

BARREIRAS ENFRENTADAS NA REALIZAÇÃO DA COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

Priscila Carvalho Guedes Pinheiro*; Tuíla Pereira Nóbrega; Pâmela Dayana Lopes Carrilho Machado; Adriana Amorim de Farias Leal

Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande; priscilassa@hotmail.com

Resumo: Este estudo teve como objetivo identificar as principais barreiras enfrentadas pelas mulheres na realização da colpocitologia oncótica na Unidade Básica de Saúde Wilson Furtado, localizada na cidade de Campina Grande-PB. Como instrumento de coleta dos dados optou-se por um formulário semiestruturado, constituído de uma primeira parte objetiva onde foram identificadas características socioeconômicas e demográficas e uma segunda parte subjetiva que indagava as razões da não realização do exame nos últimos 3 anos bem como o motivo de não procurar o serviço de atenção básica da sua área. Os achados mostraram que 53,6% encontram-se na faixa etária entre 35-54 anos, 96,8% conheciam a finalidade do exame, no entanto 50,4% não o realizaram nos últimos três anos e que grande parte das usuárias não realiza os exames por sentir algum tipo de medo ou vergonha. Desta forma conclui-se que o grande desafio é formular estratégias e investir em ações preventivas, por parte da equipe de saúde da família, que demonstrem suporte e apoio às usuárias.

Palavras-Chaves: Câncer de colo uterino, colpocitologia, saúde da mulher.

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas integram um grupo de doenças que, hoje, representam uma das cinco principais causas de óbitos na população mundial¹. Dados da OMS estimam que 15 milhões de novos casos de câncer ocorrerão, no mundo, em 2020². Dentre todos os tipos de câncer, o câncer de colo de útero pode ser considerado o de maior potencial de prevenção e cura – o que pode ser explicado pelo fato da fase pré-clínica da doença ser relativamente longa e seu exame de rastreamento ser eficiente, de fácil realização e baixo custo³.

Sabe-se que o câncer de colo de útero está intimamente relacionado com hábitos de vida e comportamento sexual, e que a baixa escolaridade e baixa renda familiar são fatores de risco para o

desenvolvimento da doença⁴. O papiloma vírus humano (HPV) está presente em quase 99,0% dos carcinomas de colo uterino, no entanto, não é fator isolado necessário para o desenvolvimento da neoplasia⁵. A detecção precoce é feita com o exame de Papanicolau, também chamado de colpocitologia oncótica, e popularmente conhecido como “exame preventivo” ou “citológico”. Através do raspado/esfregaço de células das regiões ectocérvice e endocérvice do colo uterino, esse exame permite a detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas. O exame pode ser feito anualmente por qualquer mulher que já tenha iniciado a vida sexual, e após dois anos consecutivos sem alterações, passa a ser realizado a cada três anos⁶⁻⁹. Segundo Gustafsson e colaboradores (1997), após análise de registros de 11 países que implantaram a colpocitologia

oncótica como principal opção de rastreamento, houve redução significativa na incidência do câncer de colo de útero, variando de 27%, na Noruega, a 77%, na Finlândia¹⁰. O Pacto Pela Vida, instituído pelo Ministério da Saúde em 2008, estabeleceu o controle do câncer de colo de útero como uma das prioridades na Atenção Básica em Saúde, através de um compromisso entre gestores estaduais e municipais. Dessa forma, a colpocitologia oncótica deve ser oferecida em quase toda a rede de atenção básica, de forma gratuita e integral, priorizando-se mulheres que componham a faixa etária entre 25 e 64 anos¹¹.

Curiosa e contraditoriamente, esse tipo de neoplasia ainda é, excluindo-se os tumores de pele não melanoma, a neoplasia mais incidente na Região Norte do Brasil, a segunda mais incidente nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, e a terceira nas regiões Sudeste e Sul¹². Um estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2003, revelou que apenas cerca de 68,7% das mulheres com mais de 24 anos tiveram acesso ao exame de Papanicolau nos últimos três anos, no Brasil¹³. Diante desse cenário epidemiológico, esse trabalho teve como objetivo identificar as principais barreiras enfrentadas pelas mulheres na realização da colpocitologia oncótica.

