

COMPORTAMENTOS DE ADESÃO AO RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO: ESTUDO EXPLORATÓRIO NUMA AMOSTRA DE UTENTES DO CENTRO DE SAÚDE DE PENICHE

Ivone Patrão¹ Isabel Leal²

¹Centro de Saúde de Peniche – Portugal

²Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa – Portugal

RESUMO: O objectivo desta investigação (de tipo descritivo, correlacional, exploratório e transversal) foi estudar as variáveis que estão significativamente relacionadas com os Comportamentos de Adesão ao rastreio do Cancro do Colo do Útero. Definiu-se os Comportamentos de Adesão como a variável principal, e as variáveis de Caracterização das Participantes e as Psicológicas, como as de influência. A amostra é constituída por 400 mulheres (entre os 18 e 65 anos) utentes do Centro de Saúde de Peniche, que preencheram um questionário. Para o tratamento dos dados recorreu-se à estatística não paramétrica.

Verificou-se que existe um comportamento de baixa adesão (74,8%) à citologia. As mulheres com um comportamento de baixa adesão posicionam-se de forma indiferente na crença de obstáculos, têm uma baixa crença de vulnerabilidade e preocupação com o Cancro do Colo do Útero e atribuem um baixo valor à sua saúde. Para além disso, são mais novas, solteiras, não têm filhos, fumam, vão ao Médico por doença, nunca foram a consultas de planeamento familiar, não usam método contraceptivo, as que têm filhos não realizaram a revisão do parto, não têm recomendação médica e não têm intenção de realizar a citologia, e preferem um Médico do sexo feminino.

As mulheres com um comportamento de elevada adesão têm uma baixa crença de obstáculos, uma elevada crença de vulnerabilidade e preocupação média com o Cancro do Colo do Útero e atribuem elevado valor à sua saúde. Estas mulheres são mais velhas, casadas, têm filhos, não fumam, vão ao Médico para vigiar a saúde, vão a consultas de planeamento familiar, usam a pílula, realizaram a revisão do parto, têm recomendação médica, intenção de realizar a citologia, e não têm preferência pelo sexo do Médico.

Palavras chave: Adesão, Cancro do Colo do Útero, Rastreio.

ADHERENCE BEHAVIOR TO THE CERVICAL CANCER SCREENING: AN EXPLORATORY STUDY WITH A PATIENT SAMPLE OF THE CENTRO DE SAÚDE DE PENICHE

ABSTRACT: The objective of the present investigation is to study the Adherence Behavior to the Cervical Cancer Screening, and also explore witch variables have a significant correlation. This is a descriptive, correlational, exploratory and transversal study. For the present study the Adherence Behavior was defined has the main variable The psychological variables and the one's who characterize the participants were the influenced variables. The data were obtained assessing 400 women using a questionnaire (their age range between 18 and 65 years old). All of them were patients in the Peniche Health Center. For the purposes of the study we used data from descriptive and percentage statistics and also non-parametric tests.

The results suggest that exist a low adherence behavior (74,8%) to cytology. The

relation between variables seems interesting because it characterizes the cytology adherence behaviors.

Women, who have a low adherence behavior, have indifferent barriers beliefs to adherence. They are less vulnerable, have less worry cancer thoughts and give a lower value to their health. Furthermore, they are younger, single, doesn't have children, smoke, go to the doctor just when they have symptoms, doesn't go to birth control program appointments and do not use any contraceptive method. The one's who have children, did not go to the after birth control appointments, don't have any medical recommendations and they don't think in doing the cytology. Also, they prefer female doctors.

On the other hand, women who have higher levels of adherence, do not create barriers to adherence. They have higher levels of vulnerability beliefs and are middle worriers about the Cervical Cancer. They give a high value to their health. The women of this group are older, married, has children, they not smoke and do regular appointments with their family doctor. This women are more likely to go to the birth control appointments, they use more frequently birth control methods, went to the after birth appointments, have medical recommendations and they intend to do the cytology. In contrast, they don't have any preference in doctors' gender.

Key words: Adherence, Cervical Cancer, Screening.

Um Comportamento de Adesão aos cuidados de saúde implica, por parte do indivíduo, uma atitude de envolvimento activo, voluntário de aceitação e de colaboração com a manutenção da saúde, prevenção ou tratamento da doença (Turk & Meichenbaum, 1991). Os factores que podem influenciar os Comportamentos de Adesão dos indivíduos são, geralmente, as características relacionadas com a doença, o tratamento, o indivíduo, a relação médico/utente e a relação deste último com os Serviços de Saúde (Bishop, 1994; Brannon, 1992; Dunbar-Jacob et al., 1995; Greca & Shuman, 1995; Sarafino, 1990; Turk & Meichenbaum, 1991).

