 2014; Ferrer et al., 2016; Kim; LeClaire, 2017; Clavè Llavall et al., 2021; Warner et al., 2015; Nyambe et al., 2018; Jin et al., 2023; Mokwena; Gundo; Mulaudzi, 2024; Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018) Crenças tradicionais/culturais e religiosas (Rujumba et al., 2021; Warner et al., 2015; Jin et al., 2023; Mokwena; Gundo; Mulaudzi, 2024; Palmer, 2019) Mídia – desinformação e informações imprecisas (Ryan et al., 2020; Mokwena; Gundo; Mulaudzi, 2024; Dubé et al., 2019)	Mídia (Kim; LeClaire, 2017; Clavè Llavall et al., 2021; Lanning; Golman; Crosslin, 2017; Nyambe et al., 2018; Bennett et al., 2022) Engajamento/influência comunitário (Carhart et al., 2018; Kim; LeClaire, 2017; McNally et al., 2024^a) Acesso a cuidados por moradores de áreas rurais (Ryan et al., 2020; Jin et al., 2023) Prestadores de cuidados (Lanning; Golman; Crosslin, 2017; McNally et al., 2024b)

	Geografia e clima (Clavè Llavall et al., 2021; Ryan et al., 2020) Estigma (Nyambe et al., 2018; Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018) Diferenças socioculturais (Luo et al., 2024; Dubé et al., 2019) Dados de imunização (Carhart et al., 2018) Financiamento limitado (Carhart et al., 2018) Priorização de recursos (McNally et al., 2024b) Influência da comunidade (Kim; LeClaire, 2017) Experiências traumáticas da comunidade (Xiong et al., 2022) Falta de apoio da comunidade (Warner et al., 2015) Dever parental (Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018) Taxas de pobreza (Kim; LeClaire, 2017) Custo (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Ausência de recursos comunitários (Adegboyega et al., 2023) Desconfiança com as intenções governamentais (Rujumba et al., 2021) Desconfiança médica (Shin et al., 2023) Agendas ocupadas (Rujumba et al., 2021) Atraso na vacinação (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Cobertura vacinal do seguro (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Rumores e equívocos sobre vacina e vacinação (Rujumba et al., 2021) Qualidade da internet como fonte de informação (Clavè Llavall et al., 2021)	Comunicação entre grupos (Ryan et al., 2020; Xiong et al., 2022) Extensão comunitária (Jin et al., 2023) Campanhas para profissionais (Carhart et al., 2018) Eventos focados na família (McNally et al., 2024a) Interação com instituições sociais (Nyambe et al., 2018) Política de exigência de vacinação (Jin et al., 2023) Conversas familiares/comunitárias (Xiong et al., 2022) Ambientes educacionais (Lanning; Golman; Crosslin, 2017) Programas de educação em saúde (Luo et al., 2024) Equidade em saúde (Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018) Acesso a cuidados de afirmação de minorias sexuais (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Sistema de saúde de afirmação de gênero (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Envolvimento com cuidados primários (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Fontes confiáveis de informação (Shin et al., 2023) Programas de vacinação para escolas (Bennett et al., 2022) Clínicas de vacinação sem hora marcada (Bennett et al., 2022) “Blitz” de vacinas (Bennett et al., 2022)
--	---	---

	Comunicação para educação-saúde (Clavè Llavall et al., 2021) Falta de educação pública (Jin et al., 2023) Problemas no sistema de saúde (Jin et al., 2023) Conhecimento (Nyambe et al., 2018) Hesitação vacinal (Shin et al., 2023) Falta de exigência política nas escolas (Jin et al., 2023) Não obrigatoriedade (Fish et al., 2022)	
Políticas públicas	Custo (Ferrer; Trotter; Hickman, 2014; Carhart et al., 2018; Kim; LeClaire, 2017; Lim; Lim, 2019; Pho; Mangal; Bakken, 2022; Cartmell et al., 2018) Não obrigatoriedade (Carhart et al., 2018; Warner et al., 2015; Cartmell et al., 2018; Fish et al., 2022; McNally et al., 2024b) Legislação política (Carhart et al., 2018; Kim; LeClaire, 2017; Ryan et al., 2020; Adegboyega et al., 2023; McNally et al., 2024b) Requisitos de vacinação (Ryan et al., 2020; Warner et al., 2015; McNally et al., 2024b) Disponibilidade vacinal (Ferrer; Trotter; Hickman, 2014; Ryan et al., 2020) Fornecimento vacinal nas escolas (Cartmell et al., 2018; Dubé et al., 2019) Logística inconveniente (Lim; Lim, 2019; Palmer, 2019) Entrega vacinal (Ferrer; Trotter; Hickman, 2014) Atraso na vacinação (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Política de reembolso à farmácia (Cartmell et al., 2018) Falta de sistema de lembretes (Cartmell et al., 2018) Falta de poder de execução (McNally et al., 2024a) Corrupção (Clavè Llavall et al., 2021)	Fornecimento vacinal gratuito (Ferrer et al., 2016) Disponibilidade (Palmer, 2019) Endossado por organizações profissionais (Carhart et al., 2018) Lei de assistência médica (Carhart et al., 2018) Campanhas de sensibilização (Clavè Llavall et al., 2021) Obrigatoriedade da vacina (Clavè Llavall et al., 2021) Campanhas porta a porta - busca ativa - (Clavè Llavall et al., 2021) Comunicação centralizada para educação (Clavè Llavall et al., 2021) Possibilidade de vacinar meninas e meninos (Nyambe et al., 2018) Acesso a cuidados de afirmação de minorias sexuais (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Sistema de saúde de afirmação de gênero (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Envolvimento com cuidados primários (Pho; Mangal; Bakken, 2022)

	Falha de seguro do estado (Ryan et al., 2020) Cobertura vacinal do seguro (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Recomendações de idade para vacinação (Nyambe et al., 2018) Falta de recomendação nacional (Pho; Mangal; Bakken, 2022) Falta de investimento em conscientização (Cartmell et al., 2018) Engajamento em organizações de base (Cartmell et al., 2018) Estigma da saúde reprodutiva (McNally et al., 2024a) Impacto da COVID-19 (McNally et al., 2024a) Ideologia religiosa (Osaghae et al., 2023) Idioma – imigrantes (Dubé et al., 2019)	Financiamento (Cartmell et al., 2018) Ampliação do acesso (Cartmell et al., 2018; Palmer, 2019) Sistemas de registros de imunização (Cartmell et al., 2018) Papel dos prestadores de cuidados (Palmer, 2019) Ideologia religiosa (Osaghae et al., 2023)
RASTREIO DO CCU / SECUNDÁRIA		
	Barreiras	Facilitadores
Individual / Intrapessoal	Limitações de conhecimento (Ghebre et al., 2015; Cha, 2018; Sethi et al., 2021; Luft et al., 2020; Lee, Carvallo, 2014; Kung et al., 2019; Adekunle et al., 2023; Adegboyega et al., 2023; Afsah; Kaneko, 2023; Palmer, 2019; Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024; Morse et al., 2023) Medo (Daley et al., 2011; Ghebre et al., 2015; Luft et al., 2020; Sethi et al., 2021; Palmer, 2019; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024; Vega Crespo et al., 2022; Power et al., 2024; Kung et al., 2019; Mantula; Toefy; Sewram, 2024; Mittal et al., 2023; Afsah; Kaneko, 2023) Pobreza/Fatores socioeconômicos (Daley et al., 2011; Kangmennaang et al., 2018; Sethi et al., 2021; Lee, Carvallo, 2014; Adekunle et al., 2023; Afsah; Kaneko, 2023; Mantula; Toefy; Sewram, 2024; Cha, Chun, 2021) Embaraço/Constrangimento (Ghebre et al., 2015; Luft et al., 2020; Afsah; Kaneko, 2023; Palmer, 2019; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024; Sethi et al., 2021; Vega Crespo et al., 2022) Crenças pessoais (Daley et al., 2011; Ghebre et al., 2015; Luft et al., 2020; Cha, 2018; Power et al., 2024; Adegboyega et al., 2023; Lee, Carvallo, 2014; Morse et al., 2023)	Educação e alfabetização em saúde (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024; Adegboyega et al., 2023; Vega Crespo et al., 2022; Palmer, 2019; Kangmennaang et al., 2018; Maar et al., 2016; Luft et al., 2020) Conhecimento (Luft et al., 2020; Maar et al., 2016; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Experiência da doença (Lee, Carvallo, 2014; Palmer, 2019; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Riqueza/Fatores socioeconômicos (Kangmennaang et al., 2018; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Percepção positiva sobre o rastreio (Luft et al., 2020; Palmer, 2019) Medo de diagnóstico positivo (Palmer, 2019; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Acesso a serviços (Adegboyega et al., 2023; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024)

Idioma (Luft et al., 2020; Adekunle et al., 2023; Afsah; Kaneko, 2023; Ghebre et al., 2015; Cha, Chun, 2021; Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021) Dor (Ghebre et al., 2015; Luft et al., 2020; Sethi et al., 2021; Afsah; Kaneko, 2023; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Comportamentos pessoais (Daley et al., 2011; Mittal et al., 2023; Power et al., 2024; Morse et al., 2023) Fé religiosa (Lee, Carvallo, 2014; Daley et al., 2011; Adegboyega et al., 2023) Situação de imigração – documentação (Adekunle et al., 2023; Palmer, 2019; Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021) Falta de tempo (Luft et al., 2020; Ghebre et al., 2015; Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021) Falta de acesso a informações (Mantula; Toefy; Sewram, 2024; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Baixa escolaridade (Daley et al., 2011; Kangmennaang et al., 2018) Preocupação com os resultados dos exames (Afsah; Kaneko, 2023; Mantula; Toefy; Sewram, 2024) Conceito de privacidade dos órgãos sexuais (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024; Mittal et al., 2023) Falta de percepção de risco (Vega Crespo et al., 2022; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Falta de confiança nos sistemas de saúde (Luft et al., 2020; Mittal et al., 2023) Autoeficácia (Camara et al., 2021; Dzobo et al., 2024) Violência do parceiro (Daley et al., 2011) Comportamentos de risco (Daley et al., 2011) Conscientização sobre o HPV (Sethi et al., 2021) Virgindade – não elegibilidade (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Desconforto do exame (Vega Crespo et al., 2022)	Desejo de aprender mais (Kung et al., 2019) Idioma (Luft et al., 2020) Informações provenientes de pessoas da comunidade (Luft et al., 2020) Consequência da não realização percebida (Dzobo et al., 2024) Profissionais de sexo feminino (Luft et al., 2020) Confiança nos prestadores de saúde e intérpretes (Luft et al., 2020) Emprego (Luft et al., 2020) Promoção da autoeficácia (Camara et al., 2021) Empoderamento da saúde das mulheres (Vega Crespo et al., 2022) Promoção do autocuidado (Camara et al., 2021) Residência em área metropolitana (Power et al., 2024) Estado civil – não casada (Power et al., 2024) Histórico de gravidez (Lee, Carvallo, 2014) Idade avançada (Luft et al., 2020) Mulheres HIV positivas (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Crença religiosa/pessoal (Adegboyega et al., 2023) Horários flexíveis (Maar et al., 2016) Apoio social (Palmer, 2019) Medo de contrair doenças em consultório – autoamostragem (Dzobo et al., 2024)
--	--

	Percepções negativas de saúde (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Prioridade de saúde (Sethi et al., 2021) Discriminação - LGBT (Johnson; Wakefield; Garthe, 2020) Histórico de agressão sexual – LGBT (Johnson; Wakefield; Garthe, 2020) Segurança aceitação/transição – LGBT (Johnson; Wakefield; Garthe, 2020) Disforia de gênero - LGBT (Johnson; Wakefield; Garthe, 2020) Falta de confiança em profissionais do sexo masculino (Luft et al., 2020) Agressão/abuso (Luft et al., 2020) Estado civil - casada (Power et al., 2024) Residência em áreas rurais (Power et al., 2024) Fatores sociodemográficos (Afsah; Kaneko, 2023) Suposições errôneas (Power et al., 2024) Valores de autocobrança (Camara et al., 2021) Imagem corporal (Camara et al., 2021) Identidade sexual (Camara et al., 2021) Autoconceito (Morse et al., 2023) Barreira cognitiva e afetiva (Afsah; Kaneko, 2023) Indiferença (Mantula; Toefy; Sewram, 2024) Falta de experiência da doença (Lee, Carvallo, 2014) Personalidade (Lee, Carvallo, 2014) Navegação nos sistemas de saúde (Adekunle et al., 2023)	Maior privacidade – autoamostragem (Dzobo et al., 2024) Evitar toques de profissionais – autoamostragem (Dzobo et al., 2024)
--	--	--

	Falta de familiarização com o sistema de saúde (Cha, Chun, 2021) Acesso a serviços (Adegboyega et al., 2023) Falta de seguro (Ghebre et al., 2015; Cha, Chun, 2021) Suscetibilidade ao CCU (Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021) Ausência de sinais e sintomas (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Percepção de saúde (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Preocupação com estigma (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024)	
Interpessoal	Falta de apoio social (Kangmennaang et al., 2018; Luft et al., 2020; Camara et al., 2021; Vega Crespo et al., 2022; Mantula; Toefy; Sewram, 2024; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Relação paciente-profissional (Camara et al., 2021; Power et al., 2024; Kung et al., 2019; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Influência social (Kung et al., 2019; Morse et al., 2023; Adegboyega et al., 2023) Desconfiança interpessoal (Lee, Carvallo, 2014; Adekunle et al., 2023) Falta de tempo (Afsah; Kaneko, 2023; Cha, Chun, 2021) Normas (Afsah; Kaneko, 2023; Palmer, 2019) Necessidade de autorização conjugal (Dzobo et al., 2024) Comunicação intergeracional (Sethi et al., 2021) Comunicação (Lee, Carvallo, 2014) Satisfação no relacionamento íntimo (Kangmennaang et al., 2018) Violência física pelo parceiro (Dzobo et al., 2024) Relações conjugais/parcerias (Camara et al., 2021)	Apoio social (Kangmennaang et al., 2018; Power et al., 2024; Lee, Carvallo, 2014; Maar et al., 2016; Palmer, 2019; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024; Dzobo et al., 2024; Camara et al., 2021; Vega Crespo et al., 2022; Sethi et al., 2021) Influência familiar (Kung et al., 2019; Palmer, 2019; Adegboyega et al., 2023; Sethi et al., 2021) Comunicação paciente-provedor (Power et al., 2024; Lee, Carvallo, 2014; Kung et al., 2019; Maar et al., 2016) Recomendação médica/provedores de saúde (Luft et al., 2020; Cha, 2018; Adegboyega et al., 2023) Recomendação família/amigos (Luft et al., 2020; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Aumentar a conscientização sobre o rastreio (Vega Crespo et al., 2022; Maar et al., 2016) Educação de pares (Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021) Persuasão dos pares (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Satisfação no relacionamento íntimo (Kangmennaang et al., 2018) Respeito e inclusão por profissionais – LGBT (Johnson; Wakefield; Garthe, 2020)

	Informações fornecidas por profissionais (Kung et al., 2019) Recomendação do provedor (Adegboyega et al., 2023) Desigualdade de gênero (Kangmennaang et al., 2018) Papel das mulheres (Afsah; Kaneko, 2023) Linguagem não abrangente – LGBT (Johnson; Wakefield; Garthe, 2020) Desconhecimento sobre identidade LGBT (Johnson; Wakefield; Garthe, 2020) Desconforto de profissionais com pessoas LGBT (Johnson; Wakefield; Garthe, 2020) Moral (Mittal et al., 2023) Treinamento de provedores (Mittal et al., 2023) Trabalhadores de centros de rastreio (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Percepção da eficácia do teste (Mittal et al., 2023) Credibilidade da informação de pares (Lee, Carvallo, 2014) Atributos do provedor (Lee, Carvallo, 2014) Conceitos errôneos sobre o câncer (Mantula; Toefy; Sewram, 2024) Acessibilidade (Palmer, 2019)	Parceiro(s) e família não biológica – LGBT (Johnson; Wakefield; Garthe, 2020) Desejo de obter informações (Kung et al., 2019) Conhecimento por experiências sociais (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Profissionais que falem a língua nativa (Luft et al., 2020) Envolvimento dos ACSs (Camara et al., 2021) Práticas de saúde centradas na pessoa (Power et al., 2024) Responsabilidade e funções familiares (Lee, Carvallo, 2014) Mãe como referência influente (Lee, Carvallo, 2014) Atributos do provedor (Lee, Carvallo, 2014) Mulheres com filhos (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Confiança no profissional de saúde (Dzobo et al., 2024)
Institucional / Organizacional	Logística (Kangmennaang et al., 2018; Luft et al., 2020; Sethi et al., 2021; Power et al., 2024) Profissionais do sexo masculino (Sethi et al., 2021; Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024; Cha, Chun, 2021) Financiamento (Daley et al., 2011; Vega Crespo et al., 2022; Mantula; Toefy; Sewram, 2024) Falta de profissionais (Daley et al., 2011; Mittal et al., 2023)	Educação em saúde (Kangmennaang et al., 2018; Cha, 2018; Maar et al., 2016) Recomendação do provedor (Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Contato com profissionais da saúde (Kangmennaang et al., 2018; Luft et al., 2020) Atendimento gratuito nos centros de saúde (Vega Crespo et al., 2022; Dzobo et al., 2024)

Falta de profissionais qualificados (Mantula; Toefy; Sewram, 2024; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Equipamentos e instalações (Mittal et al., 2023; Mantula; Toefy; Sewram, 2024) Centros de saúde de difícil acesso (Vega Crespo et al., 2022; Adegboyega et al., 2023) Longo tempo de espera (Vega Crespo et al., 2022; Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021) Falta de testes (Daley et al., 2011; Mantula; Toefy; Sewram, 2024) Fatores econômicos (Adegboyega et al., 2023; Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021) Desconfiança em profissionais (Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021) Intimidação (Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021) Atitude negativa do provedor (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Disponibilidade de serviços (Adegboyega et al., 2023) Atrasos no laboratório (Mittal et al., 2023) Agendamento (Mittal et al., 2023) Desconfiança nos centros de saúde (Vega Crespo et al., 2022) Idioma (Luft et al., 2020; Cha, Chun, 2021) Documentação/formulários não-inclusivos - LGBT (Johnson; Wakefield; Garthe, 2020) Ambiente e infraestrutura não-acolhedores – LGBT (Johnson; Wakefield; Garthe, 2020) Ambiente clínico (Power et al., 2024; Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021) Navegação do sistema de saúde (Luft et al., 2020) Inacessibilidade dos serviços (Mantula; Toefy; Sewram, 2024)	Profissionais do sexo feminino (Sethi et al., 2021; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Treinamento de profissionais (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Promoção de relacionamento profissional-paciente (Maar et al., 2016) Seguro de saúde (Kangmennang et al., 2018) Informações educacionais verbais (Dzobo et al., 2024) Incentivo e apoio ao rastreio (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Sistemas de lembretes de saúde (Cha, 2018) Documentação/ formulários inclusivos – LGBT (Johnson; Wakefield; Garthe, 2020) Ambiente e infraestrutura acolhedores – LGBT (Johnson; Wakefield; Garthe, 2020) Acessibilidade (Adegboyega et al., 2023) Tratamento respeitoso nos centros de saúde (Vega Crespo et al., 2022) Contato prévio com o sistema de saúde (Luft et al., 2020) Informações em língua nativa (Luft et al., 2020) Baixo custo do Papanicolaou (Luft et al., 2020) Fatores econômicos (Adegboyega et al., 2023) Conscientização cultural pelos profissionais de saúde (Sethi et al., 2021) Serviços integrados (Sethi et al., 2021; Dzobo et al., 2024)
--	---

	Experiência negativa de saúde (Sethi et al., 2021) Atitude negativa dos prestadores de serviços (Mantula; Toefy; Sewram, 2024) Baixo comprometimento dos profissionais com o trabalho (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Linguagem utilizada (Sethi et al., 2021) Falta de resultados (Sethi et al., 2021) Privacidade (Sethi et al., 2021) Educação familiar e comunitária (Dzobo et al., 2024)	Disponibilidade dos serviços (Adegboyega et al., 2023) Políticas de triagem no local de trabalho (Nyambe et al., 2018) Colaboração entre provedores de serviços de saúde e de deficiência (Power et al., 2024) Experiência positiva em saúde (Sethi et al., 2021) Comunicação compreensível (Maar et al., 2016) Promoção do empoderamento feminino (Maar et al., 2016) Realização de visitas preventivas – por mulheres (Maar et al., 2016) Privacidade e conveniência - autoamostragem (Dzobo et al., 2024)
Comunitário	Valores culturais (Daley et al., 2011; Ghebre et al., 2015; Kangmennaang et al., 2018; Luft et al., 2020; Mittal et al., 2023; Nyambe et al., 2018; Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024; Dzobo et al., 2024) Crenças (Daley et al., 2011; Luft et al., 2020; Vega Crespo et al., 2022; Nyambe et al., 2018; Mantula; Toefy; Sewram, 2024; Palmer, 2019; Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Estigma (Nyambe et al., 2018; Mantula; Toefy; Sewram, 2024; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024; Dzobo et al., 2024; Ghebre et al., 2015; Luft et al., 2020; Vega Crespo et al., 2022; Afsah; Kaneko, 2023) Transporte (Daley et al., 2011; Luft et al., 2020; Adekunle et al., 2023; Ghebre et al., 2015) Normas de gênero (Kangmennaang et al., 2018; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Falta de acessibilidade - geográfica (Lee, Carvalho, 2014; Afsah) Falta de acessibilidade – financeira (Lee, Carvalho, 2014; Mittal et al., 2023) Insegurança habitacional (Adekunle et al., 2023) Localização geográfica (Daley et al., 2011; Cha, Chun, 2021)	Participação comunitária em programas de promoção à saúde (Vega Crespo et al., 2022; Maar et al., 2016) Apoio à comunidade (Sethi et al., 2021; Maar et al., 2016) Expansão de recursos da comunidade (Cha, 2018) Promoção e incentivo à prevenção (Maar et al., 2016) Interação com instituições sociais (Nyambe et al., 2018) Programas organizados de rastreio do CCU (Power et al., 2024) Colaboração do setor público/privado (Mittal et al., 2023) Pessoal de extensão rural (Mittal et al., 2023) Serviços rápidos (Lee, Carvalho, 2014) Mídia (Nyambe et al., 2018)