METODOLOGIA

O presente estudo, de delineamento transversal, de natureza descritiva, e com abordagem quantitativa, foi realizado no período de fevereiro a abril de 2014, na área de

abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Wilson Furtado, na cidade de Campina Grande-PB. As participantes foram selecionadas após análise de 517 prontuários de mulheres entre 25 e 64 anos de idade, cadastradas na unidade de saúde. Dos 517 prontuários, identificou-se uma população de 322 mulheres. Após cálculo amostral, obteve-se uma amostra probabilística de 167 usuárias. Foram considerados como critérios de inclusão: residir na área da UBSF; nunca ter realizado a colpocitologia oncótica; ter realizado a colpocitologia oncótica há mais de três anos. Os critérios de exclusão, por sua vez, foram: incapacidade de responder ao questionário; não serem encontradas após mais de duas buscas ativas; recusa da participação; usuárias hysterectomizadas totais; virgens; mudança de área de saúde anterior ao período da pesquisa. Das 167 candidatas ao estudo quatro possuíam doenças mentais, 14 não puderam ser encontradas, 12 não faziam mais parte da área da UBSF, uma sofreu hysterectomia total, três declararam-se virgens e oito recusaram-se a participar da entrevista. Dessa forma, a amostra da pesquisa foi composta por 125 usuárias.

Como instrumento de coleta dos dados, optou-se por formulário semiestruturado, com questões objetivas para preenchimento de dados socioeconômicos e demográficos, e questões subjetivas, indagando as razões das mulheres não terem realizado o exame nos últimos três anos e por que não procuraram o serviço de atenção básica da sua área. A coleta dos dados foi realizada no domicílio de cada usuária, após

esclarecimento acerca da finalidade da pesquisa, da confidencialidade das informações, e ter sido assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram organizados em categorias coerentes com os objetivos do estudo e analisados estatisticamente.

A pesquisa foi realizada de acordo com os parâmetros contidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, que dispõe sobre a realização de pesquisas que envolvem seres humanos.

RESULTADOS

No total, 125 mulheres foram entrevistadas, e todas foram contempladas na análise dos dados. Os dados referentes ao perfil socioeconômico e demográfico da pesquisa estão apresentados na Tabela 1. As razões que dificultaram ou impediram a procura pela colpocitologia oncológica estão demonstradas na Tabela 2.

Tabela 1. Perfil socioeconômico e demográfico de amostra de mulheres residentes na área de saúde da UBSF Wilson Furtado, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2014.

Características da amostra (n=125)	Frequência
Idade (anos)	
25-34	34 (27,2%)
35-44	43 (34,4%)
45-54	24 (19,2%)
55-64	24 (19,2%)
Estado civil	
Casada	64 (51,2%)
Solteira	22 (17,6%)
Viúva	16 (12,8%)
União estável	23 (18,4%)
Escolaridade	
Não Alfabetizada	9 (7,2%)
Ensino fundamental	71 (56,8%)
Ensino Médio	43 (34,4%)
Ensino Superior	2 (1,1%)
Religião	
Católica	83 (66,4%)
Evangélica	38 (30,4%)
Sem religião	4 (3,2%)
Renda Familiar	
Até 1 salário mínimo	65 (52%)
1-3 salários mínimos	54 (43,2%)
Mais de 3 salários mínimos	6 (4,8%)
TOTAL	125 (100,00)

Tabela 2. Razões relatadas pelas usuárias entrevistadas, que impediram ou dificultaram a realização da colpocitologia oncótica. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2014.

Razões apresentadas para justificar a não realização do exame	Frequência
Relacionadas à mulher	
Descuido	18 (14,8%)
Ausência de sintomas	9 (7,2 %)
Dificuldades relacionadas ao cotidiano	9 (7,2%)
Mudou-se para área de abrangência recentemente	5 (4%)
Relacionadas ao exame e aos serviços de saúde	
Dificuldades com o agendamento	10 (8%)
Constrangimento em realizar exame	9 (7,2%)
Demora em receber resultado	7 (5,6%)
Medo do resultado	2 (1,6%)
Medo de sentir dor durante exame	1 (0,8%)
Relacionadas à equipe da UBSF	
Vergonha do examinador	21 (16,8%)
Preferência por especialista	19 (15,2%)
Medo de quebra de sigilo	15 (12%)

As Tabelas 3, 4 e 5 demonstram de forma mais pormenorizada, a relação entre os dados sociodemográficos das usuárias entrevistadas e as razões relacionadas à mulher, ao exame e serviço de saúde, e à equipe da UBSF, respectivamente. A Tabela 6 define identifica o conhecimento das mulheres entrevistadas acerca da finalidade do exame, enquanto a Tabela 7 exhibe a periodicidade dos últimos exames das entrevistadas.

Tabela 3. Relação entre as razões relacionadas à mulher, relatadas pelas usuárias entrevistadas, que impediram ou dificultaram a realização da colpocitologia oncótica, e os dados sociodemográficos. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2014.