A baixa adesão a um exame preventivo, pode ter consequências graves e favorecer o aparecimento progressivo da doença e de complicações secundárias. A citologia ao colo do útero, realizada segundo as directivas da Direcção Geral de Saúde, é uma forma de prevenção secundária de cancro desse órgão. Possibilita a prevenção e diagnóstico precoce num estado assintomático de uma doença silenciosa, com sintomas inespecíficos, uma importante causa de morte oncológica na população feminina portuguesa (Marques, 1993).

A Comissão das Comunidades Europeias no Código Europeu Contra o Cancro e a Direcção Geral de Saúde no Plano Oncológico Nacional (1995/1999) evidenciam que as mulheres devem realizar a citologia a partir dos 20 anos (ou antes se sexualmente activas) até aos 64 anos (nos E.U.A. a partir dos 18 anos). Deve ocorrer com a periodicidade de um ano, e caso o resultado seja normal nos 2 anos consecutivos, então, deverá ser repetida de 3 em 3 anos até aos 39 anos. A partir dos 40 anos até aos 64 anos o controlo deverá ser efectuado de 5 em 5 anos. Depois dos 65 anos justifica-se a realização de uma

citologia se a mulher não tiver tido controlo anterior. Um dos objectivos do Plano Oncológico Nacional era implantar o rastreio a nível nacional segundo estas recomendações, com taxas de adesão inferiores ao pretendido (31% e 34%). Inúmeras variáveis contam para a adesão.

As características inerentes às mulheres incluem variáveis socio-demográficas, nível de conhecimento, psicológicas (crenças de saúde e nível de preocupação sobre o cancro do colo do útero e seu rastreio, o locus de controle de saúde), entre outras.

Os técnicos de saúde, nomeadamente médicos, influenciam os comportamentos de adesão das mulheres ao rastreio de forma positiva, se o recomendarem, se tiverem uma crença de eficácia no rastreio, se perspectivarem a implementação de programas de rastreio (Bastani et al., 1991; Cameron, 1997; Champion et al., 1997; Fajardo et al., 1992; Hennig & Knowles, 1990; Lerman et al., 1990; Ogden, 1999; Paskette & Michielutte, 1997; Phillips et al., 1998; Pitts, 1996; Rimer et al., 1989).

No entanto, por vezes, o médico pode inibir a adesão à citologia, por ser o próprio médico de família da mulher, e sobretudo se for do sexo masculino (Bentham et al., 1995; Eardley, 1985), pois algumas mulheres preferem um médico do sexo feminino na realização dos rastreios, tanto da mama, como do colo do útero (Cassard et al., 1998; Hennig & knowles, 1990).

A forma como os Serviços de Saúde estão estruturados pode também ter algumas implicações no grau de adesão das mulheres ao rastreio do cancro do colo do útero, pois se existir uma fácil acessibilidade e alguma qualidade, a adesão à citologia está facilitada (Ogden, 1999). Um exemplo disso são as campanhas locais de encorajamento, o sistema de convocação por carta (Hennig & Knowles, 1990), o facto de todos os médicos capacitados para o efeito realizarem o rastreio (Phillips et al., 1998), não existir um elevado custo do teste, a diminuição do tempo de espera por uma consulta, para realizar o teste e até para obter o resultado.

O objectivo da presente investigação é caracterizar os comportamentos de (baixa/elevada) adesão ao rastreio do cancro do colo do útero e identificar as variáveis que os podem influenciar, numa amostra de mulheres utentes (entre os 18/65 anos) do Centro de Saúde de Peniche.

MÉTODO

A variável principal corresponde aos: comportamentos de adesão à citologia – que são classificados em baixo/elevado, tendo em conta a idade da mulher e as directivas da Direcção Geral de Saúde. As variáveis de influência são as que podem influenciar os Comportamentos de Adesão ao rastreio. Estas variáveis englobam: as Variáveis de Caracterização da Participantes (motivo e

frequência com que vai ao médico de família para consultas de clínica geral e de planeamento familiar; recomendação para a citologia e recomendação médica; sexo do médico de família e preferência do sexo do médico na realização da citologia; uso de método contraceptivo; número de filhos; realização da revisão do puerpério; factores de risco – hábitos tabágicos, idade do primeiro contacto sexual e história familiar de cancro do colo do útero; o grau de conhecimento sobre cancro do colo do útero e exame de rastreio; idade, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional); e as Variáveis Psicológicas (crenças de saúde – vulnerabilidade, gravidade, benefícios e obstáculos; locus de controlo de saúde – no acaso, externo e interno; valor de saúde; e preocupação).