	Falta de acessibilidade (Afsah; Kaneko, 2023) Conhecimento (Nyambe et al., 2018) Percepção de mulheres/social (Ghebre et al., 2015; Luft et al., 2020) Responsabilidades familiares (Mantula; Toefy; Sewram, 2024) Organização comunitária (Kangmennaang et al., 2018; Morse et al., 2023) População diversificada (Mittal et al., 2023) Diferenças regionais (Lee, Carvallo, 2014) Circuncisão feminina (Adekunle; Ahmed; Afifi, 2021) Modéstia (Luft et al., 2020; Afsah; Kaneko, 2023) Desequilíbrios de gênero/desconfiança masculina (Sethi et al., 2021) Desconfiança (Afsah; Kaneko, 2023) Estigma das ISTs (Sethi et al., 2021) Efeitos isolantes (Sethi et al., 2021) Pobreza (Vega Crespo et al., 2022) Disponibilidade de serviço local (Mittal et al., 2023) Procedimentos complicados (Afsah; Kaneko, 2023) Longo tempo de espera (Afsah; Kaneko, 2023) Escassez das organizações de saúde (Adekunle et al., 2023) Preferência por provedores étnicos (Lee, Carvallo, 2014) Falta de profissionais – sexo feminino (Afsah; Kaneko, 2023) Falta de disponibilidade (Lee, Carvallo, 2014)	Profissionais disponíveis (Maar et al., 2016) Literacia em redes sociais (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024)
--	---	---

	Falta de recursos para a conscientização (Adekunle et al., 2023) Ausência de recursos comunitários (Adegboyega et al., 2023) Falta de programas organizados de rastreio do CCU (Power et al., 2024) Desigualdade em saúde (Lee, Carvalho, 2014) Falta de aceitação da doença (Palmer, 2019) Morte como fenômeno natural (Palmer, 2019) Redes sociais (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Falta de documentação (Daley et al., 2011) Medo de deportação (Daley et al., 2011) Isolamento social (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Falta de informação, educação e conscientização – doença e autocoleta (Dzobo et al., 2024) Práticas religiosas (Dzobo et al., 2024)	
Político	Legislações e políticas inconsistentes (Adegboyega et al., 2023; Morse et al., 2023) Acesso desfavorável/limitado a recursos de saúde (Palmer, 2019; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Falta de seguro às mulheres (Luft et al., 2020; Cha, Chun, 2021) Acesso aos serviços de rastreio e continuidade do cuidado (Camara et al., 2021; Palmer, 2019) Regulamentação (Daley et al., 2011) Políticas precárias e falta de acompanhamento (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Falta de uma política nacional clara (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Inconsistência no financiamento (Daley et al., 2011)	Financiamento (Camara et al., 2021; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Disponibilidade e acesso a serviços (Palmer, 2019; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Programas organizados de rastreio do CCU (Power et al., 2024; Maar et al., 2016) Materiais de apoio e de educação em saúde (Camara et al., 2021) Incentivo financeiro aos prestadores (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Políticas para garantir acesso e disponibilidade (Camara et al., 2021) Serviços de rastreio gratuitos (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024)

	Investimento governamental (Mittal et al., 2023) Barreiras financeiras (Cha, Chun, 2021; Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Falta de recursos humanos (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Rotatividade de profissionais (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Etnia (Kangmennaang et al., 2018) Desigualdade social (Kangmennaang et al., 2018) Desigualdade de gênero (Morse et al., 2023) Crenças religiosas e culturais (Morse et al., 2023) Local de residência (Kangmennaang et al., 2018) Cobertura de seguro limitada (Luft et al., 2020) Trauma (Sethi et al., 2021) Envolvimento com as políticas de promoção da saúde (Cha, 2018) Falta de promoção da saúde (Vega Crespo et al., 2022) Falta de um plano de triagem (Vega Crespo et al., 2022) Poucos protocolos padronizados (Mittal et al., 2023) Comunicação (Mittal et al., 2023) Recomendações de idade para triagem (Nyambe et al., 2018) Falta de clínicas móveis (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Falta de equipamentos e suprimentos (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Falta de ferramentas de triagem e diagnóstico (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024)	Disponibilidade e acesso a recursos (Palmer, 2019) Expansão da cobertura do seguro saúde (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Desenvolvimento de diretrizes (Camara et al., 2021) Oferta de triagem no local de trabalho (Vega Crespo et al., 2022) Cobertura de triagem (Mittal et al., 2023) Campanhas de mídia nacional (Vega Crespo et al., 2022) Informações sobre saúde pública (Power et al., 2024) Aumento do acesso a informações (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Possibilidade de autotriagem (Nyambe et al., 2018) Descentralização no sistema de prestação de serviços (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024) Implementação do programa de rastreio por meios de comunicação (Atnafu; Khatri; Assefa, 2024)
--	---	---

	Superlotação de unidades (Atnaфу; Khatri; Assefa, 2024) Serviços de má qualidade e fraca eficácia (Atnaфу; Khatri; Assefa, 2024) Sistema de consultas inconsistente (Atnaфу; Khatri; Assefa, 2024)	
TRATAMENTO DO CCU / TERCIÁRIA		
	Barreiras	Facilitadores
Individual	Baixa escolaridade e analfabetismo (Daley et al., 2011; Manga; Kiyang; DeMarco, 2019; Owokuhaisa et al., 2024) Pobreza (Daley et al., 2011; Manga; Kiyang; DeMarco, 2019; Owokuhaisa et al., 2024) Comportamentos pessoais (Daley et al., 2011; Ackbarali, 2022; Morse et al., 2023) Negligência ou descuido dos pacientes (Owokuhaisa et al., 2024) Falta de informação adequada (Owokuhaisa et al., 2024) Falta de conhecimento (Ackbarali, 2022; Ogoke, 2023; Morse et al., 2023) Violência do parceiro (Daley et al., 2011) Crenças pessoais (Daley et al., 2011; Morse et al., 2023) Desconfiança nos resultados da triagem (Owokuhaisa et al., 2024) Comportamentos de risco (Daley et al., 2011) Medo (Manga; Kiyang; DeMarco, 2019; Owokuhaisa et al., 2024) Acessibilidade/Inacessibilidade física (Ackbarali, 2022) Falta de confiança em instituições e médicos (Ackbarali, 2022) Falta de adesão ao tratamento e a triagem (Ackbarali, 2022; Ogoke, 2023) Normas sociais/culturais (Ackbarali, 2022)	Nível de educação (Manga; Kiyang; DeMarco, 2019) Medo da dor ou da morte (Owokuhaisa et al., 2024) Desejo de monitorar o progresso após o tratamento (Owokuhaisa et al., 2024) Percepções positivas da autoestima (Owokuhaisa et al., 2024)

	Atitudes e autoconceito (Morse et al., 2023) Falta de familiaridade com os sistemas de saúde (Ackbarali, 2022) Acesso a cuidados fragmentados (Ackbarali, 2022) Falta de vacinação, triagem e acompanhamento ginecológico regular (Ogoke, 2023)	
Interpessoal	Falta de apoio familiar/parceiro (Cohen et al., 2013; Owokuhaisa et al., 2024) Custos (Cohen et al., 2013) Transporte (Cohen et al., 2013) Tempo (Cohen et al., 2013; Ogoke, 2023) Falta de conhecimento (Cohen et al., 2013) Equívocos e desinformação (Owokuhaisa et al., 2024) Uso de fitoterapia e intervenções espirituais (Owokuhaisa et al., 2024) Baixa escolaridade (Cohen et al., 2013) Influência do parceiro (Manga; Kiyang; DeMarco, 2019) Idioma (Cohen et al., 2013) Não divulgação dos resultados da triagem a familiares/cônjuges (Owokuhaisa et al., 2024) Gênero do médico (Ogoke, 2023) Interações sociais e com profissionais de saúde (Ogoke, 2023; Morse et al., 2023)	Apoio social (Owokuhaisa et al., 2024)
Organizacional	Falta de profissionais (Daley et al., 2011) Falta de profissionais qualificados (Ackbarali, 2022) Falta de tratamento (Daley et al., 2011)	Atitudes da equipe (Manga; Kiyang; DeMarco, 2019)

	Falta de serviços e materiais – patologia / cirurgia / paliativos / equipamentos (Ackbarali, 2022) Falta de confiança (Ackbarali, 2022; Ogoke, 2023) Atraso nos resultados (Ackbarali, 2022) Deteção tardia (Ogoke, 2023) Falta de encaminhamento (Daley et al., 2011) Financiamento (Daley et al., 2011) Custo dos serviços (Manga; Kiyang; DeMarco, 2019) Atitudes da equipe (Manga; Kiyang; DeMarco, 2019; Ogoke, 2023) Aconselhamento inadequado (Manga; Kiyang; DeMarco, 2019; Ackbarali, 2022) Acesso limitado a opções de tratamento (Ackbarali, 2022) Falta de seguro saúde (Ogoke, 2023) Interação médico/paciente – cultura (Ogoke, 2023) Tamanho do consultório (Ogoke, 2023) Prática de exames de Papanicolaou pelo médico (Ogoke, 2023) Localização (Ogoke, 2023)	
Comunitário	Valores culturais (Daley et al., 2011; Manga; Kiyang; DeMarco, 2019) Medo de deportação (Daley et al., 2011) Transporte (Daley et al., 2011; Manga; Kiyang; DeMarco, 2019) Localização do consultório (Ogoke, 2023) Crenças (Daley et al., 2011; Manga; Kiyang; DeMarco, 2019) Longo tempo de espera na unidade e para a obtenção dos resultados (Owokuhaia et al., 2024)	Comportamento de comunicação do provedor (Owokuhaia et al., 2024) Aconselhamento (Owokuhaia et al., 2024) Confiança na unidade de saúde (Owokuhaia et al., 2024) Plataformas de comunicação como o whatsapp (Owokuhaia et al., 2024)

	Alto número de pacientes (Owokuhaiza et al., 2024; Ogoke, 2023) Congestionamento e falta de privacidade (Owokuhaiza et al., 2024) Falta de pessoal (Owokuhaiza et al., 2024) Falta de formação para prestadores de cuidados (Owokuhaiza et al., 2024) Falta de reagentes de triagem (Owokuhaiza et al., 2024) Agendamento de consultas somente em dias úteis (Owokuhaiza et al., 2024) Políticas comunitárias (Morse et al., 2023)	
Política pública	Regulamentação (Daley et al., 2011) Inconsistência no financiamento (Daley et al., 2011) Falta de interação entre serviços de rastreio e tratamento (Owokuhaiza et al., 2024) Desigualdade de gênero (Morse et al., 2023) Crenças religiosas ou culturais (Morse et al., 2023) Políticas de saúde (Morse et al., 2023)	

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados publicados.

5. DISCUSSÃO

Para fornecer um quadro mais completo dos vários fatores que permeiam a prevenção do CCU esta revisão de escopo teve como objetivo identificar a literatura existente que examinasse o uso do MSE no contexto de prevenção do CCU. Além disso, esta revisão de escopo forneceu insights valiosos sobre os níveis do MSE mais estudados, barreiras, facilitadores e direções para pesquisas futuras nesse campo. A maioria das pesquisas disponíveis concentrou-se em parâmetros nos níveis individual e interpessoal, especialmente no contexto da vacinação contra o HPV. Uma lacuna destacada pelos resultados foi o número reduzido de estudos que abordaram o nível de políticas.

As principais barreiras encontradas a nível intrapessoal comum aos três níveis de prevenção ao CCU foram barreiras de conhecimento e fatores socioeconômicos. Um estudo realizado com 150 mulheres em Meerut, Índia, apresenta que 77% das mulheres estudadas não tinham ideia do exame Papanicolaou, 59% acreditavam que nunca poderiam ter CCU, apenas 33% ($n = 50$) do seu grupo amostral eram cientes do exame, 39,3% das mulheres acreditavam que apenas mulheres com histórico de câncer poderiam desenvolver o CCU, 11,3% acreditavam que mulheres com AIDS e múltiplos parceiros poderiam desenvolver o CCU e 26% acreditavam se tratar de uma doença de extrema velhice, o que demonstra pouco conhecimento sobre a doença (Prateek et al., 2018). Mulheres que apresentavam maior conhecimento a respeito do HPV, da necessidade de vacinação, de rastreio e tratamento ao CCU tinham maior aceitação e atitudes preventivas (Kussia et al., 2024; Bayu et al., 2016; Belay; Asmare; Kassie, 2023; Destaw et al., 2021; Netfa et al., 2023).

Estudos como os de Runngren; Eriksson; Blomberg. (2022) e Burns; Selvey; Roux. (2020) confirmam dados encontrados neste estudo, que trazem a educação em saúde e fornecimento de ambientes educacionais auxiliam a promoção do conhecimento. De igual modo, o fornecimento de informações de forma on-line, como visto neste estudo, também auxilia na educação em saúde (Burns; Selvey; Roux, 2020). No entanto, ainda assim, é necessário que a equipe atue positivamente, tendo em vista que as atitudes desta são vistas como facilitadores à continuidade da busca por saúde, do contrário, atitudes rudes e hostis interferem na aceitação do atendimento (Binka et al., 2019; Victoria et al., 2020).

Além disso, outra limitação comum à prevenção individual encontrada neste estudo foi o medo, especialmente relacionado ao câncer, ao exame e à vacina (Gele et al., 2017; Bayu et al., 2016; Gizaw et al., 2020). Os estudos trouxeram relatos de preocupações a respeito dos

efeitos colaterais e segurança da vacina, comumente citadas como barreiras à aceitação dos pais à vacinação de crianças e adolescentes (Zanini et al., 2017; Burns; Selvey; Roux, 2020). Constrangimento e embaraço são comumente relatados por mulheres, quando questionadas a respeito do rastreamento ao CCU, como fatores limitantes pelo desconforto com a exposição íntima (Gele et al., 2017; Gizaw et al., 2020). Fatores como crenças costumeiramente são referidas como barreiras, tendo em vista que estas podem ser de bases religiosas, e considerar a doença como algo não sagrado ou castigo divino, de base cultural, e buscar a cura por remédios naturais, de natureza errônea, por informações incorretas adquiridas ou mesmo relacionadas a sexualidade e seus estigmas. (Gele et al., 2017; Gutusa; Roets, 2023). Barreiras linguísticas, principalmente para imigrantes, tornaram o acesso a informações adequadas mais dificultoso, tornando a prevenção menos abrangente, pela dificuldade de comunicação em seu idioma natural (Netfa et al., 2023; Abdi et al., 2020).

No que se refere ao nível interpessoal a falta de apoio e influência social, familiar e conjugal tornou o acesso a cuidados de saúde reduzido, em contrapartida, mulheres que recebem apoio da família, do parceiro, de amigos e mesmo de pares demonstram maior aceitação à prevenção (Chapola et al., 2021; Gizaw et al., 2020; Victoria et al., 2020; Netfa et al., 2023; Habila et al., 2021). Também é apresentada a recomendação como fator de influência à prevenção, sendo melhor aceita, principalmente, quando realizada por profissionais, e em sua ausência, há menor aceitação aos cuidados (Destaw et al., 2021; Netfa et al., 2023; Victoria et al., 2020; Claro; Lima; Almeida, 2021). A falta de confiança nos serviços e profissionais também impactou a decisão pela prevenção, tornando-a mais propícia em ambientes onde a confiança é percebida (Gizaw et al., 2020). No estudo de Gizaw et al. (2020) mais de 70% das mulheres relataram estar ocupadas com outras atividades cotidianas, impossibilitando-as de acessarem os serviços de prevenção pela falta de tempo, também encontrada como barreira neste estudo.

A necessidade de consentimento dos pais foi citada como barreira à vacinação dos filhos, uma vez que o receio destes principalmente pelo medo de efeitos colaterais, levou à recusa da vacinação (Zanini et al., 2017; Burns; Selvey; Roux, 2020). Também foram encontrados relatos dos benefícios de uma boa comunicação entre paciente-provedor, proporcionando maior confiança à prestação de saúde destes (Runngren; Eriksson; Blomberg, 2022; Gizaw et al., 2020; Netfa et al., 2023).

Em relação ao nível organizacional, o acesso aos serviços de saúde tende a ser inacessível na maioria dos países pelo seu alto custo, dificultando o acesso pela população

menos favorecida financeiramente (Bevilacqua et al., 2022; Adedimeji et al., 2021; Chapola et al., 2021). Além do mais, a acessibilidade, por vezes, também é uma barreira ao acesso, tendo em vista que, em muitos locais, os serviços de saúde ficam significativamente distante, tornando a logística dificultosa, principalmente pelos recursos limitados (Najjemba et al., 2023; Chapola et al., 2021). E mesmo quando as mulheres conseguem acessar aos serviços, por vezes há uma escassez de materiais que impossibilitam a realização do rastreio ou tratamento do CCU (Bevilacqua et al., 2022).

Além disso, este estudo traz a falta de profissionais qualificados, principalmente com o manejo de minorias sociais (Carvalho et al., 2024). O tempo de espera para a realização de marcação de consultas, realização de exames, aguardo dos resultados e busca/realização de tratamento também foram obstáculos encontrados para o prosseguimento das ações de prevenção (Morse et al., 2023; Araújo et al., 2021). A recomendação a nível de instituição abre portas à prevenção por meio da vacinação, rastreio ou realização do tratamento, considerando uma maior confiança em profissionais de saúde, no entanto, se a recomendação for deficitária, influenciará negativamente (Burns; Selvey; Roux, 2020; Runngren; Eriksson; Blomberg, 2022).

Referente ao nível comunitário, em um contexto social, normas e valores culturais são seguidos pelo grupo ao qual pertencem. No entanto, por vezes a cultura em questão traz enraizado em seu cotidiano o machismo, a submissão feminina, o olhar sob o corpo feminino pela importância da virgindade e modéstia e o papel feminino na sociedade. Além disso, há crenças religiosas que associam o câncer como punição ao indivíduo, entre outras questões que permeiam esse contexto cultural, distanciando e interferindo na busca pela prevenção (Binka et al., 2019; Bevilacqua et al., 2022). Outro fator no que diz respeito à comunidade é o estigma, seja ele do câncer, do exame, sexual ou do HPV; atua como uma barreira à prevenção movida especialmente pelo medo do julgamento social que interfere em ações de prevenção (Peterson et al., 2021)

Uma das principais barreiras encontradas a nível político foi o custo relacionado às ações de prevenção ao CCU, no entanto, apesar dos esforços, o acesso a serviços de vacinação ainda é limitado, tendo em vista seu custo, principalmente em países em que, para a obtenção da vacina o pagamento é necessário (Talabi et al., 2023). Um estudo realizado nas Filipinas trouxe os custos a nível nacional para a vacinação contra o HPV foram estimados em \$ 21.592 para custos financeiros (transações contábeis) e \$ 114.978 para custos econômicos (recursos), respectivamente, e apresenta que a maior parcela de custos financeiros foi para aluguel de

veículos para coleta ou distribuição de vacinas e armazenamento em 70% e os custos de capital para veículos e equipamentos para coleta ou distribuição de vacinas e armazenamento contribuíram com a maior parcela (74%) dos custos econômicos, e ainda assim, a cobertura vacinal do ano de referência foi estimada em 48% para a dose 1 e 5% para a dose 2, (Aldaba et al., 2024).

A não obrigatoriedade da vacinação traz uma abertura para que os pais e responsáveis recusem o recebimento da vacina por seus filhos. Países em que a vacina contra o HPV é obrigatória têm uma maior cobertura vacinal do que países em que ela é apenas recomendada. Um estudo sobre estratégias de prevenção e rastreamento ao CCU traz que no Chile a vacinação contra o HPV é obrigatória e em 2019 a cobertura vacinal foi de 79,6% enquanto que no Brasil, onde não há obrigatoriedade, a cobertura foi de apenas 47,4%, confirmando dados do nosso estudo a respeito da cobertura vacinal com a obrigatoriedade da mesma (Claro; Lima; Almeida, 2021). Para tal, programas de vacinação auxiliam na ampliação da prevenção primária (Shin et al., 2021).

À prevenção secundária, constata-se que uma maior cobertura do seguro de saúde às mulheres favorece a realização dos cuidados de rastreio, como proposto por um estudo realizado na África do Sul, onde afirma que mulheres que tinham a cobertura do seguro saúde tiveram 13% mais chances de realizar o teste de prevenção ao CCU em comparação àquelas que não tinham seguro (Akokuwebe et al., 2021). Ademais, é necessário que seja realizado financiamento adequado que, de fato, promova o a ampliação do acesso aos cuidados e à prevenção do CCU (Binka et al.; 2019).