Características	Descuido (n =18)	Ausência de sintomas (n=9)	Dificuldades do cotidiano (n=9)	Mudou-se recentemente (n=5)
Idade				
25-34	5 (27,7%)	4 (44,4%)	4 (44,4%)	2 (40%)
35-44	7 (38,8%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (20%)
45-54	3 (16,6%)	1 (11,1%)	3 (33,3%)	1 (20%)
55-64	3 (16,6%)	3 (33,3%)	1 (11,1%)	1 (20%)
Estado civil				
Casada	6 (33,3%)	4 (44,4%)	7 (77,7%)	2 (40%)
Solteira	1 (5,5%)	3 (33,3%)	1 (11,1%)	2 (40%)
Viúva	4 (22,2%)	1 (11,1%)	0	1 (20%)
União estável	7 (38,8%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	0
Escolaridade				
Não Alfabetizada	1 (5,5%)	1 (11,1%)	3 (33,3%)	0
Ensino fundamental	12 (66,6%)	4 (44,4%)	0	3 (60%)
Ensino Médio	4 (22,2%)	4 (44,4%)	5 (55,5%)	2 (40%)
Ensino Superior	1 (5,5%)	0	1 (11,1%)	0
Religião				
Católica	10 (55,5%)	7 (77,7%)	6 (66,6%)	3 (60%)
Evangélica	8 (44,4%)	1 (11,1%)	3 (33,3%)	2 (40%)
Sem religião	0	1 (11,1%)	0	0
Renda Familiar				
Até 1 SM	11 (61,1%)	4 (44,4%)	2 (22,2%)	3 (60%)
1-3 SM	7 (38,8%)	4 (44,4%)	6 (66,6%)	1 (20%)
Mais de 3 SM	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (20%)

SM = Salário Mínimo

Tabela 4. Relação entre as razões relacionadas ao exame/serviço de saúde, relatadas pelas usuárias entrevistadas, que impediram ou dificultaram a realização da colpocitologia oncótica, e os dados sociodemográficos. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2014.

Características	Dificuldades com o agendamento	Constrangimento em realizar o exame	Demora do resultado	Medo do resultado	Medo de sentir dor
Idade					
25-34	5 (50%)	1 (11,1%)	3 (42,8%)	0	0
35-44	3 (30%)	3 (33,3 %)	2 (28,5%)	0	0
45-54	0	2 (22,2%)	2 (28,5%)	1 (50%)	0
55-64	2 (20%)	3 (33,3%)	0	1 (50%)	1 (100%)
Estado civil					
Casada	7 (70%)	7 (77,7%)	2 (28,5%)	1 (50%)	0
Solteira	2 (20%)	1 (11,1%)	2 (28,5%)	0	1 (100%)
Viúva	0	0	1 (14,2%)	1 (50%)	0
União estável	1 (10%)	1 (11,1%)	2 (28,5)	0	0
Escolaridade					
Não Alfabetizada	1 (10%)	1 (11,1%)	0	0	0
Ensino fundamental	6 (60%)	6 (66,6%)	5 (71,4%)	1 (50%)	1 (100%)
Ensino Médio	3 (30%)	2 (22,2%)	2 (28,5%)	1 (50%)	0
Ensino Superior	0	0	0	0	0
Religião					
Católica	8 (80%)	4 (44,4%)	5 (71,4%)	2 (100%)	0
Evangélica	2 (20%)	5 (55,5%)	1 (14,2%)	0	1 (100%)
Sem religião	0	0	1 (14,2%)	0	0
Renda Familiar					
Até 1 SM	3 (30%)	7 (77,7%)	2 (28,5%)	0	1 (100%)
1-3 SM	7(70%)	2 (22,2%)	5 (71,4%)	1 (50%)	0
Mais de 3 SM	0	0	0	1 (50%)	0
Total	10 (8%)	9 (7,2%)	7 (5,6%)	2 (1,6%)	1 (0,8%)

SM= Salário Mínimo

Tabela 5. Relação entre as razões relacionadas à equipe da UBSF, relatadas pelas usuárias entrevistadas, que impediram ou dificultaram a realização da colpocitologia oncótica, e os dados sociodemográficos. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2014.