Participantes

A investigação, de carácter descritivo, correlacional, exploratório e transversal abrange uma amostra por conveniência de 400 participantes do sexo feminino, segundo os seguintes critérios de selecção: ter idade entre os 18 e 65 anos inclusive; ser utente do Centro de Saúde de Peniche; estar inscrita num ficheiro de um médico de família; não ter actualmente cancro do colo do útero; ter nacionalidade Portuguesa; nível de escolaridade igual ou superior a 4 anos. O quadro 1 mostra as características da população

Quadro 1

Distribuição pelas variáveis caracterização das participantes (idade, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional)

idade	N	%	Estado civil	N	%	escolaridade	N	%	Estatuto profissional	N	%
18-30	109	27,3	Solteira	59	14,7	4 anos	200	50,0	Activa	198	49,5
31-40	86	21,5	Casada/ União de facto	303	75,8	4-6	81	20,3	Activa/ Baixa	30	7,5
41-50	104	26,0	Divorciada/ Separada	24	6,0	7-12	100	25,0	Desempregada	104	26,0
51-60	72	18,0	Viúva	14	3,5	Superior	19	4,7	Reformada	42	10,5
61-65	29	7,2	Total	400	100	Total	400	100	Outra	26	6,5
Total	400	100							Total	400	100

Material

As participantes, após darem o consentimento informado, responderam a um questionário de auto-preenchimento com setenta e três questões (9 questões dicotómicas sim/não, 7 questões abertas e 57 questões de escolha múltipla) distribuídas pelas seguintes sub-escalas ou partes: Questionário de Caracteri-

zação das Participantes – engloba questões que pretendem avaliar: motivo e frequência a consultas de clínica geral e planeamento familiar (três questões de escolha múltipla); recomendação para a citologia e recomendação médica (duas questões, uma dicotómica de sim/não e outra de escolha múltipla); sexo do médico de família/preferência do sexo do médico que realiza a citologia (duas questões de escolha múltipla); número de filhos (duas questões, uma dicotómica de sim/não e outra aberta); realização da revisão do puerpério (três questões, uma dicotómica de sim/não e duas abertas); método contraceptivo (uma questão aberta); factores de risco – história familiar de cancro do colo do útero, hábitos tabágicos e idade da primeira relação sexual (quatro questões, duas dicotómicas de sim/não, uma de escolha múltipla e uma aberta); nível de conhecimento sobre o cancro do colo do útero e sobre a citologia (quatro questões dicotómicas de sim/não, retiradas dos dados da Direcção Geral de Saúde); idade, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional (quatro questões de escolha múltipla); Questionário sobre os comportamentos de adesão (Patrão et al., 2000; Prochaska & DiClemente, 1982, cit. Ribeiro, 1998) – a avaliação foi feita com duas questões (uma dicotómica de sim/não, e outra de escolha múltipla), adaptadas de Aiken et al. (1994), que se refere ao cancro da mama, e alteradas para o cancro do colo do útero (Patrão et al., 2000), e através de uma questão de escolha múltipla, que pretende verificar a intenção futura de aderir ao rastreio do cancro do colo do útero, segundo o Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento (Prochaska & DiClemente, 1982, cit. Ribeiro, 1998); Escala de Crenças de Saúde (Patrão et al., 2000) – é uma adaptação para a língua Portuguesa da Escala de Crenças de Saúde revista e melhorada aplicada ao cancro da mama (Champion, 1993; Champion & Scott, 1997), reformulada para o tema em causa (Patrão et al., 2000). Esta escala é do tipo Likert, em que todos os itens vão no sentido positivo, sendo a cotação atribuída respectivamente de: discordo, discordo indiferente, concordo, concordo totalmente. Os itens distribuem-se por quatro sub-escalas (Quadro 2). Perante cada item, por exemplo no caso do primeiro item que faz parte da sub-escala de vulnerabilidade – “É bastante provável que eu possa vir a ter cancro do colo do útero” – a mulher tem que expressar a sua opinião, que pode ir desde o extremo do discordo totalmente ao concordo totalmente. Considera-se que quanto mais alta for a pontuação nas sub-escalas de vulnerabilidade e gravidade, mais elevadas serão as crenças de gravidade e vulnerabilidade em relação ao cancro do colo do útero. Em relação às sub-escalas de benefícios e obstáculos, também quanto maior for o score obtido, mais elevadas serão as crenças de benefícios e de obstáculos em relação à citologia. No presente estudo utilizou-se esta Escala de Crenças de Saúde com mais um item (“A realização do exame está dependente da opinião do meu namorado, companheiro ou marido”). O cálculo da consistência interna evidencia o seguinte:

Quadro 2

Alfas de Cronbach para a Escala total e Sub Escalas – Crenças de Saúde

Crenças de Saúde	Alfa de Cronbach
Sub-escala de vulnerabilidade	0,85
Sub-escala de gravidade	0,80
Sub-escala de benefícios	0,72
Sub-escala de obstáculos	0,82
Escala na totalidade	0,87

Escala de Locus de Controle de Saúde de Wallston, (1978) – na versão portuguesa de Andrade et al. (1999) – mede três dimensões, o controlo interno, e o controlo externo com duas sub-dimensões: o controlo exercido pelo acaso ou destino e o controlo exercido pelas pessoas com poder. Cada uma das três escalas possui três itens, com resposta numa escala ordinal de 6 pontos, que oscila entre o “concordo totalmente” e o “discordo totalmente”. A análise da consistência interna revela que a escala na sua totalidade tem um coeficiente de alfa de 0,71. Duas das dimensões apresentam valores de consistência de fronteira.

Quadro 3

Alfas de Cronbach para a Escala total e Sub-Locus de Controle de Saúde

Locus de Controle de Saúde	Alfa de Cronbach
Sub-Escala L.C. S. Acaso	0,58
Sub-Escala L.C. S. Externo	0,63
Sub-Escala L.C. S. Interno	0,59
Escala na Totalidade	0,71

Escala de Valor de Saúde de Lau et al. (1982) – Avalia o valor que o indivíduo atribui à sua saúde. A escala compreende quatro itens avaliados numa escala tipo Likert, de cinco pontos que varia desde o “concordo totalmente” até ao “discordo totalmente” (Norman & Bennett, 1996). A escala apresenta um nível baixo de consistência interna alfa=0,38.

Para avaliar a preocupação foi utilizado um questionário constituído por quatro questões. Estas foram construídas com base em estudos realizados anteriormente com o mesmo objectivo (Leventhal & Eastlerging, 1989; McCaul et al., 1996; Santos et al., 1999). Procedeu-se a uma tradução e retroversão das questões. A resposta é dada numa escala tipo Likert de seis pontos. A consistência interna encontrada é de alfa=0,80.

Para o tratamento dos dados recorreu-se à estatística descritiva, percentual e não paramétrica.

RESULTADOS

Verificou-se neste estudo que as participantes têm na sua maioria um comportamento de baixa adesão à citologia (74,8%). Verificaram-se ainda

valores estatisticamente significativos resultantes da análise estatística para as variáveis em estudo consoante os participantes pertencem ao grupo de comportamentos de baixa ou elevada adesão ao rastreio (Quadros 4, 5 e 6).

Quadro 4

Distribuições estatisticamente significativas resultantes dos cruzamento entre comportamentos de baixa/elevada adesão ao rastreio variáveis caracterização participantes

Comportamentos de Adesão				
Variáveis Caracterização		Baixa	Elevada	χ^2
Motivo Frequência Consultas Clínica Geral	Saúde	31,80%	42,60%	3,89*
	Doença	68,20%	57,40%	
Recomendação Médica	Sim	25,10%	95,0%	151,00*
	Não	74,90%	5,00%	
Sexo Médico Família	Feminino	21,10%	30,70%	3,88*
	Masculino	78,90%	69,30%	
Filhos	Sim	75,90%	89,1%	7,98*
	Não	24,1%	10,90%	
Revisão Parto	Sim	46,60%	63,6%	9,25*
	Não	53,4%	36,40%	
Hábitos Tabágicos	Sim	25,8%	14,90%	5,06*
	Não	74,20%	85,1%	

* $p < 0,05$.