Esta revisão de escopo apresentou algumas limitações que devem ser consideradas. Primeiramente, não foi realizada a avaliação da qualidade das evidências disponíveis, o que impede a análise das implicações para a prática clínica. Além disso, não foram encontrados termos específicos do Modelo Social Ecológico nos bancos de dados MesH, Emtree ou Thesaurus, embora todos os sinônimos possíveis tenham sido empregados na busca. No entanto, esta revisão se destaca pelo rigor metodológico estabelecido pelo JBI, o que fortalece a credibilidade das descobertas apresentadas. Seus pontos fortes são evidenciados pelos resultados gerais deste estudo sobre o uso do MSE, sendo o primeiro a abordar os três níveis de prevenção do CCU sob essa perspectiva.

6. CONCLUSÃO

Esta revisão de escopo resume a literatura recente que examina a aplicabilidade do MSE nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária do CCU, além de verificar as barreiras e facilitadores mais determinantes.

Após uma revisão abrangente da literatura, a descoberta sugere que a maioria das pesquisas disponíveis se concentrou em fatores intrapessoais, interpessoais e comunitários. Uma parte considerável dos estudos abordaram os cinco níveis do MSE e se concentraram na vacinação contra o HPV. As barreiras mais prevalentes que dificultam os níveis de prevenção do CCU estavam relacionadas a falta de conhecimento, medo, preocupação, desconfiança, acesso, falta de recomendação, falta de seguro saúde, pobreza, crenças pessoais, falta de apoio, questões logísticas, normas e valores sociais, crenças errôneas, políticas inconsistentes e custo. Já os facilitadores estavam relacionados ao conhecimento, confiança, recomendação, conscientização, apoio e influência sociais, comunicação paciente-provedor, educação em saúde, a mídia como fomentador de conhecimento, o acesso aos serviços e financiamento.

Vale ressaltar que são necessárias mais pesquisas sobre os fatores do nível de política. É crucial aprofundar o conhecimento sobre o impacto real da legislação voltada para a vacinação, o rastreamento e o tratamento do CCU. Apenas um estudo em nível da América do Sul foi identificado, porém, a prevenção do CCU é frequentemente investigada em diversos contextos. Há uma necessidade de realizar estudos em nível nacional, considerando as diferentes realidades sociais e culturais, uma vez que a maioria das pesquisas tem sido conduzida nos EUA.

Como implicação para enfermagem, o MSE, quando aplicado na prevenção do CCU, oferece uma abordagem abrangente que envolve múltiplos níveis de intervenção. O Modelo apoia a equipe de enfermagem ao incentivar práticas preventivas de promoção de saúde e ações educativas nos níveis individual, interpessoal, organizacional, comunitário e de políticas públicas, envolvendo o próprio indivíduo e a redes de apoio, como familiares e amigos. Isso visa superar barreiras sociais e culturais e destacar a importância de práticas preventivas, como o exame de Papanicolau e a vacinação contra o HPV.

Ao adotar o MSE, a enfermagem também auxilia a atuação em equipe multidisciplinar, no fortalecimento da vacinação contra o HPV, coordenação de ações de rastreamento, apoiando políticas públicas de saúde e garantindo que o acompanhamento e tratamento sejam contínuos

e eficazes, especialmente para as populações em situação de vulnerabilidade, contribuindo para uma prevenção mais eficaz do CCU.

Compreender as barreiras e facilitadores da vacinação, rastreamento e tratamento do CCU em relação aos níveis do MSE é essencial para identificar estratégias eficazes, promover a equidade no acesso aos serviços de saúde e aprimorar os resultados relacionados à prevenção e controle do CCU. O MSE fornece uma estrutura valiosa para analisar esses aspectos, possibilitando o desenvolvimento de intervenções adaptadas a cada nível, com foco na prevenção, rastreamento e tratamento do CCU.

REFERÊNCIAS

- Abdi, HI, Hoover, E., Fagan, SE *et al.* Rastreamento do câncer cervical entre mulheres imigrantes e refugiadas: revisão de escopo e orientações para pesquisas futuras. *J Immigrant Minority Health* **22** [Internet], [cited 2024 Dec 8] 1304–1319 (2020). <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1007/s10903-020-01014-5>
- Adedimeji, A., Ajeh, R., Pierz, A. et al. Challenges and opportunities associated with cervical cancer screening programs in a low income, high HIV prevalence context. *BMC Women's Health* **21** [Internet], [cited 2024 Dec 8] 74 (2021). <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12905-021-01211-w>
- Aghdam FB, Alizadeh N, Nadrian H, Augner C, Mohammadpoorasl A. Effects of a multi-level intervention on hookah smoking frequency and duration among Iranian adolescents and adults: an application of socio-ecological model. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2024 Aug 1];21(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33478456/>
- Akokuwebe, M.E., Idemudia, E.S., Lekulo, A.M. *et al.* Determinants and levels of cervical Cancer screening uptake among women of reproductive age in South Africa: evidence from South Africa Demographic and health survey data, 2016. *BMC Public Health* **21**, 2013 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12020-z>
- Aldaba, J. G., Llave, C. L., Uy, M. E. V., Tejano, K. P., Aquino, M. R. C., Antonio P Catalig, M., Sy, A. D. R., Valverde, H. A., Mooney, J., & Slavkovsky, R. (2024). The cost of human papillomavirus vaccination delivery at the administrative and health facility levels in the Philippines. *Vaccine: X* [Internet], [cited 2024 Dec 10] 17, 100459. <https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2024.100459>
- Araújo, M. N., Sousa, H. R. de, Rocha, A. de S. ., Gomes, B. M. G. ., Murada, S. G. R. ., Pinho, M. D. M. de ., & Santos, J. C. . (2021). The nurse in the performance of the Papanicolau exam: obstacles and the perception of women. *Research, Society and Development* [Internet], [cited 2024 Dec 8] 10(15), e574101523685. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23685>
- Bayu H, Berhe Y, Mulat A, Alemu A (2016) Cervical Cancer Screening Service Uptake and Associated Factors among Age Eligible Women in Mekelle Zone, Northern Ethiopia, 2015: A Community Based Study Using Health Belief Model. *PLoS ONE* [Internet]; [cited 2024 Dec 6] 11(3): e0149908. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149908>
- Belay, A.S., Asmare, W.N. & Kassie, A. Cervical cancer screening utilization and its predictors among women in bench Sheko Zone, Southwest Ethiopia: using health belief model. *BMC Cancer* **23** [Internet], [cited 2024 Dec 6] 472 (2023). <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12885-023-10927-x>
- Bevilacqua, K. G., Gottschlich, A., Murchland, A. R., Alvarez, C. S., Rivera-Andrade, A., & Meza, R. (2022). Cervical cancer knowledge and barriers and facilitators to screening among women in two rural communities in Guatemala: a qualitative study. *BMC women's health* [Internet], [cited 2024 Dec 8] 22(1), 197. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01778-y>
- Binka, C., Nyarko, S. H., Awusabo-Asare, K., & Doku, D. T. (2019). Barriers to the Uptake of Cervical Cancer Screening and Treatment among Rural Women in Ghana. *BioMed*

research international [Internet], 2019 [cited 2024 Dec 8], 6320938. <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1155/2019/6320938>

Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunização: 40 anos [Internet]. 1st ed. Brasília (DF); 2013 [cited 2024 Jul 29]. 1–236 p. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf/view

Brasil. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. [Internet]. Brasil: Brasília (DF); Available from: https://planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6259.htm

Burns, S., Selvey, L., & Roux, F. (2020). Influences to HPV completion via a school-based immunisation program. *Sex Education* [Internet], [cited 2024 Dec 8] 21(2), 253–268. <https://doi.org/10.1080/14681811.2020.1788527>

Carvalho, T. A., Cabral, S. A. A. de O., de Brito, M. J. A., Santos, M. T. da S., dos Santos, T. R. M., Figueiredo, J. P., Cartaxo, L. da S., & Andrade, E. da S. (2024). Barreiras para participação de profissionais do sexo em ações de saúde preventivas como determinantes para o câncer de colo uterino. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet], [cited 2024 Dec 8] 7(1), 2860–2874. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n1-232>

Chapola, J., Lee, F., Bula, A., Mapanje, C., Phiri, B. R., Kamtuwange, N., Tsidya, M., Tang, J. H., & Chinula, L. (2021). Barriers to follow-up after an abnormal cervical cancer screening result and the role of male partners: a qualitative study. *BMJ open* [Internet], [cited 2024 Dec 8] 11(9), e049901. <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1136/bmjopen-2021-049901>

Claro, I. B., Lima, L. D. D., & Almeida, P. F. D. (2021). Diretrizes, estratégias de prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero: as experiências do Brasil e do Chile. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet], [cited 2024 Dec 9] 26(10), 4497–4509. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.11352021>

Cramer RJ, Kapusta ND. A Social-Ecological Framework of Theory, Assessment, and Prevention of Suicide. *Front Psychol* [Internet]. 2017 Oct 9 [cited 2024 Aug 1];8(OCT):1756. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29062296/>

Davis C, Huggins CE, Kleve S, Leung GKW, Bonham MP. Conceptualizing weight management for night shift workers: A mixed-methods systematic review. *Obes Rev* [Internet]. 2024 Feb 1 [cited 2024 Aug 1];25(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37985937/>

Denison JA, Willis K, DeLong SM, Sievwright KM, Agwu AL, Arrington-Sanders R, et al. Advancing Adolescent and Young Adult HIV Prevention and Care and Treatment Through Use of Multi-level Theories and Frameworks: A Scoping Review and Adapted HIV Ecological Framework. *AIDS Behav* [Internet]. 2024 May 1 [cited 2024 Jul 29];28(5):1694–707. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38351279/>

Destaw, A., Midaksa, M., Addissie, A., Kantelhardt, E. J., & Gizaw, M. (2021). Cervical cancer screening "see and treat approach": real-life uptake after invitation and associated factors at health facilities in Gondar, Northwest Ethiopia. *BMC cancer* [Internet], [cited 2024 Dec 6] 21(1), 1031. <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08761-0>

- Ferreira M do C, Vale DB, Barros MB de A. Incidência e mortalidade por câncer de mama e do colo do útero em um município brasileiro. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 10];55(67). Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/192871/177725>
- Gele, A. A., Qureshi, S. A., Kour, P., Kumar, B., & Diaz, E. (2017). Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: a qualitative study. *International journal of women's health* [Internet], [cited 2024 Dec 8] 9, 487–496. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S139160>
- Gizaw, M., Teka, B., Ruddies, F., Kassahun, K., Worku, D., Worku, A., Wienke, A., Mikolajczyk, R., Jemal, A., Kaufmann, A. M., Abebe, T., Addissie, A., & Kantelhardt, E. J. (2020). Reasons for Not Attending Cervical Cancer Screening and Associated Factors in Rural Ethiopia. *Cancer prevention research (Philadelphia, Pa.)* [Internet], [cited 2024 Dec 8] 13(7), 593–600. <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1158/1940-6207.CAPR-19-0485>
- Gutusa, F., & Roets, L. (2023). Early cervical cancer screening: The influence of culture and religion. *African journal of primary health care & family medicine* [Internet], [cited 2024 Dec 8] 15(1), e1–e6. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v15i1.3776>
- Habila, M. A., Kimaru, L. J., Mantina, N., Valencia, D. Y., McClelland, D. J., Musa, J., Madhivanan, P., Sagay, A., & Jacobs, E. T. (2021). Community-Engaged Approaches to Cervical Cancer Prevention and Control in Sub-Saharan Africa: A Scoping Review. *Frontiers in global women's health* [Internet], [cited 2024 Dec 9] 2, 697607. <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.3389/fgwh.2021.697607>
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2023: Incidência do Câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro (RJ); 2022 [cited 2024 Jul 8]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>
- Ioannou E, Humphreys H, Homer C, Purvis A. Preventing Type 2 Diabetes after Gestational Diabetes: A Systematic Review Mapping Physical Activity Components using the Socio-Ecological Model. *Matern Child Health J* [Internet]. 2024 Aug 1 [cited 2024 Jul 29];28(8):1354–79. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-024-03948-w>
- Keleynikov M, Cohen N, Benatov J. Maternal distress during the COVID-19 outbreak: A socio-ecological perspective. *PLoS One* [Internet]. 2024 May 1 [cited 2024 Jul 29];19(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38701039/>
- Konstantinou P, Theofanous V, Karekla M, Kassianos AP. Mapping the needs of healthcare workers caring for COVID-19 patients using the socio-ecological framework: a rapid scoping review. *Hum Resour Health* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2024 Jul 10];22(1):1–21. Available from: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-024-00919-8>
- Kussia, B., Shewangizaw, M., Abebe, S. et al. Health care seeking behaviour towards cervical cancer screening among women aged 30–49 years in Arbaminch town, Southern Ethiopia, 2023. *BMC Cancer* 24 [Internet], [cited 2024 Dec 6] 38 (2024). <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12885-023-11810-5>
- Martins E, Szymanski H. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* [Internet]. 2004 [cited 2024 Jul 29];4(1):0–0.

Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812004000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Mcleroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q* [Internet]. 1988 [cited 2024 Jul 29];15(4):351–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3068205/>

Ministério da Saúde (MS), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero [Internet]. 2nd ed. Rio de Janeiro (RJ); 2016 [cited 2024 Aug 18]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>

Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Vacina contra HPV na prevenção de câncer de colo do útero. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 82 [Internet]. 2013b Jul [cited 2024 Jul 29]; Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-836798>

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Nota técnica nº 63, de agosto de 2023 [Internet]. Brasília (DF); 2023 [cited 2024 Jul 29]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-63-2023-cgici-dpni-svsa-ms.pdf/view>

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações, Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. Nota Técnica nº 41, de abril de 2024: atualização das recomendações da vacinação contra HPV no Brasil. [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 29]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-41-2024-cgici-dpni-svsa-ms/view>

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe Técnico sobre a Vacina Papilomavírus Humano (HPV) na Atenção Básica. 2013a Dec [cited 2024 Jul 29]; Available from: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=2m3JlW6qoI%3D>

Mittal A, Neibart SS, Kulkarni A, Anderson T, Hudson S V., Beer NL, et al. Barriers and facilitators to effective cervical cancer screening in Belize: a qualitative analysis. *Cancer Causes Control* [Internet]. 2023 Aug 1 [cited 2024 Jul 8];34(8):647–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37165111/>

Morse, R. M., Jurczuk, M., Brown, J., Jara, L. E. C., Meza, G., López, E. J. R., Tracy, J. K., Gravitt, P. E., Paz-Soldan, V. A., & Proyecto Precancer Study Group (2023). "Day or night, no matter what, I will go": Women's perspectives on challenges with follow-up care after cervical cancer screening in Iquitos, Peru: a qualitative study. *BMC women's health* [Internet], [cited 2024 Dec 8] 23(1), 293. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02414-z>

Najjemba, JI, Ndagire, R., Mulamira, P. et al. Adesão ao tratamento entre pacientes adultas com câncer cervical recebendo cuidados no instituto de câncer de Uganda, Uganda: uma revisão retrospectiva de dados. *BMC Cancer* 23[Internet], [cited 2024 Dec 8] 631 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12885-023-11145-1>

Netfa, F., King, C., Davies, C., Rashid, H., Tashani, M., Booy, R., & Rachel Skinner, S. (2023). Perceived facilitators and barriers to the uptake of the human papillomavirus (HPV) vaccine among adolescents of Arabic-speaking mothers in NSW, Australia: A qualitative study. *Vaccine: X* [Internet], [cited 2024 Dec 8] 14, 100335. [https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.jvacx.2023.100335](https://doi.org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.jvacx.2023.100335)

Nyambe A, Kampen JK, Baboo SK, Van Hal G. The impact of the social environment on Zambian cervical cancer prevention practices. *BMC Cancer* [Internet]. 2018 Dec 12 [cited 2024 Jul 10];18(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30541491/>

Nyambe A, Van Hal G, Kampen JK. Screening and vaccination as determined by the Social Ecological Model and the Theory of Triadic Influence: a systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2016 Nov 17 [cited 2024 Jul 29];16(1):1–15. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3802-6>

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Nota de orientação da OPAS/OMS: prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres. Washington, DC: OPAS, 2013.

Ouyang YQ, Zhou J, Guo JY, Wang SY, Wang X, Zhou-Chen YB, et al. Effectiveness of a breastfeeding promotion intervention model based on Society ecosystems Theory for maternal women: a study protocol of randomized controlled trial. *Reprod Health* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Jul 29];20(1):1–12. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-023-01719-4>

Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* [Internet]. 2016 Dec 5 [cited 2024 Jul 30];5(1):1–10. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4>

Peters MD, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Scoping reviews (2020) [Internet]. Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. Available from: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>

Peterson, C. E., Silva, A., Goben, A. H., Ongtengco, N. P., Hu, E. Z., Khanna, D., Nussbaum, E. R., Jasenof, I. G., Kim, S. J., & Dykens, J. A. (2021). Stigma and cervical cancer prevention: A scoping review of the U.S. literature. *Preventive medicine* [Internet], [cited 2024 Dec 9] 153, 106849. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106849>

Prateek, S., Gupta, S., Gupta, A., Choudhary, S., Prakash, D., & Nain, G. (2018). Conhecimento e atitude de mulheres que frequentam a Subharti Medical College em relação ao exame de Papanicolau. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* [Internet], [cited 2024 Dec 6] 38 (7), 996–998. <https://doi.org/10.1080/01443615.2018.1437616>

Runngren E, Eriksson M, Blomberg K. Balancing Between Being Proactive and Neutral: School Nurses' Experiences of Offering Human Papilloma Virus Vaccination to Girls. *J Sch Nurs*. [Internet], 2022 [cited 2024 Dec 8];38(3):270-278. <https://doi.org/10.1177/1059840520933323>

Shin, M. B., Liu, G., Mugo, N., Garcia, P. J., Rao, D. W., Bayer, C. J., Eckert, L. O., Pinder, L. F., Wasserheit, J. N., & Barnabas, R. V. (2021). A Framework for Cervical Cancer Elimination in Low-and-Middle-Income Countries: A Scoping Review and Roadmap for Interventions and Research Priorities. *Frontiers in public health* [Internet], [cited 2024 Dec 9] 9, 670032. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.670032>

Sun Y, Ma Y, Cao M, Hu Z, Lin W, Chen M, et al. Breast and cervical cancer screening adherence in Jiangsu, China: An ecological perspective. *Front Public Health* [Internet]. 2022 Aug 11 [cited 2024 Aug 1];10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36033808/>

Talabi O, Gilbert H, Fawzi MCS, et al. Examining barriers and facilitators of HPV vaccination in Nigeria, in the context of an innovative delivery model: a mixed-methods study. *BMJ Public Health* 2023 [Internet], [cited 2024 Dec 10] 1:e000003. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2023-000003>

Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018 Oct 2;169(7):467–73.