Características	Vergonha do examinador	Preferência por especialista	Medo de quebra de sigilo
Idade			
25-34	5 (23,8%)	3 (15,7%)	2 (13,3%)
35-44	8 (38%)	12 (63,1%)	5 (33,3%)
45-54	4 (19%)	2 (10,5%)	5 (33,3%)
55-64	4 (19%)	2 (10,5%)	3 (20%)
Estado civil			
Casada	8 (38%)	14 (73,6%)	6(40%)
Solteira	2 (9,5%)	3 (15,7%)	6(40%)
Viúva	6 (28,5%)	0	0
União estável	5 (23,8%)	2 (10,5%)	3 (20%)
Escolaridade			
Não Alfabetizada	0	1 (5,2%)	1 (6,6%)
Ensino fundamental	17 (80,9%)	8 (42,1%)	8 (53,3%)
Ensino Médio	4 (19%)	10 (52,6%)	6 (40%)
Ensino Superior	0	0	0
Religião			
Católica	15 (71,4%)	13 (68,4%)	10 (66,6%)
Evangélica	5 (23,8%)	5 (26,3%)	5 (33,3%)
Sem religião	1 (4,7%)	1 (5,2%)	0
Renda Familiar			
Até 1 SM	14 (66,6%)	7 (36,8%)	11 (73,3%)
1-3 SM	5 (23,8%)	12 (63,1%)	4 (26,6%)
Mais de 3 SM	2 (9,5%)	0	0
Total	21 (16,8%)	19 (15,2%)	15 (12%)

Tabela 6. Conhecimento das usuárias entrevistadas acerca da finalidade da colpocitologia oncótica. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2014.

Conhecimento sobre a finalidade da colpocitologia oncótica	
Conhece	121 (96,8%)
Desconhece	4 (3,2%)

Tabela 7. Periodicidade dos exames realizados, segundo as usuárias entrevistadas. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2014.

Realização do exame nos últimos três anos	
Realizaram em outro serviço	55 (44%)
Nunca realizaram	7 (5,6%)
Realizaram na UBSF de seu bairro há mais de 3 anos	63 50,4%)

DISCUSSÃO

A escolha por um formulário a ser respondido no domicílio da usuária, permitiu-nos alcançar aquelas que não frequentam a UBSF regularmente. Além disso, a busca ativa realizada com o auxílio das ACS e o fato de responderem às perguntas em suas próprias residências possibilitaram maior espontaneidade nas respostas.

Dentre as 125 mulheres entrevistadas, observou-se que 67 (53,6%) encontram-se na faixa etária entre 35 e 54 anos, o que se constitui

como um dado alarmante, visto que a maior incidência de câncer de colo de útero encontra-se nas mulheres entre 35 e 49 anos¹⁴. Ainda, 64 (51,2%) eram casadas; 71 (56,8%) tinham apenas o ensino fundamental completo; 83 (66,4%) eram católicas; e 65 (52%) tinham renda familiar total de até um salário mínimo. Segundo a literatura^{15,16}, há uma relação entre a baixa escolaridade/baixa renda familiar e a maior incidência de câncer de colo de útero; acredita-se que o principal motivo seja a menor utilização dos serviços de promoção e prevenção em saúde. Alguns autores ainda afirmam que a baixa

escolaridade é um fator de risco importante porque a baixa instrução faz com que muitas mulheres acreditem ser a colpocitologia oncótica apenas um exame diagnóstico, e não de rastreamento¹⁷. Esse fato pode ser corroborado através de alguns dados do trabalho: de todas as entrevistadas, quando indagadas se conheciam a finalidade do exame, 121 (96,8%) afirmaram que sim, no entanto, 63 (50,4%) não realizaram o exame nos últimos três anos. Além disso, 18 (14,8%) mulheres relataram a palavra “descuido” e 9 (7,2%) denotaram a “ausência de sintomas” como principal razão para a não realização do exame nos últimos três anos. Logo, é prudente questionar o real conhecimento das usuárias acerca da finalidade do exame de Papanicolau.

Em concordância com outros trabalhos realizados¹⁸⁻²⁰, observamos que grande parte das usuárias (48 mulheres, 38,4%) não realiza os exames por sentir algum tipo de medo ou vergonha. Esses motivos foram elencados pelas usuárias nas seguintes proporções: 9 (7,2%) relataram constrangimento em realizar o exame, 2 (1,6%) afirmaram ter medo do resultado, 1 (0,8%) disse ter medo de sentir dor durante o exame, 21 (16,8%) têm vergonha do examinador, e 15 (12%) têm medo da quebra do sigilo pelos profissionais da equipe. Importante ressaltar, ainda, que 55 (44%) das usuárias realizaram o exame em outro serviço de saúde, exatamente por se sentirem constrangidas com a equipe. A sensação de medo e desproteção é vivenciada de forma única por cada mulher, e tem forte relação com a posição ginecológica do exame e a apreensão acerca possível detecção do câncer¹⁸. Logo, a falta de

comunicação entre o serviço e a usuária pode ser um fator importante para a perda da confiança na equipe de saúde da família²⁰. Essa comunicação, quando feita de forma apropriada, reforça o vínculo do acolhimento e a confiança na capacidade da equipe. Das entrevistadas, 19 (15,2%) afirmaram preferir um especialista em ginecologia ao examinador da UBSF.