Quadro 5

Diferenças estatisticamente significativas para as variáveis de caracterização dos participantes em função da pertença ao grupo de comportamentos de baixa ou de elevada adesão ao rastreio

Comportamentos de Adesão			
Variáveis Caracterização	Baixa Mean Rank	Elevada Mean Rank	U
Frequência Consultas Planeamento Familiar	206,63	182,35	13266,50*
Uso Método Contraceptivo	213,00	185,07	17017,50*
Preferência Sexo Médico	190,41	212,96	17549,00*
Idade	187,80	238,10	11301,50*
Intenção Futura realizar Rastreio	189,59	232,81	11836,50*

* $p < 0,05$.

Quadro 6

Diferenças estatisticamente significativas entre variáveis psicológicas em função dos comportamentos de baixa/elevada adesão ao rastreio

Comportamentos de Adesão				
Variáveis Psicológicas		Baixa Mean Rank	Elevada Mean Rank	U
Crenças de Saúde	Obstáculos	217,29	150,80	10079,50*
	Vulnerabilidade	191,47	227,24	12398,50*
Valor Saúde		200,45	222,64	15085,50*
Preocupação		190,57	229,91	12129,00*
Locus de Controle de Saúde	Interno	197,46	209,50	14190,00ns
	Externo	194,84	217,26	13406,50ns
	Acaso	201,28	198,19	14866,00ns

ns – não significativa; * $p < 0,05$; U – Mann Whitney.

Os resultados mostram que, quer para as variáveis de caracterização quer para as variáveis psicológicas se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de baixa e elevada adesão. Para as variáveis psicológicas verifica-se que os participantes do grupo baixa adesão percebem mais obstáculos, menor vulnerabilidade e menos preocupação com a saúde o que está genericamente de acordo com os resultados da investigação.

DISCUSSÃO

Em relação à caracterização das participantes, verifica-se que maioritariamente: vão a consultas de clínica geral por doença, de seis em seis meses; nunca foram a consultas de planeamento familiar; não têm recomendação médica para realizar a citologia, e se têm foi o médico ginecologista; não têm preferência pelo sexo do médico; têm um médico de família do sexo masculino; têm filhos (dois) e realizaram a revisão do parto, no médico ginecologista (particular), mas não se lembram dos exames que fizeram; não usam método contraceptivo; não têm familiares com cancro do colo do útero; a idade do início da actividade sexual foi entre os 18-23 anos; não fumam; e têm um nível de conhecimento satisfatório sobre o cancro do colo do útero e a citologia.

Relativamente à variável Comportamentos de Adesão (caracterizados como comportamentos de baixo/elevado, tendo em conta a idade da mulher e as directivas da Direcção Geral de Saúde), as participantes têm na sua maioria um comportamento de baixa adesão à citologia (74,8%). Este valor coincide com os valores nacionais (segundo dados da Direcção Geral de Saúde), com os resultados de alguns estudos (Pitts, 1998; Patrão et al., 2000) e com os dados do Centro de Saúde de Peniche (2000/2001) relativamente à realização de citologias em mulheres com idades entre os 18 anos e os 65 anos.

Em relação às variáveis psicológicas as participantes com um comportamento de elevada adesão, tendem a posicionar-se do seguinte modo: nas crenças de saúde, têm uma elevada crença de vulnerabilidade e gravidade ao cancro do colo do útero, e elevada crença de benefícios e tendência para a baixa crença de obstáculos à citologia; no locus de controle de saúde, assumem as 3 dimensões como expectativas de controlo da saúde – acaso, externo e interno; no valor de saúde – atribuem um elevado valor à sua saúde; e na preocupação – revelam uma preocupação média em relação ao cancro do colo do útero. De forma contrária, colocaram-se as mulheres com um comportamento de baixa adesão. Estes resultados dão, assim, algumas pistas de intervenção nesta área.