Victoria, S. A., Racquel E, K., Lucila, S., Melisa, P., Viswanath, K., & Silvina, A. (2020). Knowledge and perceptions regarding triage among human papillomavirus-tested women: A qualitative study of perspectives of low-income women in Argentina. *Women's health (London, England)* [Internet], [cited 2024 Dec 8] 16, 1745506520976011. <https://doi.org/10.1177/1745506520976011>

Wassie M, Zegeye AF, Mekonen EG, Tekeba B, Ali MS, Gonete AT, et al. Human papillomavirus vaccination coverage among young women in the three sub-Saharan African countries using Demographic and Health Surveys data. *Hum Vaccin Immunother* [Internet]. 2024 Dec 31 [cited 2024 Jul 7];20(1). Available from: <https://doi.org/10.1080/21645515.2024.2370111>

World Health Organization (WHO). Improving data for decision-making: a toolkit for cervical cancer prevention and control programmes [Internet]. Geneva; 2018 [cited 2024 Aug 10]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/279420>

World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. World Health Organization [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 9];1–56. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>

World Health Organization. WHO Guidelines for Screening and Treatment of Precancerous Lesions for Cervical Cancer Prevention [Internet]. 2nd ed. World Health Organization; 2021 [cited 2024 Jul 8]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>

Zanini, N. V., Prado, B. S., Hendges, R. de C., dos Santos, C. A., Callegari, F. V. R., & Bernuci, M. P. (2017). Motivos para recusa da vacina contra o Papilomavírus Humano entre adolescentes de 11 a 14 anos no município de Maringá-PR. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade* [Internet], [cited 2024 Dec 8] 12(39), 1–13. [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1253](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1253)

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO EXTRAÇÃO DE DADOS

Nº	Autor(s), ano, país	Objetivo	Método	Amostra	Nível de Prevenção	Resultados
01	Daley et al., 2011, EUA	Utilizar o modelo socioecológico (MSE) para examinar as barreiras ao rastreamento e tratamento do câncer de colo do útero (CCU) na Flórida.	Entrevista qualitativa semiestruturada	n= 21 profissionais de saúde	Secundária Terciária	- Os investigadores identificaram barreiras ao rastreio e tratamento do CCU na Florida em quatro níveis: Nível intrapessoal: comportamentos pessoais (não comparecimento às consultas, uso de drogas, múltiplos parceiros sexuais, recusa do tratamento); fatores de estresse relacionados com a pobreza (priorização de recursos, logística de tempo, custo de transporte, finanças); características pessoais (baixo nível de escolaridade, violência do parceiro íntimo) e crenças pessoais (medo e fé). Nível organizacional: falta de serviços (tratamento, encaminhamentos, testes de acompanhamento, intérpretes, dificuldades com o sistema), profissionais e questões de financiamento relacionadas com o programa. Nível comunitário: características da população (grupos transitórios, indocumentados, literacia em saúde, pobreza, dificuldades em acompanhamento e contatação, etc.); recursos comunitários (transporte, localização geográfica); crenças, valores culturais e medos (da doença, de deportação, desconfiança do sistema de saúde). Nível político: as questões de regulamentação a nível político são inconsistentes entre os níveis federal, estadual e local; e inconsistência no sistema de financiamento.
02	Ports; Reddy; Rameshbabu, 2013, Malawi	Elucidar potenciais barreiras e facilitadores para a vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) no Malawi	Entrevistas qualitativas	30 mães malauianas com idades entre 18 e 49 anos do distrito de Chiradzulu	Primária	Nível intrapessoal: <u>Barreiras:</u> 1. Conhecimento limitado 2. Infraestrutura de saúde do Malawi: • Distância aos serviços de saúde • Disponibilidade de recursos de saúde <u>Facilitadores:</u> 1. O câncer cervical é uma doença grave 2. Receptivo à vacinação 3. Papel das mulheres:

						• Materno • Comum 4. Confiança nos prestadores de cuidados de saúde
03	Cohen et al., 2013, EUA	Focar no papel da comunicação do navegador do paciente no enfrentamento das barreiras ao recebimento de cuidados de acompanhamento adequados para o CCU e serviços de prevenção.	Métodos mistos	N= 519 pacientes que concluíram um teste de navegação randomizado em Appalachia e 04 navegadores de pacientes leigos	Terciária	Nível interpessoal: Os navegadores não tiveram dificuldade em relatar seus casos bem-sucedidos e difíceis, conduzindo os pacientes ao tratamento adequado. Os navegadores confirmaram as barreiras relatadas pelos pacientes ao tratamento de acompanhamento do CCU e identificaram barreiras adicionais enfrentadas pelas mulheres dos Apalaches. Três temas foram identificados: (a) Barreiras logísticas ao tratamento podem mascarar as incertezas dos pacientes sobre os resultados do tratamento; (b) Os navegadores usam estrategicamente informações certas e incertas sobre anormalidades cervicais para motivar os pacientes a receberem tratamento de acompanhamento adequado e (c) Conflitos de valores relacionais e pessoais representam desafios à navegação do paciente.
04	Lee, Carvallo, 2014, EUA	Explorar fatores multiníveis que podem estar por trás das baixas taxas de rastreamento entre mulheres vietnamitas americanas e mulheres coreanas americanas que vivem em uma cidade onde suas comunidades étnicas são relativamente pequenas.	Entrevista qualitativa	N= 30 mulheres com 18 anos de idade ou mais e se autoidentificassem como vietnamitas ou coreanas - 15 mulheres vietnamitas americanas - 15 mulheres coreanas americanas	Secundária	Nível intrapessoal: Atributos pessoais extrínsecos (Tripartite demográfico – idade, estado civil e status parental -, Histórico de gravidez, Experiências de doença, Pobreza na pátria); Atributos pessoais intrínsecos (Personalidade, Crenças Errôneas – Virgindade, Promiscuidade sexual, Palavras se tornam sementes, Ausência de sintoma -, Fé religiosa, Falta de conhecimento) Nível interpessoal: Redes familiares (Responsabilidade e funções, Mãe como referência influente); Redes de pares (Apoiar, Desconfiança interpessoal, Credibilidade da informação); Redes provedor-paciente (Atributos do provedor, Qualidade da comunicação). Nível comunitário: Serviços e sistemas de saúde dos EUA (Falta de disponibilidade, Falta de acessibilidade, Falta de acessibilidade); Tamanho e localização da comunidade (Diferenças regionais em barreiras, Preferência de provedores étnicos); Serviços de saúde nacionais (Desigualdade em saúde, Serviços rápidos).
05	Ferrer; Trotter; Hickman,	Fornecer entendimento dos fatores que afetam a aceitação do programa de vacinação	Revisão sistemática qualitativa e	n= 41 estudos	Primária	MSE: fatores que influenciam a adesão da vacina contra o HPV por mulheres jovens em países de rendimento elevado: Nível intrapessoal: características e consentimento das jovens.

	2014, Inglaterra	contra o HPV, focamos em facilitadores e barreiras à tomada de decisão por partes interessadas importantes. Além disso, explicações para menor aceitação por mulheres jovens de grupos étnicos minoritários foram buscadas.	síntese de evidências			Nível interpessoal: tomada de decisão e consentimento dos pais. Nível organizacional: recomendação e fornecimento de profissionais de saúde. Nível comunitário: normas e valores sociais. Nível político: disponibilidade, custo e entrega da vacina.
06	Warner et al., 2015, EUA	Avaliar as percepções de pais latinos sobre a vacina contra o HPV.	Estudo qualitativo	n= 52 Pais/responsáveis latinos de crianças de 11 a 17 anos	Primária	As barreiras que os pais relataram em relação aos seus filhos receberem a vacina contra o HPV incluíram: Nível intrapessoal: conhecimento limitado dos pais sobre a vacinação contra o HPV; desconforto ao discutir o HPV e infecções sexualmente transmissíveis (IST); preocupações sobre os efeitos colaterais da vacina contra o HPV; incerteza sobre o risco potencial de seu filho contrair o HPV ou desenvolver CCU. Nível interpessoal: falta de uma recomendação forte do provedor. Nível organizacional: custo da vacina contra o HPV; falta de seguro médico. Nível comunitário: normas sociais; influências religiosas; falta de apoio da comunidade. Nível político: nenhum requisito legal para a vacinação contra o HPV; vacina contra o HPV não exigida pelas escolas.
07	Schultz, 2015, EUA	Examinar os preditores da vacinação contra o HPV entre adolescentes afro-americanos que vivem em um ambiente rural com poucos recursos	Não abordado	N= 205 cuidadoras	Primária	Nível intrapessoal: Conhecimento sobre o HPV, confiança nos prestadores de saúde. Nível interpessoal: Normas sociais percebidas. Nível organizacional: Exame de saúde da mulher (envolvimento em cuidados ginecológicos)
08	Ghebre et al., 2015, EUA	Explorar a linguagem, estrutura e contexto adequados para descrever métodos de prevenção e rastreio do CCU entre mulheres na comunidade somali de Minnesota.	Estudo qualitativo	55 mulheres que são conhecidas por oferecer orientação relacionada à saúde para a comunidade somali	Secundário	- Barreiras: Nível intrapessoal: Limitações de conhecimento; crenças religiosas; dor, medo e constrangimento, idioma, falta de tempo, falta de seguro saúde. Nível comunitário: Cultura e modéstia; percepção de mulheres solteiras, jovens e mais velhas; estigma do câncer, falta de transporte. Nível de sistemas: Idioma, falta de tempo, dificuldade de transporte, falta de seguro de saúde e falta de confiança no sistema de saúde.

09	Ferrer et al., 2016, Inglaterra	Identificar as barreiras e os facilitadores à aceitação da vacina contra o HPV em um grupo etnicamente diverso de mulheres jovens no sudoeste da Inglaterra.	Estudo qualitativo	n= 23 mulheres jovens n= 03 enfermeiras da escola n= 03 funcionários da escola	Primária	Nível intrapessoal: Autonomia de mulheres jovens na tomada de decisão para aceitação ou recusa. Nível interpessoal: Consentimento parental necessário, crenças sobre vacinas. Nível organizacional: Comunicação entre escolas, enfermeiros escolares e pais; consentimento parental necessário. Nível comunitário: valores culturais a respeito de comportamentos sexuais. Nível político: Fornecimento gratuito da vacina contra o HPV no ambiente escolar.
10	Maar et al., 2016, Canadá	Envolver mulheres das Primeiras Nações canadenses na participação do rastreamento do CCU	Pesquisa de ação qualitativa e participativa	N= 10 Primeiras Nações do Tratado Robinson-Superior no noroeste de Ontário	Secundária	- Ações para envolver mulheres na participação de rastreamento do CCU Nível intrapessoal: Explicar o significado do rastreio cervical; educação consistente e cedo; compreensão da prevenção do CCU; horários flexíveis; Nível interpessoal: Compreensão da prevenção do CCU; celebrar mulheres e a família com eventos especiais; comunicação pessoal. Nível organizacional: Realização de workshops regularmente; comunicação compreensível; construção de relacionamentos com os pacientes; empoderamento feminino; incentivar visitas preventivas de saúde, incluindo exames de triagem Nível comunitário: Promover eventos que incentivem a triagem, promover cuidados preventivos dentro das práticas atuais de assistência médica local, incentivar visitas preventivas de saúde, profissionais disponíveis para a realização do Papanicolaou; estratégias comunitárias. Nível político: Promover o rastreio do CCU no sistema atual
11	Kim; LeClaire, 2017, EUA	Avaliar criticamente os fatores que influenciam a vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) entre pais imigrantes nos Estados Unidos	Revisão sistemática	N= 22 artigos	Primária	Nível intrapessoal: Conscientização e conhecimento sobre as vacinas, gravidade da infecção percebida pelo HPV, preocupações com promiscuidade sexual, preocupações sobre segurança e eficácia das vacinas, vontade de proteger as crianças contra o HPV, disposição para buscar informações sobre a vacina, aculturação, ter filhos mais velhos, receber educação superior, uso regular de testes de Papanicolaou, mais de 15 anos de residência nos EUA, falante de inglês, história familiar de câncer.

						Nível interpessoal: recomendação do prestador de cuidados da saúde, desconfiança dos provedores, envolvimento da família, falta de confiança ou confiança dos filhos. Nível organizacional: mandatos de entrada na escola Nível comunitário: valores culturais de saúde sexual, ter ouvido falar da vacina contra o HPV em jornais, rádio ou televisão, influência da vizinhança: taxas de pobreza, porcentagem de residentes minoritários, porcentagem de residentes desempregados. Nível político: leis de imigração, custo da vacina ou cobertura de saúde nos EUA, leis estaduais
12	Sanderson et al., 2017, EUA	Desenvolver e avaliar a eficácia de uma intervenção que combinasse estratégias de intervenção focadas no provedor e no paciente, visando aumentar a vacinação contra o HPV entre pacientes pediátricos afro-americanos e hispânicos de 9 a 18 anos em clínicas de rede de segurança por meio de um ensaio pragmático.	Ensaio clínico pragmático controlado, não randomizado e agrupado	N= 713 - 408 pacientes com idades entre 9 e 18 anos - 305 suas mães	Primária	- Fatores que influenciam os comportamentos dos provedores e as decisões dos pais/pacientes na aceitação ou não aceitação da vacina: <u>Barreiras:</u> Nível intrapessoal: Idade da criança, preocupação com segurança/efeitos colaterais, falta de tempo, falta de conhecimento, falta de confiança em empresas farmacêuticas. Nível interpessoal: Apoio familiar, percepção de necessidade por estigma sexual. Nível organizacional: Informações de contraindicação, novidade sobre a vacina, ausência de recomendação, falta de vacina. <u>Facilitadores:</u> Nível intrapessoal: Provedor respondendo perguntas, vídeos e folhetos informativos, confiança na vacina, prevenção de doenças graves, medo de arrependimento futuro, proteger a criança do câncer, histórico familiar de câncer, busca por saúde. Nível interpessoal: Proteger a criança do HPV por meio de futuros parceiros sexuais, recomendação pelo profissional de saúde. Nível organizacional: Recomendação do provedor durante a visita inicial.
13	Warner et al., 2017, EUA	Identificar fatores sociodemográficos de indivíduos com menor probabilidade de iniciar e concluir a vacinação contra o HPV.	Estudo Transversal	N = 18.959	Primária	- Fatores que auxiliaram a uma maior prevalência de vacinação e conclusão da mesma Nível intrapessoal: Adolescentes do sexo feminino >14 anos, adolescentes que receberam outras vacinas, ter seguro saúde não fornecido por empregador/sindicato,

						Nível interpessoal: mães com idade <35, mães com < ensino médio, mães solteiras, Nível organizacional: Consulta a profissionais em uma unidade hospitalar, todos os profissionais obtendo suprimentos de vacinas - Fatores que auxiliaram a uma menor prevalência de vacinação e conclusão da mesma Nível intrapessoal: Adolescentes do sexo feminino <14 anos, adolescentes não vacinadas anteriormente, ter seguro saúde fornecido por empregador/sindicato Nível interpessoal: mães com idade >35, mães com alguma faculdade, mães casadas Nível organizacional: Consulta a profissionais em unidades públicas, uso de departamentos de saúde estaduais/locais para suprimentos de vacinas por profissionais,
14	Lanning; Golman; Crosslin, 2017, EUA	Determinar as taxas de vacinação, identificar fatores que influenciaram o início/continuação da série de vacinas contra o HPV e identificar níveis de influência para comportamentos de saúde contra o HPV em estudantes universitários.	Pesquisa on-line de formato misto	N= 200 estudantes universitários do primeiro e segundo ano	Primária	- Fatores que influenciam o comportamento vacinal de adolescentes contra o HPV Nível interpessoal: Família, pares Nível organizacional: Prestadores de cuidados de saúde, ambientes educacionais, mídia. Nível comunitário: Prestadores de cuidados de saúde, ambientes educacionais, mídia.
15	Cartmell et al., 2018, EUA	Investigar como as estratégias estaduais na Carolina do Sul (CS) poderiam maximizar a aceitação da vacina contra o HPV.	Entrevistas com informantes-chave	N= 34 indivíduos	Primária	- Barreiras e facilitadores para melhorar a vacinação contra o HPV <u>Barreiras:</u> Nível individual: Falta de conscientização sobre o HPV e a vacina, preocupações sobre a vacinação de adolescentes contra o HPV (natureza sexualmente transmissível, incerteza sobre segurança da vacina), falta de acesso (custo, seguro insuficiente), falta de recomendação do provedor.

						Nível interpessoal: Barreiras a nível de prática (suporte - falta tempo para recomendação do provedor, reembolso à farmácia), falta de sistemas de lembrete/recall da vacina. Nível político: Falta de acesso (falta de financiamento – fornecimento vacinal), barreiras a nível de prática (infraestrutura, lembretes, custo da administração da vacina), falta de investimento em campanhas de conscientização, engajamento em organizações de base, a vacina contra o HPV não é obrigatória para entrada na escola ou fornecida nas escolas. <u>Facilitadores:</u> Nível individual: Requisito TdaP (vacina) para ingresso na escola. Nível interpessoal: Momento de compromisso para abordar a adesão à vacinação contra o HPV, registro de imunização da CS, vinculação as taxas de vacinação ao reembolso, ampliação do acesso (vacinação contra o HPV administrada por farmacêutico). Nível político: Fontes de financiamento existentes para a vacinação contra o HPV, ampliação do acesso, sistemas de registro de imunização da CS, financiamento.
16	Carhart et al., 2018, EUA	Identificar barreiras e facilitadores à vacinação contra o HPV usando o MSE como uma estrutura conceitual para melhorar o início e a aceitação da vacinação contra o HPV em homens e mulheres jovens de 9 a 26 anos.	Estudo qualitativo descritivo	n= 31 partes interessadas envolvidos na vacinação contra o HPV ou na prevenção do câncer. n= 7 enfermeiras registradas ou enfermeiras n= 7 médicos (com especialidade em pediatria, clínica geral,	Primária	- Barreiras Nível diáde pais-filhos: Identificaram lacuna de conhecimento, medo, crença na sexualidade e adolescentes saudáveis como barreiras ao cuidado no nível de pais e filhos Nível interpessoal: Restrições de tempo e recomendações inconsistentes ou ausentes do profissional de saúde Nível organizacional: Custo, falta de infraestrutura/campeão e resistência a recursos externos Nível comunitário: Dados ruins, falta de um defensor da vacinação contra o HPV e capacidade/recursos limitados de financiamento de assistência médica Nível político: Mandato ineficaz, uma expansão fracassada do Medicaid e o clima político atual. - Facilitadores Nível diáde pais-filhos: Atitude realista/receptiva

				ginecologia, oncologia e patologia), n= 5 farmácia ou indústria, n= 5 departamento de saúde, n= 6 programas comunitários, n= 4 professores de pesquisa em saúde. Como as partes interessadas tinham várias funções, as funções identificadas não equivalem a 31.		Nível interpessoal: Recomendação de vacinação, uso de programas educacionais da comunidade, do CDC e organizações profissionais (para aprender "como" falar efetivamente com pais e adolescentes sobre a vacina). Nível organizacional: Abordagem de equipe e dados úteis (um sistema de informações que permite que as partes interessadas extraiam relatórios, acompanhem o progresso e alcancem os pacientes com alertas e lembretes) Nível comunitário: Alcance educacional e recursos comunitários (presença de um defensor e comunidade engajada). Nível político: Suporte de organizações federais e profissionais (o endosso da vacinação contra o HPV por muitas organizações profissionais e o Affordable Care Act (ACA)).
17	Kangmen naang et al., 2018, Quênia	Avaliar os determinantes socioecológicos do rastreamento do câncer do colo do útero com a intenção de identificar potenciais áreas de intervenção para melhorar a utilização dos serviços de rastreamento do câncer do colo do útero no Quênia, com potencial aplicação a outros <u>países de baixa e média renda</u> .	Estudo transversal	n= 14.741 mulheres	Secundário	Nível intrapessoal: Fatores demográficos (idade, estado civil, religião, paridade de nascimentos) e fatores socioeconômicos (educação, emprego e riqueza). Nível interpessoal: Apoio social, satisfação no relacionamento e desigualdade de gênero. Nível organizacional: Fatores do sistema de saúde (contato com o pessoal de saúde, seguro de saúde, distância até a unidade de saúde, dinheiro para acessar os cuidados de saúde, acesso à educação em saúde por meio da mídia de massa). Nível comunitário: Normas de gênero; normas culturais e organização comunitária Nível político: Etnia, local de residência e desigualdade regional de riqueza.

18	Cha, 2018, EUA	Explorar percepções e comportamentos culturais de saúde de prevenção do câncer cervical entre mulheres imigrantes coreanas no Havaí.	Estudo etnográfico qualitativo	n=20 mulheres coreanas imigrantes com idades entre 21 e 65 anos	Secundário	Nível intrapessoal: Conhecimento, atitude e crenças individuais de mulheres imigrantes coreanas sobre os riscos do câncer cervical e os benefícios do rastreamento Nível interpessoal: Membros da família e amigos afetados pelo câncer cervical receberam recomendações de triagem de provedores de saúde. Nível organizacional: Utilizam sistemas de lembretes de saúde de triagem de sites e departamentos de saúde locais. Nível comunitário: Colaboram para promover a triagem do câncer cervical e expandem os recursos da comunidade. Nível político: Interpretam a política de saúde atual e se envolvem com os níveis locais, estaduais e federais de estratégia de promoção da saúde da triagem do câncer cervical.
19	Lacombe-Duncan; Newman; Baiden, 2018, Canadá	Entender, em profundidade, a aceitabilidade da vacina contra o HPV e a tomada de decisão entre meninos adolescentes e/ou seus pais.	Revisão sistemática	N= 15 estudos elegíveis	Primária	- Influências multiníveis na aceitabilidade da vacina contra o HPV Nível intrapessoal: Crenças sobre a sexualidade adolescente (barreira da valores pessoais à atividade sexual dos adolescentes), benefício percebido da vacina contra o HPV para meninos (importância da proteção), falta de conhecimento/consciência, preocupação com a segurança/efeitos colaterais, altruísmo (motivações altruístas), arrependimento antecipado (por não ter sido vacinado). Nível interpessoal: Principais relacionamentos – pais, colegas, filhos e profissionais de saúde-, processos de tomada de decisão. Nível comunitário: Normas de gênero, dever parental, estigma, equidade em saúde Nível de sistemas/institucional: mensagens conflitantes sobre a vacina contra o HPV (público alvo, protege de que?), intervenções (barreira do medo, promover educação em saúde - folhetos, pôsteres, lembretes), sistema de saúde (logística – acesso -, custo).
20	Nyambe et al., 2018, Zâmbia	Determinar como os principais intervenientes do ambiente sociocultural e político reconhecem o cancro do colo do útero como um problema de saúde pública e, portanto, impactam a prestação de serviços de	Estudo transversal de métodos mistos	N = 61 entrevistas - maiores de 18 anos e residiam na cidade de Lusaka	Primária e secundária	- Fatores que influenciam o comportamento de saúde em vacinação e triagem Nível organizacional: políticas de vacinação e triagem (no local de trabalho). Nível comunitário: oportunidades de informação (mídia e anúncios), interação com instituições sociais (condução de campanhas), conhecimento, estigma, valores e avaliações (crenças religiosas, normas culturais, barreiras/absorção, prioridade, prevalência)

		rastreamento e vacinação do colo do útero.				Nível político: recomendações de idade para triagem e vacinação, possibilidade de autotriagem e custo, possibilidade de vacinar meninas e meninos
21	Manga; Kiyang; DeMarco, 2019, Camarões	Explorar e descrever as barreiras e facilitadores ao acompanhamento de pré-câncer cervical entre mulheres infectadas e não infectadas com HIV em Camarões.	Entrevista qualitativa semiestruturada	N = 34 mulheres - 8 não infectadas pelo HIV diagnosticadas com pré-câncer cervical - 7 infectadas pelo HIV diagnosticadas com pré-câncer cervical - 19 enfermeiras	Terciária	Nível intrapessoal: Pobreza (relacionado a custo de tratamento e deslocamento), medo, nível de educação. Nível interpessoal: Influência do parceiro (consentimento) Nível organizacional: Custo dos serviços, atitudes da equipe, aconselhamento inadequado. Nível comunitário: Distância (às vezes com estradas inacessíveis aos locais de tratamento por morarem em lugares mais remotos), tratamento alternativo (curandeiros, pastores, suplementação alimentar)
22	Palmer, 2019, EUA	Explorar as atitudes, barreiras e fatores socioculturais que facilitam a adoção de serviços preventivos de câncer cervical entre ganenses em Gana e imigrantes ganenses que vivem na Geórgia.	Pesquisa qualitativa	N = 77 pessoas - 35 mulheres em Gana - 15 homens em Gana - 17 mulheres ganenses na Geórgia, EUA - 10 homens ganenses na Geórgia, EUA	Primária e secundária	Atitudes que influenciam a adoção de serviços preventivos ao CCU <u>Barreiras:</u> Nível intrapessoal: Baixa conscientização e conhecimento sobre o câncer cervical, estigmas sobre a doença, falta de conhecimento sobre o câncer cervical, medo de potenciais efeitos colaterais da vacina HPV, embaraço, imigração. Nível interpessoal: Acesso, disponibilidade e acessibilidade dos serviços, normas culturais. Nível comunitário: Crenças culturais, religiosidade ou a falta de aceitação da doença, morte como fenômeno natural. Nível político: Disponibilidade e acesso a recursos de saúde (conveniência de marcação de consultas, localização das clínicas). <u>Facilitadores:</u> Nível intrapessoal: Conscientização e conhecimento sobre o câncer cervical, experiência com câncer ou exames preventivos, importância percebida do câncer cervical, medo de um diagnóstico positivo de câncer cervical, imigração e visões sobre cuidados preventivos, apoio social para rastreamento e vacinação contra o HPV.