A pesquisa revelou que 10 mulheres (8%) encontram dificuldades no agendamento, que 7 (5,6%) sentem-se apreensivas pela demora no recebimento do resultado do exame, e que 9 (7,2%) têm dificuldades cotidianas na marcação e realização do exame. É de suma importância que a unidade reflita constantemente sobre a realidade de sua população e a necessidade de reformulação da atuação da equipe. Dessa forma, pode-se implementar condições de melhora na qualidade do serviço.

CONCLUSÕES

Os dados desse trabalho revelam que a maioria da população pesquisada é composta de mulheres jovens, em idade reprodutiva e economicamente ativa, e de baixa escolaridade e renda familiar. Evidenciou-se também a falta de conhecimento dessas mulheres acerca da real necessidade de realização do rastreamento de câncer de colo de útero. O medo e o constrangimento experimentados por boa parte delas devem-se, em parte, à falta de comunicação delas com a equipe, de forma individual e efetiva. Observa-se certa falta de confiança no serviço por parte das entrevistadas. No entanto, ações educativas que respeitem a individualidade e a

dificuldade das mulheres em se expor a esse exame, de forma humanizada e contínua, através da busca ativa, podem ser de grande valia na redução desses números e no aumento da adesão à colpocitologia oncótica.

Devem ser formuladas estratégias centradas no grupo familiar, que demonstrem suporte e apoio à situação das usuárias, considerando sua posição no contexto social da família e sua agenda, visto que a maioria delas trabalha em casa ou fora. O conhecimento da situação-problema é o primeiro passo para sua solução. A equipe comprometida com a promoção da saúde é capaz de reverter esse quadro e transformar a realidade local de uma área, até mesmo em longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial De La Salud. [Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales.] Ginebra: Organización Mundial de La Salud; 2007. Espanhol
2. Roberto A Neto, Ribalta JCL, Focchi J, Baract EC. Avaliação dos Métodos Empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino do Ministério da Saúde. Rev Bras Ginecol Obstet 2001 maio; 23(4):209-16.
3. Furniss KK. Tratamento de pacientes com distúrbios reprodutivos femininos. In: Smeltzer SS, Bare BG, organizadoras. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2000. p.1170-201.
4. Castellsagué X, Bosch FX, Muñoz N. [Environmental co-factors in HPV carcinogenesis.] Virus Research. 2002;89:191-99. Inglês
5. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. [Human papillomavirus is a necessary cause invasive cervical cancer worldwide.] J Pathol. 1999; 189: 12-19. Inglês
6. Fernandes Raq, Narchi Nz. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. Rev Bras Cancerol 2002; 48(2):223-30.
7. Zeferino Lc, Costa Am, Morelli Mglo, Tambascia J, Pernetta K, Pinotti Ja. Programa de detecção do câncer do colo uterino de Campinas e região: 1968-1996. Rev Bras Cancerol 1999; 45(4):25-33.
8. Merighi Mab, Hamano L, Cavalcante Lg. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(3):289-96.
9. Lopes Rml. A mulher vivenciando o exame ginecológico na presença do câncer cérvico-uterino. Ver Enferm UERJ 1998; 2(2):165-70.
10. Gustafsson L, Pontem J, Zack M, Adami Ho. [International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening. Cancer Causes Control.] 1997;8(5):755-63. Inglês

11. Ministério Da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
13. Ministério do Planejamento e Orçamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde 2003 [acesso 02 de abril de 2014]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude_2003.pdf.>
14. Galvão L, Diaz J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1999.
15. Instituto Nacional Do Câncer (INCA). Coordenação de Programas de Controle de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA; 1996.
16. Alporovitch D, Alporovitch Sk. Diagnóstico e prevenção do câncer na mulher. São Paulo: Santos; 1992.
17. Pinotti Ja, Carvalho Jp, Nisida Act. Implantação de programa de controle de câncer de colo uterino. Rev Ginecol Obstet 1994; 5(1):5-11.
18. Davim et. al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(3):296-302.
19. Rafael, Ricardo de Mattos Russo; Moura, Anna Tereza Miranda Soares de. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 26, n. 5, Maio 2010 .
20. Greenwood Sa, Machado Mfas, Sampaio Nmv. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau. Rev Latino-am Enfermagem 2006 julho-agosto; 14 (4):503-9.