REFERÊNCIAS

- Aiken, L., West, S., Woodward, C., & Reno, R. (1994). Health beliefs and compliance with mammography-screening recommendations in asymptomatic women. *Health Psychology, 13* (2), 122-129.
- Andrade, R., Teixeira, J.C., & Trindade, I. (1999). *Locus de Controle de Saúde e comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: Estudo exploratório com mulheres entre os 20 e os 55 anos* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: ISPA.
- Bastani, R., Marcus, A., & Hollatz-Brown, A. (1991). Screening mammography rates and barriers to use: A Los Angeles county survey. *Preventive Medicine, 20*, 350-363.
- Bishop, G. (1994). Interacting with the health care system. In Bishop (Ed.), *Health Psychology: Integrating mind and body* (pp. 220-227). Needham-Heights: Allyn and Bacon.
- Bishop, G. (1994). Human behavior and health. In G. Bishop (Ed.), *Health Psychology: Integrating mind and body* (pp. 69-91). Needham-Heights: Allyn and Bacon.
- Brannon, L., & Feist, J. (1992). Adhering to medical advice. In Linda Brannon & Jess Feist (Eds.), *Health Psychology (An introduction to behavior and health)* (pp. 255-374). California, Pacific Grove: Brooks Cole Publishing Company.
- Cameron, L. (1997). Screening cancer: Illness perceptions and illness worry. In K. Petreie & J. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness: Current research applications* (pp. 291-322). Amesterdan: Harwood Academic Publishers.
- Cassard, S., Weisman, C., Plichta, S., & Johnoston, T. (1998). O sexo dos médicos e os serviços preventivos femininos. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia, 21* (4), 125-126.
- Champion, V., & Menon, U. (1997). Predicting mammography and Breast Self-examination in African American women. *Cancer Nursing, 20* (5) 315-322.
- Champion, V., & Scott, C. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research, 46* (6), 331-337.
- Champion, V. (1993). Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research, 42* (3), 139-143.
- Dunbar-Jacob, J., Burke, L., & Puczynski, S. (1995). Clinical Assessment and management of Adherence to Medical Regimes. In P. Nicasso & T. Smith (Eds.), *Managing Chronic Illness – A Biopsychological Perspective* (pp. 313-349). Washington: A.P.A. Publishers.
- Fajardo, L., Saint-Germain, M., Meakem, T., Rose, C., & Hillman, B. (1992). Factors influencing women to under go screening mammography. *Radiology, 184*, 59-63.
- Greca, A., & Schuman, W. (1995). Adherence to prescribed medical regimens. In M. Roberts (Ed.), *Handbook of Pediatric Psychology* (pp. 55-70, 2nd edition). New York: Gilgord press.
- Hennig, P., & Knowles, A. (1990). Factors influencing women over 40 years to take precautions against cervical cancer. *Journal of Applied Social Psychology, 20* (19), 1612-1621.
- Leventhal, H., & Easterling, D. (1989). Contribution concrete cognition of emotion: neutral symptoms as elicitors of worry about cancer. *Journal Applied Psychology, 74* (5), 787-796.
- Lerman, C., Rimer, B., Trock, B., Balshem, A., & Engstrom, P. (1990). Factors associated with repeat adherence to breast cancer screening. *Preventive Medicine, 19*, 279-290.
- Marques, F. (1993). Rastreio dos cancros da mama e do colo do útero – Opinião e prática de médicos de clínica geral. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 11*, 5-14.
- McCaul, K., Schroeder, D., & Reider, P. (1996). Breast Cancer Worry and Screening: Some Prospective Data. *Health Psychology, 15* (6), 430-433.
- Norman, P., & Bennet, P. (1996). Health locus of control. In Mark Conner & Paul Norman (Eds.), *Predicting health behavior research and practice with social cognition models* (pp. 62-94) Buckingham: Open University Press.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Buckingham: Open University Press (1ª ed., tradução portuguesa).

Paskett, E., & Michielutte, R. (1997). Psychological factors associated with gynecological cancers. In S. Galant, G. Keita, & R. Royak-Schaller (Eds.), *Health Care for Women – Psychological, Social and Behavior Influences* (pp. 315-331). Washington, DC: A.P.A. press.

Patrão, I., Inácio, M., & Teixeira, J. (2000). Comportamentos adesão ao rastreio do cancro do colo do útero. In J. Ribeiro, I. Leal, & R. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 373-380). Lisboa: ISPA.

Phillips, K., Kerlikowske, K., Baker, L., Chang, S., & Brown, M. (1998). Factors associated with women's adherence to mammography screening guidelines. *Health Service Research*, 33 (1), 29-53.

Pitts, M. (1996). Screening and health checks. In Marian Pitts (Ed.), *The Psychology of Preventive Health* (pp. 32-50). New York: Routledge.

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.

Rimer, B., Keintz, M., Kessler, H., Engstrom, P., & Rosan, J. (1989). Why women resist screening mammography: patient-related barriers. *Radiology*, 172, 243-246.

Santos, A., Teixeira, J.C., & Trindade, I. (1999). *Preocupação e comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: Estudo exploratório com mulheres entre os 20 e os 55 anos* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: ISPA.

Sarafino, E. (1990). *Biopsychosocial interactions*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.

Turk, D., & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to Self-Care regimens: The Patient's Perspective. J Sweet et al. (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp. 249-267). New York: Lenum Press.