						Nível interpessoal: Incentivo de familiares e amigos, disponibilidade e acessibilidade dos serviços Nível político: Disponibilidade e acesso a recursos de saúde (facilidade de acesso, conveniência de marcação de consultas, localização das clínicas e lembretes e incentivos de empresas de seguro saúde), importância do papel dos prestadores de cuidado em saúde.
23	Vu et al., 2019, EUA	Avaliar os preditores de recomendação e início da vacina entre estudantes universitários.	Estudo de coorte	N= 2.397 estudantes de 7 faculdades/universidades da Georgia	Primária	- Fatores que influenciam a iniciação vacinal Nível intrapessoal: Inatividade sexual Nível interpessoal: Recomendação médica, características do provedor (confiança em discutir a vacina contra o HPV e saúde sexual), apoio social. Nível institucional: Treinamento de provedores, barreiras de comunicação, lembretes aos fornecedores e pacientes
24	Kung et al., 2019, Índia	Descrever as barreiras e facilitadores individuais e interpessoais relacionados à obtenção de serviços de rastreamento cervical entre mulheres vivendo com HIV em Surat, Índia.	Estudo transversal e qualitativo	N= 40 pessoas 25 Mulheres vivendo com o vírus da imunodeficiência humana e 15 partes interessadas em Surat - Índia	Secundária	- Barreiras Nível intrapessoal: Falta de conhecimento sobre o câncer cervical e o teste de Papanicolaou, medo do rastreamento do câncer cervical e os resultados. Nível interpessoal: Influências interpessoais de membros da família. - Facilitadores Nível intrapessoal: Desejo de aprender mais informações sobre o câncer cervical. Nível interpessoal: Influências interpessoais de membros da família, interações interpessoais com profissionais de saúde, informações fornecidas por profissionais de saúde (sobre o câncer cervical e o teste de Papanicolaou)
25	Dubé et al., 2019, Canadá	Entender melhor os determinantes da baixa aceitação da vacina contra o HPV e identificar estratégias para aumentar a aceitação da vacina usando o modelo socioecológico	Estudo qualitativo descritivo	n= 70 informantes-chave -gerentes de imunização, enfermeiros escolares,	Primária	- Determinantes da baixa aceitação das vacinas: Nível intrapessoal e interpessoal: Relutância e falta de compreensão dos pais sobre a vacinação contra o HPV; atitude dos enfermeiros; atitudes do diretor da escola; dor e ansiedade por agulhas; confiança dos pais no sistema de saúde ou confiança na escola; recusa de pais anti-vacina; atitudes dos professores. Nível organizacional: Recursos alocados; formulários de consentimento e informações de vacinação coletados; preparação e

				diretores de escolas, professores e pais de alunos da 4ª série (9 anos de idade)		realização de sessões de vacinação; ferramentas de comunicação para funcionários da escola; recuperação de alunos não vacinados; formação e apoio dos enfermeiros; ferramentas de comunicação para os estudantes; ferramentas de comunicação para pais; divulgação de dados sobre a aceitação da vacina. Políticas públicas e nível comunitário: Informações antivacinação na internet e nas redes sociais; fornecimento de vacina nas escolas (gratuito, acessível); barreiras culturais/linguísticas com populações imigrantes.
26	Lim; Lim, 2019, Singapura	Explorar os facilitadores e as barreiras da vacinação contra o HPV em mulheres jovens de 18 a 26 anos em Singapura e descrever as estratégias recomendadas para melhorar a aceitação da vacinação contra o HPV.	Estudo descritivo qualitativo	n= 40 mulheres estudantes com idades entre 18-26 anos.	Primária	- Barreiras: Nível intrapessoal: Percepção (falta de conscientização, falta de risco percebido, preocupações sobre efeitos colaterais); sociocultural (conexão com atividade sexual); logística (inconveniente). Nível interpessoal: sociocultural (conexão com atividade sexual, falta de apoio parental). Nível organizacional: logística (custo, inconveniente). Nível político: logística (custo, inconveniente). - Facilitadores Nível intrapessoal: Perceptivo (proteção da saúde, vacina considerada segura e eficaz). Nível interpessoal: Perceptivo (vacina considerada segura e eficaz); sociocultural (incentivo parental). Nível organizacional: Perceptivo (vacina considerada segura e eficaz) - o estudo sugere recomendações para melhorar a adesão à vacinação
27	Johnson; Wakefield ; Garthe, 2020, EUA	Identificar os determinantes do serviço de triagem do câncer cervical da perspectiva de homens transgêneros.	Estudo de pesquisa qualitativa exploratória	N= 20 homens transgêneros com idades entre 21 e 65 anos que falavam inglês	Secundária	Nível intrapessoal: 1) Experiências negativas passadas: discriminação na saúde, discriminação geral, agressão sexual 2) Desenvolvimento da identidade de gênero: disforia de gênero, fase de assumir-se ou transição, confortável em revelar a identidade de gênero 3) Socioeconômico: situação financeira e seguro saúde Nível interpessoal: 1) Os profissionais de saúde e a equipe são afirmativos e inclusivos em relação à comunidade LGBT: confortável com clientes LGBT, trata clientes LGBT com respeito e dignidade e são sem julgamento, use uma

						linguagem inclusiva LGBT, não faz suposições sobre a identidade de gênero do cliente, o profissional de saúde tem ou está disposto a procurar conhecimento sobre identidade LGBT, o profissional de saúde está ciente da importância do(s) parceiro(s) do cliente e da família não-biológica). Nível institucional: 1) documentação e papelada (por exemplo, formulários de admissão) inclusivas para pessoas LGBT: linguagem neutra em termos de gênero, marcadores de sexo de nascimento e identidade de gênero 2) ambiente físico acolhedor e inclusivo para pessoas LGBT: folhetos, brochuras, símbolos; políticas de não-discriminação; banheiro neutro em termos de gênero; tempos de espera em salas de espera designadas para pacientes transgêneros. Sociedade: Estigma, leis e políticas
28	Ryan et al., 2020, EUA	Utilizar o mapeamento conceitual online para alavancar o conhecimento em todos os estados que atendem adolescentes rurais e entender as prioridades e o contexto regional que podem nos ajudar a melhorar as taxas de vacinação e traduzir para um público mais amplo.	Mapeamento conceitual/pesquisa participativa	N= 134 indivíduos que trabalham com saúde de adolescentes, saúde sexual, prevenção e controle do câncer ou imunização.	Primária	Nível intrapessoal: Equívocos (não compreender a importância de tomar a vacina precocemente para aumentar sua eficácia e se prevenir da exposição ao HPV, as meninas que pensam não precisam da vacina porque fazem o teste de Papanicolaou, equívocos públicos de que o HPV pode ser evitado por fatores de estilo de vida - por exemplo, não fazer sexo -, falta de compreensão sobre quantas vacinas são necessárias e o prazo); Provedores (alguns provedores associam a vacinação contra o HPV à atividade sexual, os provedores assumem que alguns pais/responsáveis não vão querer a vacina contra o HPV, os provedores não estão dispostos a discutir a vacina contra o HPV com pais hesitantes); Segurança e eficácia da vacina (medo de “produtos químicos”/ingredientes em vacinas, hesitação em relação à vacina, preocupações sobre a eficácia da vacina); Utilização e acesso (jovens temporários - sem-teto, fugitivos, em lares adotivos ou colocados fora de casa, jovens em instituições de justiça juvenil podem não receber educação e podem não ter acesso a um centro médico -, ter um lar médico é muito importante); Desconfiança (desconfiança da “big pharma”, desconfiança do governo); Outros (os pais têm prioridades conflitantes em mente, fobia de agulhas em algumas crianças). Nível interpessoal: Comunicação entre indivíduos (pais incentivando outros pais/boca a boca, influência social - ou seja, pares que

					compartilham informações sobre o HPV -, conversa entre pais - é necessário ajudar a garantir que os pais e outros adultos entendam por que a vacinação contra o HPV é importante e segura para que possam falar bem e abordar as preocupações dos outros-, histórias pessoais sobre a doença do HPV e como ela afetou a vida das pessoas, ouvir mais os jovens); Educação de jovens e provedores para melhorar seu conforto com o tópico e pacientes/pais (falha dos prestadores de cuidados de saúde em oferecer conversas, informações, serviços e acesso a cuidados adequados aos jovens, educar os jovens sobre a possibilidade de receber a vacina sem o consentimento dos pais, educação do provedor direto); Mensagens consistentes e factuais aos pais (falta de educação dos pais explicando como o vírus é transmitido, problemas com mensagens durante a distribuição inicial da vacina). Nível organizacional: Abordagem educacional abrangente e multi-organizacional/multi-nível para recomendações de vacinas (os profissionais de saúde bucal estão se tornando muito ativos em nosso trabalho com o HPV no estado, coordenação em todo o estado com clínicas de saúde, hospitais e outros sistemas de saúde, forte apoio do departamento estadual de saúde à vacinação contra o HPV, incluindo atenção especial ao AFIX, oportunidades de financiamento por meio do departamento de saúde e organizações estaduais de câncer); Sistema (a atenção primária não usa intervenções baseadas em evidências (lembretes ao paciente, lembretes/avisos do provedor, EHR modificado) para dar suporte à conclusão da segunda dose, avaliação do desempenho do provedor; o sistema de informação de imunização do estado interrompe, de forma problemática, a solicitação de vacinas, incluindo o HPV, quando uma recusa ou recusa é inserida para essa vacina; alta de incentivos reais para que as práticas implementem estratégias baseadas em evidências para melhorar as taxas de distribuição de vacinas, incluindo o HPV); Clínicas (cartazes promocionais da vacina contra o HPV expostos em consultórios médicos, falta de tempo durante as consultas médicas para abordar as preocupações exaustivas dos pais, o horário da clínica coincide com o horário comercial normal); Inventário de vacinas (vontade e capacidade dos farmacêuticos de estocar vacinas
--	--	--	--	--	---

						caras, clínicas rurais menores ou consultórios independentes não têm espaço de armazenamento para a vacina). Nível comunitário: Mídia (marketing/publicidade para vacinas contra o HPV, imagem negativa resultante de esforços evidentes do fabricante para promover a vacinação contra o HPV, abundância de informações imprecisas sobre a segurança da vacina contra o HPV na internet/mídias sociais, grupos e sites antivacinas); Comunicação entre grupos (colaboração/confiança e relacionamentos entre organizações sem fins lucrativos e organizações estatais, falta de advocacia interprofissional, mensagens com organizações religiosas); Acesso (acesso a unidades de cuidados médicos primários para residentes em áreas rurais). Nível político: Seguro (falha dos produtos de seguro do estado em promover a vacinação contra o HPV, oferecendo aos compradores um desconto para o HPV e outras vacinas de rotina, inclusão das taxas de vacinação contra o HPV como um serviço preventivo em produtos de seguros criados sob a Lei de Assistência Médica Acessível, falta de seguro); Requisitos de vacinação (número diferente de doses dependendo da idade em que a vacina é iniciada, capacidade de consentimento do adolescente); Legislação (isenções de vacinas por crença pessoal, legislação para eliminar a preferência pessoal como razão para não vacinar crianças, financiamento para prevenção); Disponibilidade (a vacina contra o HPV não está disponível no consultório odontológico, farmacêuticos já podem dar a segunda e terceira dose da vacina)
29	Walker; Owens; Zimet, 2020, EUA	Explorar qualitativamente a desinformação e a hesitação entre pais que vacinaram uma criança contra o HPV.	Entrevista semiestruturadas - qualitativo	N= 30 mães com idades entre 30 e 60 anos	Primária	- Determinantes ecológicos da aceitação e barreiras Nível interpessoal: Recomendação/Informação (recomendação e opinião do provedor, conselho de colegas, informações da mídia), médico (médico primário – provedor da clínica -), rede social (amigos, colegas de trabalho). Nível organizacional: Mídia (comerciais de televisão, redes sociais). Barreiras: médico (medo de nova vacina, medo de efeitos colaterais – paralisia, autismo, sintomas vagos -, desejo de uma cultura de decisão participativa, não há tempo suficiente, desempoderamento, comportamento de vacinação do médico – para filhos -); redes sociais (crenças familiares – segurança, eficácia, religião -, estigma sexual, falta

						de rede para mães jovens); mídia (sobrecarga de medo, fatalismo, informações conflitantes, falta de representação masculina)
30	Luft et al., 2020, EUA	Revisar, avaliar e sintetizar criticamente as barreiras e facilitadores do CCS entre mulheres refugiadas nos EUA.	Revisão integrativa da literatura	Dois estudos qualitativos e três quantitativos que incluísssem mulheres imigrantes dos principais países emissores de refugiados	Secundária	- Barreiras: Nível intrapessoal: Habilidades (idioma usado – usando principalmente/apenas tailandês); conhecimento (conhecimento limitado ou inexistente sobre o câncer cervical e sua prevenção, falta geral de conhecimento sobre os benefícios do rastreamento do câncer cervical; Atitudes/crenças individuais - <i>atitude de que a triagem é física ou emocionalmente desconfortável</i> (timidez, sentimentos de exposição, timidez, constrangimento em revelar informações privadas ao intérprete, pensando que o exame de Papanicolaou é doloroso ou desconfortável, medo de fazer o exame de Papanicolaou, dor, medo e constrangimento do processo de realização do exame pélvico e do teste de Papanicolaou); <i>crença de que o rastreio pode causar danos</i> (crença de que o equipamento (espécule) danificaria os órgãos reprodutivos ou afetaria a capacidade de levar a cabo uma futura gravidez); <i>falta de confiança ou conforto com o sistema/pessoal de saúde</i> (falta de confiança no sistema de saúde, falta de confiança nos prestadores de cuidados de saúde do sexo masculino devido a experiências passadas de comportamento inapropriado, agressão sexual e abuso por parte de prestadores de cuidados de saúde do sexo masculino no Nepal e na Índia enquanto viviam em campos de refugiados, falta de confiança nos intérpretes, não se sentir confortável com tradutores homens de sua comunidade, gênero do intérprete); disponibilidade (falta de tempo, falta de tempo e demandas concorrentes de tempo, dificuldade em garantir cuidados infantis). Nível interpessoal: Família/amigos (indo sozinho para a consulta). Nível organizacional: Navegação do sistema de saúde (navegação do sistema de saúde, barreiras logísticas e linguísticas no acesso ao sistema de saúde) Nível comunitário: Valores/normas socioculturais (crenças religiosas, cultura, modéstia e importância da virgindade, percepção de que mulheres solteiras, jovens e mais velhas estão sendo sexualmente ativas se forem rastreadas, crença de que o câncer é uma punição

					infligida a um indivíduo); estigma (estigma do câncer); transporte (transporte, falta de acesso fácil ao transporte). Nível político: Leis federais/estaduais (cobertura de seguro limitada, desafio de participar de qualquer programa de saúde quando as mulheres não possuem seguro saúde) - Facilitadores: Nível intrapessoal: Habilidades (idioma usado – usando apenas/principalmente inglês ou tailandês e inglês); conhecimento (ter conhecimento de onde ir para fazer o teste de Papanicolaou, informações sobre câncer cervical e triagem de alguém da própria comunidade que fale a língua nativa, agente comunitário de saúde na educação sobre rastreio e prevenção do cancro do colo do útero); atitudes/crenças individuais (percepção positiva de ter feito um exame de Papanicolaou, preferência por médicas, confiança nos prestadores e intérpretes); idade (idade avançada - entre rastreio do câncer cervical não relacionadas à gravidez); situação de emprego (emprego atual). Nível interpessoal: Família/amigos (recomendação ou sugestão de Papanicolaou de um familiar ou amigo); provedor (recomendação médica para teste de Papanicolaou – especialmente de uma profissional de saúde, o profissional de saúde já recomendou ou sugeriu a realização de um exame de Papanicolaou, consulta de cuidados primários com uma prestadora de cuidados); agente comunitário de saúde (agentes comunitários de saúde que conheçam a língua nativa, sejam da sua comunidade e tenham formação em tópicos de educação em saúde). Nível organizacional: Contato prévio com o sistema de saúde (maior número de consultas de cuidados primários, maior número de visitas ao departamento de emergência, ter alguma visita de obstetra/ginecologista, aumento da duração dos cuidados estabelecidos no sistema de saúde); acesso à linguagem (informações sobre triagem em língua nativa); custo dos serviços (teste de Papanicolaou de baixo ou nenhum custo) Nível político: Leis federais/estaduais (maior número de dificuldades de vida pós-migração - por exemplo, discriminação, más condições de trabalho, acesso a serviços de saúde, solidão/tédio).
--	--	--	--	--	---

31	Rujumba et al., 2021, Uganda	Explorar barreiras à vacinação de rotina contra o HPV de meninas adolescentes em um distrito rural de Uganda.	Estudo qualitativo	Quarenta entrevistas foram conduzidas com meninas adolescentes, seus cuidadores, membros da equipe de saúde da vila, profissionais de saúde e administradores escolares envolvidos na vacinação contra o HPV.	Primária	- Barreiras à vacinação contra o HPV Nível intrapessoal: Conhecimento inadequado sobre a vacina contra o HPV; falta de conhecimento dos cuidadores sobre vacinas e atividades de vacinação; mudança de local de residência ou escola dentro ou fora do distrito entre as doses; absenteísmo ou abandono escolar; medo da dor da injeção; desincentivo à vacinação por parte de cuidadores ou colegas. Nível de unidades de saúde/organizacional: Conhecimento limitado dos profissionais de saúde, equipes de saúde da vila e professores sobre a vacina contra o HPV e a política nacional de vacinação contra o HPV; falta de estratégias direcionadas às meninas fora da escola; escassez de vacinas e inadequações da infraestrutura da cadeia de frio; atividades limitadas de mobilização social e envolvimento comunitário; transporte imprevisível para funcionários e vacinas, resultando em eventos irregulares de vacinação em escolas e comunidades; expectativa não cumprida dos profissionais de saúde para entregar a vacina aos destinatários; profissionais de saúde hostis; falta de estratégias de lembrete/recordação para a 2ª dose da vacina. Nível comunitário: Rumores e equívocos sobre a vacina e a vacinação; fortes crenças tradicionais e religiosas; desconfiança da intenção do governo de introduzir novas vacinas; agendas ocupadas e a natureza de gênero do trabalho doméstico.
32	Clavè Llavall et al., 2021, Peru	Explorar qualitativamente a adoção da vacinação por meio de entrevistas em profundidade com onze enfermeiros e dez professores envolvidos na distribuição de vacinas em Iquitos, Peru.	Estudo qualitativo	N= 21 entrevistas - 11 enfermeiros que trabalham em dois centros de saúde primários - 10 professores de quatro escolas primárias públicas da área	Primária	Nível intrapessoal: Conhecimento (conhecimento básico dos participantes, desejo por mais informações, percepção de consciência limitada dos pais); aceitação (alta aceitação dos pais, medo das meninas, alta aceitabilidade entre professores/enfermeiros) Nível interpessoal: Aceitação (consentimento parental, influência dos costumes familiares e da religião); acessibilidade (frequência escolar – migração, abandono escolar) Nível organizacional: Recursos (escassez de pessoal/material, riscos ocupacionais, financiamento) Nível comunitário: Conhecimento (mídia e internet como fontes de informação); aceitação (crenças e normas sociais); acessibilidade (geografia e clima); comunicação (comunicação educação-saúde).

						Nível político: Conhecimento (campanhas de sensibilização); aceitação (tornar a vacinação obrigatória); acessibilidade (campanhas porta a porta, aumentando o público alvo); comunicação (sistema de gravação centralizado); recursos (processo de tomada de decisão sobre corrupção).
33	Cha, Chun, 2021, EUA	Explorar barreiras e desafios de saúde em relação ao rastreamento do câncer cervical e à vacinação contra o HPV como uma medida preventiva.	Estudo etnográfico qualitativo	N= 20 mulheres imigrantes coreanas com idades entre 21 e 65 anos	Secundária	- Desafios em saúde para a promoção do rastreio do CCU Nível intrapessoal: Barreiras linguísticas, recursos limitados, falta de seguro, não familiarizado com o sistema de saúde dos EUA., Nível interpessoal: Falta de tempo Nível organizacional: Médicas (sexo feminino) não disponíveis, barreiras linguísticas. Nível comunitário: Localização conveniente. Nível político: Barreiras financeiras, falta de seguro
34	Adekunle ; Ahmed; Afifi, 2021, EUA	Avaliar a conscientização e prevenção do câncer cervical entre mulheres imigrantes africanas de 21 a 65 anos em Iowa City, Iowa.	Estudo qualitativo	N= 39 mulheres imigrantes africanas	Primária e secundária	- Determinantes da aceitação do teste de Papanicolaou entre as mulheres grávidas: Nível intrapessoal: Conhecimento sobre o câncer cervical e seus determinantes, conhecimento do Papanicolaou como um teste de triagem, idioma, tempo, status de imigração, suscetibilidade ao câncer cervical Nível interpessoal: Educação de pares Nível organizacional: Custo e cobertura do seguro de saúde, tempos de espera, profissionais de saúde (desconfiança, gênero, intimidação), dificuldade de comunicação, ambiente de assistência médica, recomendação do provedor (facilitador). Nível comunitário: Cultura, crenças supersticiosas, corte genital (circuncisão) feminino. - Determinantes da aceitação da vacinação contra o HPV por parte das mulheres em idade fértil para seus filhos: Nível intrapessoal: Falta de conhecimento sobre o vírus
35	Sethi et al., 2021, Austrália	Explorar as experiências e barreiras que as mulheres indígenas enfrentam em relação à conscientização, conhecimento e triagem cervical do HPV, a fim de	Revisão sistemática qualitativa.	N= 10 estudos	Secundária	Nível intrapessoal: Falta de conhecimento, conscientização sobre o HPV, embarço, medo do prognóstico, barreiras financeiras, prioridade de saúde, dor. Nível interpessoal: Relações familiares, comunicação intergeracional. Nível organizacional: Conscientização cultural dos profissionais de saúde, serviços integrados, experiência negativa de saúde, linguagem,

		entender melhor os fatores que podem mitigar ou facilitar os esforços de prevenção da infecção pelo HPV e cânceres associados.				trabalhador da saúde do sexo masculino, experiência positiva em saúde, trabalhadora da saúde, falta de resultados, privacidade, conveniência de triagem. Nível comunitário: Desequilíbrios de gênero, estigma das ISTs, efeitos isolantes, apoio à comunidade. Nível político: Trauma
36	Camara et al., 2021, Austrália	Conduzir uma síntese de evidências qualitativas para entender melhor como conceituar e implementar programas e políticas de rastreamento cervical mais eficazes, acessíveis e social e culturalmente aceitáveis globalmente.	Revisão sistemática	N= 31 estudos	Secundária	- Fatores socioculturais que impactam a percepção e a experiência da autocoleta Nível intrapessoal: Percepções, autoeficácia e cultura: valores percebidos de autocobrança, imagem corporal e identidade sexual, autoeficácia. Nível interpessoal: Relações sociais: relações conjugais/parceiras, apoio de pares, preservando a relação paciente-profissional de saúde. Nível político/sistemas de saúde: Acesso a serviços de rastreio e continuidade de cuidados: custo e cobertura da autocoleta para testes de HPV, opções de retirada em casa e envio pelo correio, ferramentas culturalmente sensíveis para melhorar a literacia em saúde, diretrizes e engajamento político. - Estratégias para aumentar a aceitabilidade e a viabilidade da autocoleta Nível intrapessoal: Promoção da autoeficácia e do autocuidado (através da educação em saúde) Nível interpessoal: Engajamento masculino, defensor/campeão de pares, envolvimento dos ACSs. Nível político/sistemas de saúde: Desenvolver diretrizes, materiais de apoio e materiais de educação em saúde culturalmente sensíveis; disponibilidade de kits de teste em diferentes ambientes (por exemplo, em casa, pelo correio); financiamento e políticas para garantir acesso e disponibilidade.
37	Bennett et al., 2022, Inglaterra	Identificar quais intervenções existem para promover a aceitação [da aceitação da vacina contra o HPV] e quão eficazes elas são.	Revisão sistemática (guarda-chuva)	N= 10 artigos	Primária	- Intervenções eficazes para aumentar a aceitação da vacinação Nível intrapessoal: intervenções educacionais. Nível organizacional: educação profissional continuada, alertas de prontuários eletrônicos, um posto de coordenador de vacinação, visitas domiciliares, sistemas de tecnologia da informação em saúde, ordens permanentes de enfermeiros e consentimentos pré-digítados.

						Nível comunitário: recursos de rádio e estratégias de saúde pública (programas de vacinação baseados em escolas, uma "blitz de vacinas" baseada na prática, clínicas de vacinação sem hora marcada e clínicas expressas).
38	Ackbarali, 2022, EUA	Avaliar o alinhamento da prática com as diretrizes estratificadas por recursos, examinar as barreiras e os desafios na implementação do tratamento do CCU e avaliar as percepções e atitudes em relação a essas barreiras.	Pesquisa de métodos mistos	52 entrevistados membros da equipe de tratamento oncológico	Terciária	- Fatores que contribuem para a incapacidade de acessar o tratamento do CCU Nível intrapessoal: Relutância do paciente, dor, falta de conhecimento, acessibilidade, acesso a cuidados fragmentados antes do encaminhamento, falta de adesão/cumprimento, normas sociais/culturais, falta de familiaridade na navegação do sistema de saúde, inacessibilidade física, falta de confiança nas instituições e médicos, Nível organizacional: Falta de serviço local e regional de patologia, indisponibilidade de serviços e materiais de patologia, falta de equipamentos cirúrgicos, falta de profissionais (cirurgiões) treinados, indisponibilidade de serviço de cuidados paliativos, acesso limitado a equipamentos, falta de confiança na qualidade dos resultados, atraso nos resultados, comunicação abaixo do ideal, acesso limitado a opções de tratamento.
39	Xiong et al., 2022, EUA	Desenvolver os ativos identificados e abordar os desafios identificados em cada nível MSE para aumentar a vacinação contra o HPV para adolescentes Hmong.	Pesquisa participativa baseada na comunidade	N= 25 adolescentes Hmong (n = 12) e pais (n = 13)	Primária	- Barreiras: Nível intrapessoal: <u>Adolescentes:</u> Baixo nível de conscientização sobre o HPV e a vacina contra o HPV, Preocupações com efeitos colaterais, Custo da vacina. <u>Pais:</u> Baixo nível de conscientização sobre o HPV e a vacina contra o HPV, Preocupações com efeitos colaterais, Custo da vacina, Barreira linguística, Preocupações com a qualidade das vacinas, Preocupações sobre a pesquisa de vacinas, Danos históricos das vacinas e exploração da pesquisa de vacinas, Conceito de prevenção. Nível organizacional: <u>Adolescentes:</u> HPV não é obrigatório para escola, Métodos de comunicação com crianças. <u>Pais:</u> HPV não é obrigatório para escola, Métodos de comunicação com pais/crianças, Restrições de tempo de visita, Envolvimento passivo dos pais nas discussões de saúde com o provedor, Enquadramento das decisões de saúde pelo prestador: facto vs. "opinião".

						Nível comunitário: <u>Pais:</u> Narrativa comunitária sobre experiências traumáticas com vacinas - Facilitadores: Nível intrapessoal: <u>Adolescentes:</u> Desejo de aprender mais sobre o HPV e a vacina contra o HPV <u>Pais:</u> Desejo de aprender mais sobre o HPV e a vacina contra o HPV, Confiança na biomedicina e forte dependência de provedores, Desejo de ter filhos saudáveis. Nível organizacional: <u>Adolescentes:</u> Avisos sobre vacinas em atividades esportivas/extracurriculares, Educação em aulas de saúde, Educação e vacinas em clínicas escolares <u>Pais:</u> Tomada de decisão autoritária do provedor Nível comunitário: <u>Adolescentes:</u> Conversas entre pares <u>Pais:</u> Conversas familiares/comunitárias
40	Beavis et al., 2022, EUA	Avaliar quais estratégias os pais hesitantes em relação à vacina percebem como mais propensas a motivá-los a vacinar seus filhos contra o HPV.	Ensaio randomizado com entrevistas semiestruturadas	N= 22 pais ou responsáveis legais de crianças de 10 a 17 anos que ainda não haviam sido vacinadas contra o HPV	Primária	Nível interpessoal: <u>Barreiras:</u> preocupação com efeitos colaterais, crianças percebidas como não suscetíveis. Nível organizacional: <u>Barreiras:</u> insatisfação com encontros com o pediatra (falta de recomendação).
41	Mansour et al., 2022, Holanda	Identificar potenciais barreiras e facilitadores para uma breve estratégia de cessação do tabagismo realizada por assistentes de prática treinados após exames cervicais de rotina.	Estudo qualitativo	N= 19 10 assistentes de prática 03 enfermeiros 06 clínicos gerais	Primária	- Fatores que influenciam ao encaminhamento e aconselhamento antitabagismo Nível intrapessoal - O assistente de prática: O papel profissional do assistente de prática (aconselhamento), atitude em relação ao exame preventivo do colo do útero como momento de ensino. Nível interpessoal - Interação entre assistente de consultório e fumante: Não sobrecarregar (explicar o motivo do questionamento sobre o hábito de fumar logo após a realização do Papanicolaou), desafiando a

						mudança da difamação para o tabagismo, crenças sobre fumantes e suas respostas aos conselhos para parar de fumar. Nível organizacional - Organização e atitudes ao nível da clínica geral: Interesse e disponibilidade do enfermeiro, visão do clínico geral sobre prevenção, abordagem na prática para parar de fumar
42	Fish et al., 2022, EUA	Identificar fatores nos níveis individual, de provedor e de sistemas que servem como desafios ou oportunidades para aumentar a vacinação de adolescentes — incluindo a vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV) — em comunidades rurais no sul dos Estados Unidos (EUA).	Estudo descritivo qualitativo	N= 14 partes interessadas - autoridades estaduais e regionais de saúde pública - escolas públicas que trabalhavam na área de vacinação - líderes de organizações - autoridades de saúde rural - provedores envolvidos na vacinação	Primária	- Desafios à vacinação contra o HPV em áreas rurais. Nível intrapessoal: Crenças sobre vacinas/Desinformação (falta de conhecimento, atitudes e normas negativas relacionadas à infecção, consequências da infecção e vacinação, medos e preocupações sobre a vacina, desinformação sobre segurança da vacina), valorização dos cuidados preventivos de saúde. Nível interpessoal: Escassez de provedores, falta de lar médico, falta de recomendação forte do provedor, participação no programa “Vaccines for Children” (VFC), reembolso, conectividade de banda larga (estratégias diversas de informação sobre vacinação). Nível de sistemas: Recomendado vs. Obrigatório (a falta de mandatos estaduais para a vacina)
43	Pho; Mangal; Bakken, 2022, EUA	Explorar as barreiras e os facilitadores da vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) entre pessoas transgênero adultas e pessoas de gênero diverso (TGD) nos Estados Unidos.	Revisão integrativa	N= 08 artigos	Primária	- nível do paciente (intrapessoal); nível do provedor (interpessoal); e nível de sistemas (institucional/comunidade/política) <u>Barreira:</u> Nível intrapessoal: Falta de conhecimento sobre HPV (equívocos sobre a adequação da vacinação relacionada à cirurgia de afirmação de gênero), risco de HPV e vacina contra HPV, ansiedade sobre estar em público como uma pessoa transgênero, longos intervalos de tempo entre as doses, múltiplas doses, inconveniência do trabalho em conflito com os horários de consulta, menor escolaridade e a presença de transtornos por uso de substâncias.

						Nível interpessoal: Menor recomendação à vacinação de indivíduos do sexo masculino por provedores, falta de recomendação do provedor, interações negativas com provedores de cuidados primários (falta de competência no atendimento de pessoas de minorias sexuais e TGD). Nível de sistemas (organizacional, comunitário, político): Atraso na vacinação contra o HPV entre mulheres cisgênero, custo da vacina e cobertura vacinal do seguro. Política: falta de recomendações nacionais. <u>Facilitador:</u> Nível intrapessoal: Medo de doenças (verrugas genitais e coinfeção pelo HIV), preocupações com a saúde relacionadas a ser HIV positivo, ter recebido a vacinação contra hepatite A/B, feito o rastreamento de IST. Nível interpessoal: Recomendação do provedor de saúde de vacinação contra o HPV, cuidado de afirmação de gênero Nível de sistemas (organizacional, comunitário, político): Acesso a cuidados de afirmação de minorias sexuais e pessoas Transgênero adultas e pessoas de Gênero Diverso (TGD) e o envolvimento com cuidados primários, sistema de saúde de afirmação de gênero.
44	Vega Crespo et al., 2022, Equador	Compreender as barreiras e os facilitadores do rastreio do cancro do colo do útero entre mulheres e profissionais de saúde sub-rastreados no Equador.	Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica	N= 55 28 mulheres e 27 profissionais de saúde	Secundário	- Barreiras: Nível intrapessoal: <u>Mulheres:</u> Falta de percepção de risco, desconforto e medo do exame, embaraço. <u>Profissionais de saúde:</u> Falta de percepção de risco Nível interpessoal: <u>Profissionais de saúde:</u> Falta de apoio familiar/machismo. Nível organizacional: <u>Mulheres:</u> Centros de saúde de difícil acesso, longos tempos de espera, desconfiança nos centros de saúde. <u>Profissionais de saúde:</u> Falta de investimento em rastreio, desconfiança nos centros de saúde. Nível comunitário: <u>Mulheres:</u> Estigmatização, pobreza, crenças falsas (sobre ficar doente após exame). <u>Profissionais de saúde:</u> Pobreza, crenças falsas (sobre ficar doente após exame).

						Nível político: <u>Profissionais de saúde:</u> Falta de um plano de triagem estruturada, falta de promoção da saúde. - Facilitadores: Nível intrapessoal: <u>Mulheres:</u> Empoderamento da saúde das mulheres. <u>Profissionais de saúde:</u> Alfabetização em saúde. Nível interpessoal: <u>Profissionais de saúde:</u> Aumentar a conscientização sobre o rastreamento do câncer, envolver os maridos em programas de prevenção. Nível organizacional: <u>Mulheres:</u> Tratamento respeitoso no centro de saúde, dia de atendimento gratuito nos centros de saúde. Nível comunitário: <u>Profissionais de saúde:</u> Participação comunitária em programas de promoção da saúde. Nível político: <u>Mulheres:</u> Oferecendo triagem no local de trabalho. <u>Profissionais de saúde:</u> Campanhas de mídia nacional.
45	Adekunle et al., 2023, EUA	Explorar as perspectivas dos agentes comunitários de saúde (ACS) sobre as barreiras à triagem de CCU, a viabilidade e aceitabilidade das estratégias de autoamostragem de HPV lideradas pelos ACS e as principais considerações para a implementação desta modalidade de triagem.	Exploração qualitativa por entrevistas semiestruturadas	N= 15 agentes comunitários de saúde	Secundária	- Barreiras Nível intrapessoal: Barreiras financeiras, dificuldade em navegar no sistema de saúde em Indiana, situação de imigração/documentação, barreiras linguísticas, falta de conhecimento sobre os benefícios do rastreio. Nível interpessoal: desconfiança (suspeita/dúvida não concreta), desconfiança (falta de confiança definitiva com base em evidências). Nível comunitário: Insegurança habitacional, transporte, escassez das organizações de saúde, falta de recursos para a conscientização - Barreiras para autoamostragem entregue pelo ACS: <u>Aceitabilidade:</u> Perspectiva do ACS (falta de autoeficácia, problemas para ganhar a confiança dos membros da comunidade), percepção do ACS sobre membros da comunidade (preocupação com a novidade da intervenção, confiar na experiência do fornecedor) <u>Viabilidade:</u> Perspectiva do ACS (falta de tempo no dia de trabalho), percepção do ACS sobre membros da comunidade (problemas com privacidade em casa – falta de espaço físico -, problemas com a execução da autoamostragem e membros da comunidade seguindo instruções)

						- Facilitadores para autoamostragem entregue pelo ACS: <u>Aceitabilidade:</u> Percepção do ACS sobre aceitação dos membros da comunidade (economizar tempo, aumentar o conforto, reduzir barreiras relacionadas ao transporte, privacidade oferecida pelo espaço pessoal) <u>Viabilidade:</u> Perspectiva do ACS (componente educacional oferecido pela orientação dos ACS, aproveitar os relacionamentos existentes com os membros da comunidade, sinergias com o modelo de trabalho existente)
46	Ogoke, 2023, EUA	Avaliar a associação entre disparidades relacionadas à raça/etnia em fatores sociodemográficos, histopatológicos e relacionados ao tratamento e taxas de sobrevivência ao câncer cervical entre mulheres brancas e afro-americanas nos Estados Unidos.	Estudo transversal quantitativo	N = 56.388 Pacientes diagnosticados com câncer cervical de 2000 a 2017 - Brancos (n = 47.407) - Afro-americanos (n = 8.981)	Terciária	- Fatores relacionados ao tratamento e taxa de sobrevivência ao câncer cervical <u>Barreiras</u> Nível intrapessoal: A falta de vacinação contra o HPV, a falta de triagem cervical, a baixa adesão ao programa de triagem e a falta de acompanhamento ginecológico regular, conhecimento deficiente. Nível interpessoal: Estado civil do paciente (casado vs. solteiro), idade e etnia afro-americana vs. Branca, o gênero do médico, as interações com os profissionais de saúde, restrições de tempo. Nível organizacional: Barreiras culturais (médico vs. paciente), falta de confiança, atitudes desfavoráveis no local de trabalho, detecção tardia e falta de seguro de saúde, o tamanho do consultório, prática de exames de Papanicolaou pelo médico, localização (urbana ou rural) do consultório. Nível comunitário: Localização do consultório médico (localizações geográficas desfavorecidas), taxa de pacientes do sexo feminino alistadas com o médico. Nível político: Localizações geográficas desfavorecidas.
47	Osaghae et al., 2023, EUA	Determinar fatores individuais, sistêmicos e estaduais associados à recomendação do profissional de vacinação contra o HPV.	Estudo transversal	N= 18.534 adolescentes	Primária	- Fatores que influenciaram no aumento ou redução da recomendação da vacinação contra o HPV. Nível intrapessoal: <u>Aumentaram:</u> idade avançada, ser mulher, maior nível educacional da mãe do adolescente e recebimento de exames de puericultura. <u>Diminuíram:</u> viver abaixo da pobreza e ter um pai ou responsável do sexo masculino Nível organizacional: <u>Aumentaram:</u> atuação profissional em hospitais ou instalações mistas, solicitação de vacinas do estado. <u>Diminuíram:</u>

						atuação profissional instalações privadas ou públicas, não solicitação de vacinas do estado Nível político: <u>Aumentaram:</u> alta ideologia religiosa do Estado. <u>Diminuíram:</u> Baixa ideologia religiosa do estado.
48	Shin et al., 2023, EUA	Examinar a hesitação em relação à vacina contra o HPV em várias comunidades raciais/étnicas para entender as barreiras e oportunidades para informar abordagens multiníveis específicas da comunidade para melhorar a vacinação contra o HPV entre populações diversas.	Estudo qualitativo	N= 20 pais indígenas americanos/nativos do Alasca, hispânicos/latinos e chineses de crianças não vacinadas de regiões de baixa aceitação da vacina contra o HPV em LA	Primária	- Contribuintes para a hesitação dos pais em relação à vacina contra o HPV Nível intrapessoal: Confusão sobre as vacinas contra o HPV (levando à exposição a informações incorretas online), e preocupações sobre os efeitos colaterais/novidades da vacina Nível interpessoal: Envolvimento de adolescentes como tomadores de decisão sobre vacinas, familiares e amigos atuaram como barreiras e facilitadores da vacinação, confiança dos pais, experiências anteriores com provedores/assistência médica (impactando na confiança dos pais nas recomendações de vacinas). Nível comunitário: Hesitação vacinal e desconfiança médica (relacionadas às injustiças históricas específicas da comunidade de minorias raciais/étnicas), fontes confiáveis de informação nas comunidades (importante para a divulgação de informações – mídia no idioma, impressos enviados pelo correio, e-mails, mensagens de texto, rádio, internet). Nível social/estrutural: Barreiras estruturais/logísticas à vacinação contra o HPV (falta de transporte e de agendamento de consultas por agenda ocupada)
49	Jin et al., 2023, EUA	Explorar os facilitadores e barreiras percebidos pelos profissionais de saúde para a vacinação contra o HPV para adolescentes afro-americanos no Condado de Shelby, TN.	Design qualitativo de entrevistas individuais	N= 26 profissionais de saúde	Primária	BARREIRAS: Nível intrapessoal: Hesitação dos pais em relação à vacinação, desconfiança médica, preocupações com a segurança, desinformação, nenhuma necessidade percebida, falta de consciência. Nível interpessoal: Falta de recomendações de provedores, falta de força de recomendação Nível comunitário: Falta de educação pública, normas sociais e religiosas, nenhuma exigência de política nas escolas, problemas no sistema de saúde. FACILITADORES:

						Nível intrapessoal: Educação sobre vacinação contra o HPV utilizando conteúdo apropriado Nível interpessoal: Fornecimento de recomendações de provedores, melhoria nas habilidades de comunicação com os pacientes. Nível comunitário: Melhoria da acessibilidade nas comunidades, esforços de extensão comunitária, introdução de uma política de exigência de vacinação.
50	Mittal et al., 2023, EUA	Identificar as barreiras e facilitadores dos serviços de rastreamento do câncer cervical para informar o desenvolvimento futuro de políticas distritais nacionais e locais.	Análise qualitativa por entrevistas semiestruturadas	N= 47 entrevistas prestadores de serviços de saúde (45%), administradores (17%), funcionários do governo (25%) e outras partes interessadas (13%)	Secundária	BARREIRAS: Nível intrapessoal: Perda de confiança, medo do câncer, modéstia, comportamentos de busca de saúde. Nível interpessoal (provedor): Moral, treinamento de provedores, percepção da eficácia do teste (VIA). Nível organizacional: Pessoal e programação (carga de trabalho e agendamento), equipamentos e instalações, atrasos do laboratório. Nível comunitário: Disponibilidade de serviço local, status socioeconômico, normas socioculturais, população diversificada. Nível político: Investimento governamental, poucos protocolos padronizados, comunicação. FACILITADORES: Nível comunitário: Colaboração do setor público/privado, pessoal de extensão rural. Nível político: Cobertura de triagem
51	Adegboyega et al., 2023, EUA	Descrever, da perspectiva de informantes-chave, os desafios e oportunidades para a vacinação contra o HPV e a promoção do rastreamento do câncer cervical entre adultos negros.	Estudo descritivo qualitativo	N= 23 informantes-chave	Primária e secundária	Nível intrapessoal: Alfabetização sobre HPV e câncer, acesso a serviços de vacinação e rastreamento e crença religiosa/pessoal ou fé em Deus. Nível interpessoal: Recomendação do provedor de cuidados de saúde e influências sociais e culturais. Nível organizacional: Fatores econômicos, acessibilidade e disponibilidade de serviços Nível comunitário: Ausência de recursos comunitários para promover a vacinação contra o HPV e o rastreamento do câncer. Nível político: Legislações e políticas (mandato da vacina contra o HPV e a elegibilidade do programa) inconsistentes, contribuem para a aceitação da vacina contra o HPV e do rastreamento do câncer

52	Morse et al., 2023, Peru	Entender o estigma existente antes de introduzir o programa de triagem e tratamento, identificando a influência de membros da comunidade, profissionais de saúde, sistema de saúde e políticas de saúde na perpetuação do estigma do HPV e do câncer cervical.	Estudo qualitativo	N= 35 entrevistas semiestruturadas Morse et al., 2023	Secundária e terciária	Fatores que aumentam o estigma: Nível intrapessoal: Comportamentos, atitudes, crenças, conhecimento, autoconceito. Nível interpessoal: Comunicação ou comportamento prejudiciais com colegas, parceiros íntimos ou familiares Nível comunitário: Processos ou políticas (formais ou informais) que promovem um ambiente de estigma dentro de uma comunidade ou espaço social: bairros, centros de saúde, hospitais, locais de trabalho Nível social: Leis e políticas locais, estaduais e nacionais que promovem o estigma: desigualdade de gênero, sistema de crenças religiosas ou culturais, políticas de saúde.
53	Afsah; Kaneko, et al., 2023 País não especifica do	Resumir e analisar as descobertas de estudos anteriores sobre barreiras percebidas ao CCS (rastreamento do câncer cervical) entre mulheres imigrantes muçulmanas.	Revisão de escopo	N= 19 artigos	Secundária	Barreiras: Nível intrapessoal: Fatores sociodemográficos, falta de conhecimento, barreiras econômicas, barreira linguística, barreiras cognitivas e afetivas, sentimento negativo (embaraço, vergonha), constrangimento, a vergonha e a dor, medo do câncer ou a preocupação com os resultados dos exames. Nível interpessoal: Falta de tempo (trabalho, cuidado com as crianças e tarefas domésticas), normas e gênero (papel das mulheres). Nível comunitário: Sistema de saúde (falta de médica, desconfiança, procedimentos complicados, falta de acessibilidade aos centros de saúde e longo tempo de espera), norma (estigma ao rastreio), religião (modéstia). Nível social: Norma (estigma ao rastreio), religião (modéstia).
54	Luo et al., 2024, China	Investigar as intenções de vacinação contra o HPV de estudantes e explorar os fatores contribuintes de uma perspectiva socioecológica.	Estudo transversal	N= 1756 estudantes com idades entre 14 e 22 anos	Primária	Nível intrapessoal: risco de contrair o HPV, riscos impostos pela não vacinação e os benefícios da vacinação, preocupações sobre efeitos colaterais da vacina, promoção da confiança por prestadores de saúde para o autoexame, conhecimento, informações sobre o HPV por meio da distribuição de panfletos informativos na escola, comportamento sexual, educação sexual, intenção de vacinação contra o HPV, níveis de educação, status socioeconômico, influência dos pais, conteúdo negativo e impreciso sobre a vacina contra o HPV na Internet, autoeficácia. Nível interpessoal: apoio familiar, recomendações dos profissionais de saúde, educação de saúde personalizada aos pais

						Nível institucional ou comunitário: diferenças socioculturais, programas de educação em saúde
55	McNally et al., 2024a, EUA	Entender a prática dos enfermeiros escolares da Virgínia na implementação do mandato da vacina contra o HPV por meio da exploração de suas experiências subjetivas.	Estudo qualitativo descritivo com entrevistas semiestruturadas	N= 20 mulheres	Primária	- Fatores que influenciam a prática de enfermagem. Nível intrapessoal: Conhecimento sobre HPV; a vacina contra o HPV pode prevenir o câncer, mas é segura?; compreensão ambígua da exigência da vacina contra o HPV na Virgínia. Nível interpessoal: Hesitação na comunicação, poder de uma recomendação, confiança. Nível organizacional: Restrições de tempo, trabalho em equipe. Nível comunitário: Parceiros da comunidade, eventos de imunização convenientes e focados na família. Nível político: Tigre de papel: aparentemente forte, mas ineficaz (estatuto da vacina não tem poder de execução); estigma da saúde reprodutiva, impacto da pandemia da COVID-19 na prática de enfermagem relacionada à conformidade com a vacinação.
56	Power et al., 2024, Austrália	Revisar sistematicamente a pesquisa sobre as taxas de participação no rastreamento cervical entre pessoas com deficiência intelectual, e facilitadores e barreiras que afetam a participação.	Revisão sistemática	N= 63 artigos	Secundária	- Barreiras e facilitadores para a participação de pessoas com deficiência intelectual do rastreio do CCU: Nível intrapessoal: Medo do procedimento de triagem/câncer; atitudes e crenças, incluindo suposições errôneas sobre atividade sexual e capacidade de consentimento; local de residência; estado civil. Nível interpessoal: Práticas de saúde centradas na pessoa; comunicação paciente-provedor; apoiar pessoas (experiência, habilidade e confiança dos profissionais com pessoas com deficiência intelectual). Nível organizacional: Colaboração entre provedores de serviços de saúde e de deficiência; logística de consultas e ambiente clínico. Nível comunitário/político: programas organizados de rastreio do colo do útero e informação sobre saúde pública. Exclusão de pessoas com deficiência intelectual das informações sobre o rastreio do colo do útero.
57	Atnafu; Khatri; Assefa, 2024 *África Subsaariana	Sintetizar evidências sobre os desafios e oportunidades de rastreamento, detecção precoce e tratamento do câncer cervical na África Subsaariana.	Revisão narrativa estruturada	N= 60 estudos	Secundária	Principais barreiras e facilitadores para o acesso das mulheres aos serviços de rastreamento do câncer cervical na África Subsaariana: <u>Barreiras:</u> Nível intrapessoal: baixo conhecimento sobre o CCU e seu rastreamento, falta de acesso à informação sobre o CC e serviços de rastreio, o desconhecimento de onde fazer o rastreio, a falta de conhecimentos sobre a saúde, resultados de testes de rastreio gratuitos,

					preocupação com o estigma, custos emocionais na forma da doença, a dor do exame e procedimento ginecológico, medo do desconhecido e mitos e equívocos sobre a remoção do útero, o embarço, o medo de invasão da sua privacidade, local de autocoleta ou privacidade, presunção de que os órgãos sexuais são privados, atitudes e percepções negativas (descuido e negligência), pensar que o rastreio não é importante, ser virgem (não elegível para o rastreio), ausência de sinais e sintomas, percepção de saúde. Nível interpessoal: falta de apoio e o encorajamento do cônjuge, relacionamento de uma mulher com profissionais de saúde, trabalhadores de centros de rastreio Nível organizacional: profissionais médicos do sexo masculino, baixa sensibilização dos prestadores e conhecimento sobre o cancro do colo do útero e rastreio, baixo comprometimento com o trabalho, atitudes negativas dos provedores em relação aos clientes, atitude negativa em relação ao rastreio cervical, Nível comunitário: normas socioculturais, redes sociais, crenças e religião, isolamento social, o estigma, normas de gênero, crenças negativas sobre o teste de Papanicolaou Nível político: falta de clínicas móveis, alocação de recursos, gestão logística, falta de suprimentos e equipamentos médicos, falta de ferramentas de triagem e diagnóstico (como VIA), falta de estoque de suprimentos, custos diretos e indiretos do rastreio, falta de recursos humanos (falta de profissionais de saúde qualificados), rotatividade de profissionais, superlotação de unidades, cronograma e sistema de consultas inconsistentes, disponibilidade de serviços de rastreio de má qualidade e fraca eficácia, falta de uma política nacional clara, políticas de encaminhamento precárias e a falta de um mecanismo de acompanhamento adequado. <u>Facilitadores:</u> Nível intrapessoal: Elevado conhecimento do cancro do colo do útero, conhecimento sobre os métodos de prevenção, disponibilidade de serviços de rastreio do CCU, consequência do cancro do colo do útero avançado, local dos serviços de rastreio do colo do útero, suscetibilidade
--	--	--	--	--	--

						ou o medo de ter câncer cervical, nível educacional primário e superior, renda mensal média a alta, estar doente e ter sinais e sintomas de câncer cervical, mulheres diagnosticadas como HIV positivas, histórico familiar de doença. Nível interpessoal: apoio e o encorajamento do cônjuge, conselhos de amigos e familiares, persuasão dos pares, mulheres com filhos, conhecimento por experiências sociais. Nível organizacional: treinamento de profissionais, enfermeiras e prestadoras de serviços femininas, aconselhamento profissional, o incentivo e o apoio ao teste de rastreio por parte dos profissionais Nível comunitário: literacia sobre o CCU nas redes sociais. Nível político: serviços de rastreio gratuitos, expansão da cobertura do seguro de saúde, incentivos financeiros para os prestadores, implementação do programa de rastreio por meios de comunicação, aumento do acesso a informações, disponibilidade de serviços de rastreio de alta qualidade, descentralização no sistema de prestação de serviços, financiamento
58	McNally et al., 2024b, EUA	Examinar o conhecimento, a atitude, a experiência e o papel dos enfermeiros escolares relacionados à vacinação e promoção do HPV em ambientes escolares.	Revisão sistemática qualitativa	N= 28 artigos	Primária	- Fatores que impactam a prática de enfermagem Nível intrapessoal: Conhecimento geral versus conhecimento suficiente; otimismo cauteloso (afetando a recomendação da vacina); influenciador da vacina contra o HPV (com responsabilidade profissional). Nível interpessoal: Educador de HPV, relacionamentos acima da aplicação da lei (relacionamentos duradouros e baseados na confiança), fobia de agulhas (em adolescentes), contando com os colegas de trabalho (acesso limitado a colegas clínicos) Nível organizacional: Consistentemente inconsistente (atividades de vacinação nas escolas são implementadas de forma diferente), recursos escolares. Nível comunitário: Parceiros da comunidade (prestadores de cuidados primários, clínicas e farmácias), prioridades na comunidade (extraindo recursos vacinais para necessidades urgentes). Nível político: Leis da vacina contra o HPV (recomendada/obrigatória); campanhas contra o HPV: quem toma vacina e quando (em termos de gênero, as diretrizes limitam os profissionais).

59	Dzobo et al., 2024, *África Subsaariana	Sintetizar evidências qualitativas sobre os fatores que impulsionam ou impedem a adoção do rastreamento de câncer cervical por autoamostragem de HPV.	Revisão sistemática	N= 13 estudos	Secundária	- Experiências e perspectivas relativas à autocoleta do HPV Nível intrapessoal: a aceitabilidade da autoamostragem (evitando toque de outros, medo de contrair doenças em consultório, maior privacidade), a autoeficácia (falta de autoconfiança) e o valor percebido da autoamostragem (consequências percebidas da não realização do rastreio). Nível interpessoal: as relações sociais entre mulheres e seus cônjuges (benefício do apoio e incentivo, e barreiras à necessidade de autorização do cônjuge e à violência física pelo parceiro), relação mulher-profissionais de saúde (confiança no profissional para identificar outros problemas de saúde), apoio de pares (incentivo e encorajamento por pares). Nível comunitário: estigma (falta de informação, educação e conscientização sobre a doença e o método de autocoleta), desinformação, práticas culturais (proibição do auto toque em área genital), religiosas Nível sistemas de saúde/institucional: cenário para a autocoleta (privacidade e conveniência), a ligação aos cuidados (serviços de tratamento próximos/falta de serviços, prestação de serviços gratuitos) e a educação e conscientização (barreira da educação de familiares e membros da comunidade, preferência por informações educacionais verbais pelo profissional de saúde).
60	Mokwena ; Gundo; Mulaudzi, 2024, África do Sul	Identificar os fatores que influenciam a aceitação da vacina	Revisão de escopo.	N= 18 estudos	Primária	- Fatores que influenciam a aceitação da vacina contra o HPV nos países da África Subsaariana. Nível intrapessoal: idade, educação e conhecimento materno terciário, medo e desconfiança e fatores socioeconômicos. Nível interpessoal: estrutura familiar e proximidade ao câncer/IST; se um membro da família ou amigo teve câncer ou uma IST. Nível organizacional: implementação do programa de vacinação gratuita e a falta de envolvimento. Nível comunitário e social: desinformação das mídias sociais, religião, cultura e tradição.
61	Lin et al., 2024, China	Examinar a aceitação da vacinação contra o HPV e seus determinantes entre	Estudo transversal online	N= 11.678 mães de meninas de 9 a 17 anos em	Primária	- Fatores que influenciaram a aceitação da vacina Nível intrapessoal: <u>Menor aceitação da vacina:</u> Difícil obtenção da vacina, alto custo da vacina, insatisfação com materiais promocionais

		mães de meninas na China, tanto em nível individual quanto interpessoal.		Shenzhen, China		produzidos pelo governo, mães atualmente solteiras, com uma filha mais velha e sem empregos de tempo integral <u>Maior aceitação da vacina:</u> Efeitos negativos do HPV, maior duração da infecção, infecção controlada por eles mesmos, tratamento médico, sintomas graves ao contrair HPV, mais preocupação, melhor compreensão do HPV, respostas emocionais negativas ao HPV, mais satisfação com os materiais promocionais de saúde do governo, mais dificuldades percebidas no acesso à vacina, educação superior, renda mais alta e histórico de infecção ou doença por HPV Nível interpessoal: <u>Menor aceitação da vacina:</u> Raro contato com testemunhos dados por outros sobre a vacinação, baixa consideração de veracidade das informações sobre a vacina, mães mais velhas,. <u>Maior aceitação da vacina:</u> Maior frequência de exposição a depoimentos dados por outros sobre a vacinação contra o HPV, consideração cuidadosa da veracidade das informações específicas para as vacinas contra o HPV, raras informações negativas sobre a vacina, raras informações sobre incidentes de vacinas (ex.: vacinas problemáticas, efeitos colaterais graves) em mídias sociais.
62	Owokuha sa et al., 2024, Uganda	Explorar as barreiras e facilitadores para a retenção no tratamento após a triagem do câncer cervical.	Estudo qualitativo descritivo	N= 23 entrevistas 5 profissionais de saúde e 18 pacientes.	Terciária	- Barreiras: Nível intrapessoal: Falta de dinheiro para transporte, medo de procedimentos dolorosos, ausência de dor, falta de informação adequada e precisa, analfabetismo, desconfiança nos resultados da triagem, negligência ou descuido dos pacientes. Nível interpessoal: Falta de apoio dos cônjuges ou de outros membros da família, não divulgação dos resultados da triagem aos familiares/cônjuges, equívocos e desinformação, uso de fitoterapia e intervenções espirituais. Nível comunitário: Longo tempo de espera na unidade, números esmagadores de pacientes, congestionamento e falta de privacidade, falta de pessoal, falta de formação para os prestadores de cuidados de saúde, longo tempo de resposta para os resultados, falta de reagentes de triagem, agendamento de consultas somente em dias úteis.

						Nível político: Falta de integração dos serviços de rastreio e tratamento do câncer de colo de útero nos serviços de saúde convencionais. - Facilitadores: Nível intrapessoal: Medo da dor ou da morte, desejo de monitorar o progresso após o tratamento, percepções positivas da autoestima. Nível interpessoal: Apoio social. Nível comunitário: Comportamento de comunicação do provedor, aconselhamento, confiança na unidade de saúde, plataformas de comunicação como o whatsapp.
63	Mantula; Toefy; Sewram, 2024, África (continent e)	Explorar os fatores que impedem as mulheres de utilizar os serviços de rastreamento do câncer cervical na região.	Revisão sistemática de método misto.	N= 24 estudos	Secundária	- Barreiras ao rastreio do câncer do colo de útero Nível intrapessoal: Falta de acesso a informações de triagem, restrições financeiras, atitude de indiferença em relação à triagem, medo do procedimento e do resultado. Nível interpessoal: Falta de apoio conjugal, conceitos errôneos sobre o câncer cervical. Nível organizacional/sistemas de saúde: Inacessibilidade dos serviços de rastreio, financiamento limitado para programas de câncer cervical, falta de prestadores qualificados, falta de equipamentos e suprimentos, atitudes negativas dos prestadores de serviços. Nível comunitário: Responsabilidades familiares, crenças socioculturais e religiosas, estigma social associado ao câncer cervical e ao rastreamento, barreiras estruturais.

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados publicados.

REFERÊNCIAS

1. Daley E, Alio A, Anstey EH, Chandler R, Dyer K, Helmy H. Examining barriers to cervical cancer screening and treatment in Florida through a socio-ecological lens. J Community Health. 2011;36(1):121-31. doi: 10.1007/s10900-010-9289-7

2. Ports, K. A., Reddy, D. M., & Rameshbabu, A. (2013). Barriers and facilitators to HPV vaccination: perspectives from Malawian women. *Women & health*, 53(6), 630–645. <https://doi.org/10.1080/03630242.2013.809046>
3. Cohen EL, Scott AM, White CR, Dignan MB. Evaluation of Patient Needs and Patient Navigator Communication about Cervical Cancer Prevention in Appalachian Kentucky. *J Commun.* 2013;63(1):72-94. doi: 10.1111/jcom.12002
4. Lee, J., & Carvallo, M. (2014). Socioecological perspectives on cervical cancer and cervical cancer screening among Asian American women. *Journal of community health*, 39, 863-871.
5. Ferrer, H.B., Trotter, C., Hickman, M. et al. Barriers and facilitators to HPV vaccination of young women in high-income countries: a qualitative systematic review and evidence synthesis. *BMC Public Health*. 2014; 9; 14:700. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-700>
6. Warner, E. L., Lai, D., Carbajal-Salisbury, S., Garza, L., Bodson, J., Mooney, K., & Kepka, D. (2015). Latino parents' perceptions of the HPV vaccine for sons and daughters. *Journal of community health*, 40, 387-394.
7. Schultz, E. M. (2015). *Maternal social norms for gynecological care predict HPV vaccination among rural African American adolescent females* (Doctoral dissertation, University of Georgia).
8. Ghebrey, R. G., Sewali, B., Osman, S., Adawe, A., Nguyen, H. T., Okuyemi, K. S., & Joseph, A. (2015). Cervical cancer: barriers to screening in the Somali community in Minnesota. *Journal of immigrant and minority health*, 17(3), 722–728. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0080-1>
9. Ferrer, H. B., Trotter, C. L., Hickman, M., & Audrey, S. (2016). Barriers and facilitators to uptake of the school-based HPV vaccination programme in an ethnically diverse group of young women. *Journal of public health (Oxford, England)*, 38(3), 569–577. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv073>
10. Maar, M., Wakewich, P., Wood, B., Severini, A., Little, J., Burchell, A. N., Ogilvie, G., & Zehbe, I. (2016). Strategies for Increasing Cervical Cancer Screening Amongst First Nations Communities in Northwest Ontario, Canada. *Health care for women international*, 37(4), 478–495. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.959168>
11. Kim, K., & LeClaire, A. R. (2017). A systematic review of factors influencing human papillomavirus vaccination among immigrant parents in the United States. *Health Care for Women International*, 40(6), 696–718. <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1080/07399332.2017.1404064>
12. Sanderson, M., Canedo, J.R., Khabele, D. et al. Pragmatic trial of an intervention to increase human papillomavirus vaccination in safety-net clinics. *BMC Public Health* 17, 158 (2017). <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12889-017-4094-1>

13. Warner, E.L., Ding, Q., Pappas, L.M. *et al.* White, affluent, educated parents are least likely to choose HPV vaccination for their children: a cross-sectional study of the National Immunization Study – teen. *BMC Pediatr* 17, 200 (2017). <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12887-017-0953-2>
14. Lanning, B., Golman, M., & Crosslin, K. (2017). Improving Human Papillomavirus Vaccination Uptake in College Students: A Socioecological Perspective. *American Journal of Health Education*, 48(2), 116–128. <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1080/19325037.2016.1271753>
15. Cartmell KB, Young-Pierce J, McGue S, Alberg AJ, Luque JS, Zubizarreta M, Brandt HM. Barriers, facilitators, and potential strategies for increasing HPV vaccination: A statewide assessment to inform action. *Papillomavirus Res.* 2018 Jun;5:21-31. doi: 10.1016/j.pvr.2017.11.003. Epub 2017 Dec 7. PMID: 29248818; PMCID: PMC5886972.
16. Carhart, M. Y., Schminkey, D. L., Mitchell, E. M., & Keim-Malpass, J. (2018). Barriers and Facilitators to Improving Virginia's HPV Vaccination Rate: A Stakeholder Analysis With Implications for Pediatric Nurses. *Journal of pediatric nursing*, 42, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.05.008>
17. Kangmennaang, J., Onyango, E. O., Luginaah, I., & Elliott, S. J. (2018). The next Sub Saharan African epidemic? A case study of the determinants of cervical cancer knowledge and screening in Kenya. *Social Science & Medicine*, 197, 203-212.
18. Cha, E. Y. (2018). *Korean Immigrant Women's Perceptions of Cervical Cancer Screening in Hawaii* (Doctoral dissertation, Walden University).
19. Lacombe-Duncan A, Newman PA, Baiden P. Human papillomavirus vaccine acceptability and decision-making among adolescent boys and parents: A meta-ethnography of qualitative studies. *Vaccine*. 2018;36(19):2545-2558. doi:10.1016/j.vaccine.2018.02.079
20. Nyambe, A., Kampen, J.K., Baboo, S.K. *et al.* The impact of the social environment on Zambian cervical cancer prevention practices. *BMC Cancer* **18**, 1242 (2018). <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12885-018-5164-1>
21. Manga S, Kiyang E, DeMarco RF. Barriers and facilitators of follow-up among women with precancerous lesions of the cervix in Cameroon: a qualitative pilot study. *Int J Womens Health*. 2019;11:229-239 <https://doi.org/10.2147/IJWH.S196112>
22. Palmer, Catherine T., "Improving Cervical Cancer Screening and HPV Vaccination Rates among Ghanaians in Ghana, and Ghanaian Immigrants Living in Georgia, U.S.A" (2019). Electronic Theses and Dissertations. 2036. <https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/etd/2036>

23. Vu, M., Bednarczyk, R. A., Escoffery, C., Getachew, B., & Berg, C. J. (2019). Human papillomavirus vaccination among diverse college students in the state of Georgia: who receives recommendation, who initiates and what are the reasons?. *Health education research*, 34(4), 415–434. <https://doi.org/10.1093/her/cyz014>
24. Kung TH, Gordon JR, Abdullahi A, et al. "My husband says this: If you are alive, you can be someone...": Facilitators and barriers to cervical cancer screening among women living with HIV in India. *Cancer Causes Control*. 2019;30(4):365-374. doi:10.1007/s10552-019-01145-7
25. Dubé, E., Gagnon, D., Clément, P., Bettinger, J. A., Comeau, J. L., ... Deeks, S. (2019). Challenges and opportunities of school-based HPV vaccination in Canada. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 15(7–8), 1650–1655. <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1080/21645515.2018.1564440>
26. Lim, A. S. E., & Lim, R. B. T. (2019). Facilitators and barriers of human papillomavirus vaccine uptake in young females 18–26 years old in Singapore: A qualitative study. *Vaccine*, 37(41), 6030-6038. DOI <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.08.053>
27. Johnson, M., Wakefield, C., & Garthe, K. (2020). Qualitative socioecological factors of cervical cancer screening use among transgender men. *Preventive medicine reports*, 17, 101052.
28. Ryan, G., Avdic, L., Daly, E., Askelson, N., Farris, P. E., Shannon, J., ... Seegmiller, L. (2020). Influences on HPV vaccination across levels of the social ecological model: perspectives from state level stakeholders. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(4), 1006–1013. <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1080/21645515.2020.1839290>
29. Walker, K. K., Owens, H., & Zimet, G. (2020). “We fear the unknown”: Emergence, route and transfer of hesitancy and misinformation among HPV vaccine accepting mothers. *Preventive Medicine Reports*, 20, 101240. DOI <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101240>
30. Luft, H., Perzan, M., Mitchell, R., & Schmidt, A. (2020). An integrative literature review of barriers and facilitators to cervical cancer screening among refugee women in the United States. *Health Care for Women International*, 42(7–9), 992–1012. <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1080/07399332.2020.1803872>
31. Rujumba, J., Akugizibwe, M., Basta, N. E., & Banura, C. (2021). Why don't adolescent girls in a rural Uganda district initiate or complete routine 2-dose HPV vaccine series: Perspectives of adolescent girls, their caregivers, healthcare workers, community health workers and teachers. *PloS one*, 16(6), e0253735. DOI <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253735>
32. Clave Llavall, A., de Wildt, G., Meza, G., Tattsbridge, J., & Jones, L. (2021). Nurses' and teachers' perceived barriers and facilitators to the uptake of the Human Papilloma Virus (HPV) vaccination program in Iquitos, Peru: A qualitative study. *Plos one*, 16(7), e0255218.
33. Cha, E. Y., & Chun, H. (2021). Barriers and challenges to cervical cancer screening, follow. up, and prevention measures among korean immigrant women in hawaii. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 8(2), 132-138. DOI: <https://doi.org/10.4103/2347-5625.308302>

34. Adekunle TE, Ahmed M, Afifi R (2021) A Qualitative Study to Understand Cervical Cancer Awareness and Prevention among African Immigrant Women (AIW) in Iowa City, Iowa. *Int J Womens Health Wellness* 7:117. doi.org/10.23937/2474-1353/1510117
35. Sethi S, Poirier B, Canfell K, *et al* Working towards a comprehensive understanding of HPV and cervical cancer among Indigenous women: a qualitative systematic review *BMJ Open* 2021;**11**:e050113. doi: 10.1136/bmjopen-2021-050113
36. Camara, H., Zhang, Y., Lafferty, L. *et al.* Self-collection for HPV-based cervical screening: a qualitative evidence meta-synthesis. *BMC Public Health* **21**, 1503 (2021). <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12889-021-11554-6>
37. Bennett C, Edwards D, Sherman SM, *et al.* Which interventions improve HPV vaccination uptake and intention in children, adolescents and young adults? An umbrella review. *Sex Transm Infect.* 2022;**98**(8):599-607. doi:10.1136/sextrans-2022-055504
38. Ackbarali, T. (2022). *Oncology System-Based Challenges to Advancing Cervical Cancer Care in Low-and Middle-Income Countries*. Nova Southeastern University.
39. Xiong, S., Kasouaher, M.Y., Vue, B. *et al.* “We will do whatever it takes”: Understanding Socioecological Level Influences on Hmong-American Adolescents and Parents’ Perceptions of the Human Papillomavirus Vaccine. *J Canc Educ* **37**, 1893–1901 (2022). <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1007/s13187-021-02057-4>
40. Beavis AL, Meek K, Moran MB, Fleszar L, Adler S, Rositch AF. Exploring HPV vaccine hesitant parents' perspectives on decision-making and motivators for vaccination. *Vaccine X*. 2022;**12**:100231. Published 2022 Oct 19. doi:10.1016/j.jvacx.2022.100231
41. Mansour, M. B. L., Crone, M. R., van Weert, H. C., Chavannes, N. H., & van Asselt, K. M. (2022). Stop smoking advice by practice assistants after routine cervical screening in general practice: A qualitative exploration of potential barriers and enablers. *European Journal of General Practice*, 28(1), 56–65. <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1080/13814788.2022.2053105>
42. Fish, L. J., Harrison, S. E., McDonald, J. A., Yelverton, V., Williams, C., Walter, E. B., & Vasudevan, L. (2022). Key stakeholder perspectives on challenges and opportunities for rural HPV vaccination in North and South Carolina. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 18(5). <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1080/21645515.2022.2058264>
43. Pho AT, Mangal S, Bakken S. Human Papillomavirus Vaccination Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: An Integrative Review. *Transgend Health.* 2022;**7**(4):303-313. Published 2022 Aug 1. doi:10.1089/trgh.2020.0174
44. Vega Crespo B, Neira VA, Ortíz Segarra J, *et al.* Barriers and facilitators to cervical cancer screening among under-screened women in Cuenca, Ecuador: the perspectives of women and health professionals. *BMC Public Health.* 2022;**22**(1):2144. Published 2022 Nov 22. doi:10.1186/s12889-022-14601-y
45. Adekunle TB, Arreola A, Sembian S, *et al.* Feasibility and anticipated acceptability of community health worker-facilitated HPV self-sampling for cervical cancer screening around Lake County, Indiana. *Journal of Clinical and Translational Science.* 2023;**7**(1):e157. doi:10.1017/cts.2023.578

46. Ogoke, L. A.-T. (2023). Disparities in cervical cancer survival amongst white and African American women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 84(5-B).
47. Osaghae I, Chandra M, Talluri R, Shete S. Individual, systemic and state factors associated with provider recommendation of HPV vaccination: Findings from NIS-Teen, 2020. *Hum Vaccin Immunother*. 2023;19(2):2239678. doi:10.1080/21645515.2023.2239678
48. Shin, M.B., Sloan, K.E., Martinez, B. *et al*. Examining multilevel influences on parental HPV vaccine hesitancy among multiethnic communities in Los Angeles: a qualitative analysis. *BMC Public Health* **23**, 545 (2023). <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12889-023-15318-2>
49. Jin, S.W., Lattimore, D.C., Harlin, E. *et al*. Medical and public health professionals' perceived facilitators and barriers of human papillomavirus (HPV) vaccination among African American adolescents in Shelby County, Tennessee. *BMC Health Serv Res* **23**, 469 (2023). <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12913-023-09415-6>
50. Mittal, A., Neibart, S.S., Kulkarni, A. *et al*. Barriers and facilitators to effective cervical cancer screening in Belize: a qualitative analysis. *Cancer Causes Control* **34**, 647–656 (2023). <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1007/s10552-023-01703-0>
51. Adegboyega, A., Adeyimika, D., Omoadoni, O., & Mark, D. (2023). HPV vaccination and cervical cancer screening promotion among Black individuals: social ecological perspectives from key informants interviews. *Ethnicity & Health*, 28(7), 1026–1040. <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1080/13557858.2023.2193360>
52. Morse, R.M., Brown, J., Gage, J.C. *et al*. “Easy women get it”: pre-existing stigma associated with HPV and cervical cancer in a low-resource setting prior to implementation of an HPV screen-and-treat program. *BMC Public Health* **23**, 2396 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17324-w>
53. Afsah, Y.R., Kaneko, N. Barriers to cervical cancer screening faced by immigrant Muslim women: a systematic scoping review. *BMC Public Health* **23**, 2375 (2023). <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12889-023-17309-9>
54. Luo Y, Liu T, Yang X, Lu M, Kou Z, Xu X. Human papillomavirus vaccination and contributing factors of vaccination intention among adolescents and young adults in China from a socio-ecological perspective: A cross-sectional study. *Public Health Nurs*. 2024 May-Jun;41(3):602-616. doi: 10.1111/phn.13315. Epub 2024 Mar 30. PMID: 38554075.
55. McNally K, Weinstein A, Lindley L, Wallin R, Roess A. Moving the Needle: A Qualitative Exploration of the School Nurses' Experience with Virginia's Human Papillomavirus Mandate. *The Journal of School Nursing*. 2024a;0(0). doi:[10.1177/10598405241241229](https://doi.org/10.1177/10598405241241229) (1)

56. Power R, David M, Strnadová I, et al. Cervical screening participation and access facilitators and barriers for people with intellectual disability: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2024;15:1379497. Published 2024 Jul 26. doi:10.3389/fpsy.2024.1379497
57. Atnafu, D.D., Khatri, R. & Assefa, Y. Drivers of cervical cancer prevention and management in sub-Saharan Africa: a qualitative synthesis of mixed studies. *Health Res Policy Sys* **22**, 21 (2024). <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12961-023-01094-3>
58. McNally K, Roess A, Weinstein A, Lindley L, Wallin R. School Nurses' Experiences and Roles in Promoting and Administering the HPV Vaccine: A Systematic Review Using the Socioecological Framework. *The Journal of School Nursing*. 2024b;40(1):43-57. doi:10.1177/10598405231206109 (2)
59. Dzobo M, Dzinamarira T, Jaya Z, Kgarosi K, Mashamba-Thompson T. Experiences and perspectives regarding human papillomavirus self-sampling in sub-Saharan Africa: A systematic review of qualitative evidence. *Heliyon*. 2024;10(12):e32926. Published 2024 Jun 18. doi:10.1016/j.heliyon.2024.e32926
60. Mokwena BP, Gundo R, Mulaudzi FM. Factors that influence the uptake of human papillomavirus vaccine among preadolescent girls in South Africa: A Scoping Review. *Afr J Reprod Health*. 2024;28(7):127-148. doi:10.29063/ajrh2024/v28i7.13
61. Lin, Z., Chen, S., Su, L. *et al*. Influences of HPV disease perceptions, vaccine accessibility, and information exposure on social media on HPV vaccination uptake among 11,678 mothers with daughters aged 9–17 years in China: a cross-sectional study. *BMC Med* **22**, 328 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03538-1>
62. Owokuhaisa, J., Turyakira, E., Ssedyabane, F. *et al*. Barriers and facilitators of retention in care after cervical cancer screening: patients' and healthcare providers' perspectives. *BMC Women's Health* **24**, 516 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03343-1>
63. Mantula, F., Toefy, Y. & Sewram, V. Barriers to cervical cancer screening in Africa: a systematic review. *BMC Public Health* **24**, 525 (2024). <https://doi-org.ez14.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12889-024-17842-1>

ANEXOS

ANEXO 1 - NORMAS DA REVISTA PREVENTIVE MEDICINE

Tipos de artigos

Principais requisitos que os autores devem levar em consideração ao preparar uma submissão:

- **Artigo de revisão:** não mais que 4500 palavras, não mais que 4 tabelas ou figuras

Resumo

Você deve fornecer um resumo conciso e factual que não exceda 250 palavras. O resumo deve declarar brevemente o propósito de sua pesquisa, os principais resultados e as principais conclusões. Algumas diretrizes:

- Os resumos devem ser independentes, pois geralmente são apresentados separadamente do artigo.
- Evite referências. Se alguma for essencial incluir, certifique-se de citar o(s) autor(es) e o(s) ano(s).
- Evite abreviações não padronizadas ou incomuns. Se alguma for essencial incluir, garanta que elas sejam definidas em seu resumo na primeira menção.

Palavras-chave

Você precisa fornecer de 1 a 7 palavras-chave para fins de indexação. As palavras-chave devem ser escritas em inglês. Tente evitar palavras-chave que consistam em várias palavras (usando "and" ou "of").

Recomendamos que você use abreviações em palavras-chave somente se elas estiverem firmemente estabelecidas na área.

Tabelas

As tabelas devem ser enviadas como texto editável, não como imagens. Algumas diretrizes:

- Coloque tabelas ao lado do texto relevante ou em uma página(s) separada(s) no final do seu artigo.
- Cite todas as tabelas no texto do manuscrito.
- Numere as tabelas consecutivamente de acordo com sua aparição no texto.
- Por favor, forneça legendas junto com as tabelas.
- Coloque quaisquer notas da tabela abaixo do corpo da tabela.
- Evite regras verticais e sombreamento dentro das células da tabela.

Recomendamos que você use tabelas com moderação, garantindo que quaisquer dados apresentados nas tabelas não dupliquem resultados descritos em outras partes do artigo.

Legendas das figuras

Todas as imagens devem ter uma legenda. Uma legenda deve consistir em um breve título (não exibido na figura em si) e uma descrição da imagem. Aconselhamos que você mantenha a quantidade de texto em qualquer imagem no mínimo, embora quaisquer símbolos e abreviações usados devam ser explicados.

Estrutura do artigo

Seções do artigo

- Divida seu artigo em seções claramente definidas e numeradas. Numere as subseções 1.1 (depois 1.1.1, 1.1.2, ...), depois 1.2, etc.
- Use o formato de numeração ao fazer referência cruzada dentro do seu artigo. Não se refira apenas ao "texto".
- Você pode dar às subseções um breve título. Os títulos devem aparecer em uma linha separada.
- Não inclua o resumo do artigo na numeração das seções.

Introdução

A introdução deve declarar claramente os objetivos do seu trabalho. Recomendamos que você forneça um histórico adequado para seu trabalho, mas evite escrever uma visão geral detalhada da literatura ou um resumo dos seus resultados.

Métodos

A seção de métodos deve fornecer detalhes suficientes sobre seus materiais e métodos para permitir que seu trabalho seja reproduzido por um pesquisador independente. Algumas diretrizes:

- Se o método que você usou já tiver sido publicado, forneça um resumo e faça referência ao método publicado originalmente.
- Se você estiver citando diretamente um método publicado anteriormente, use aspas e cite a fonte.
- Descreva quaisquer modificações que você tenha feito nos métodos existentes.

Resultados

Os resultados devem ser claros, concisos e reproduzíveis. Aconselhamos que você leia as seções neste guia sobre fornecimento de tabelas, artes, material suplementar e compartilhamento de dados de pesquisa.

Discussão

A seção de discussão deve explorar a significância dos seus resultados, mas não repeti-los.

Você pode combinar seus resultados e seções de discussão em uma seção, se apropriado.

Recomendamos que você evite o uso de citações extensas e discussão de literatura publicada na seção de discussão.

Conclusão

A seção de conclusão deve apresentar as principais conclusões do seu estudo. Você pode ter uma seção de conclusões independente ou incluir suas conclusões em uma subseção da sua discussão ou resultados e seção de discussão.

Apêndices

Pedimos que você use o seguinte formato para apêndices:

- Identifique apêndices individuais dentro do seu artigo usando o formato: A, B, etc.
- Dê numeração separada para fórmulas e equações dentro dos apêndices usando formatos como Eq. (A.1), Eq. (A.2), etc. e em apêndices subsequentes, Eq. (B.1), Eq. (B. 2) etc. De forma semelhante, dê numeração separada para tabelas e figuras usando formatos como Tabela A.1; Fig. A.1, etc.

Referências

Referências dentro do texto

Quaisquer referências citadas em seu artigo também devem estar presentes em sua lista de referências e vice-versa. Algumas diretrizes:

- As referências citadas no seu resumo devem ser fornecidas na íntegra.
- Recomendamos que você não inclua resultados não publicados e comunicações pessoais em sua lista de referências, embora você possa mencioná-los no texto do seu artigo.
- Quaisquer resultados não publicados e comunicações pessoais incluídas na sua lista de referências devem seguir o estilo de referência padrão do periódico. Em substituição à data de publicação, adicione "resultados não publicados" ou "comunicação pessoal".

Referências da Web

Ao listar referências da web, no mínimo você deve fornecer a URL completa e a data em que a referência foi acessada pela última vez. Informações adicionais (por exemplo, DOI, nomes de autores, datas ou referência a uma publicação de origem) também devem ser fornecidas, se conhecidas.

Você pode listar referências da web separadamente sob um novo título logo após sua lista de referências ou incluí-las em sua lista de referências.

Referências de dados

Recomendamos que você cite conjuntos de dados subjacentes ou relevantes no texto do artigo e liste referências de dados na lista de referências.

Ao citar referências de dados, você deve incluir:

- nome(s) do(s) autor(es)
- título do conjunto de dados
- repositório de dados
- versão (quando disponível)
- ano
- identificador persistente global

Informações específicas do periódico

Abreviações

Abreviações que não são padrão no campo devem ser definidas em uma nota de rodapé na primeira página do seu artigo.

Abreviações que são essenciais para incluir no seu resumo devem ser definidas na primeira menção no seu resumo, bem como em uma nota de rodapé na primeira página do seu artigo.

Por favor, evite abreviações em títulos de tabelas e figuras.

Antes do envio, recomendamos que você revise o uso de abreviações em todo o seu artigo para garantir que seja consistente.

Por favor, note que abreviações de duas letras não são permitidas (excluindo OR, HR e CI).

Qualquer abreviação de palavra não usada posteriormente no manuscrito após a definição inicial não deve ser abreviada.

Tabelas

Por favor, forneça legendas junto com as tabelas. Elas devem ser informativas para permitir que a tabela fique sozinha, sem referência ao manuscrito principal. Indique “quem”, “o quê”, “quando” e “onde”. Não use abreviações no título.

Evite regras verticais e sombreamento dentro das células da tabela. Não use negrito.