

**MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE RASTREIO DE LESÕES
PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO UTERINO**

Ricardo de Mattos Russo Rafael¹, Anna Tereza Miranda Soares de Moura², Cecília López Santos³,
Michelly Aparecida Custódio Amaral⁴, Vander Oliveira da Silva⁵

1. Enfermeiro. Doutorando em Ciências (FCM/UERJ). Mestre em Saúde da Família (PMSF/UNESA). Professor dos Cursos de Graduação em Enfermagem e em Medicina da Universidade Iguazu (UNIG). E-mail: prof.ricardomattos@gmail.com
2. Médica. Doutora e Mestre em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Professora da Faculdade de Ciências Médicas (FCM/UERJ). E-mail: annaterzam.smoura@gmail.com
3. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Iguazu (UNIG). E-mail: ceci.lopezsantos@gmail.com
4. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Iguazu (UNIG). E-mail: michele__2008@hotmail.com
5. Acadêmico de Enfermagem da Universidade Iguazu (UNIG). E-mail: vander.uno@gmail.com

RESUMO

Objetivo: discutir a prática de rastreamento das lesões precursoras do câncer do colo uterino a partir do Modelo de Crenças em Saúde. **Métodos:** trata de um estudo transversal de base populacional com uma de 281 mulheres, entre 20 e 59 anos de idade, residentes na área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família do município de Nova Iguaçu. **Resultados:** aponta para o comportamento preventivo, balizado pelo Modelo de Crenças, nos diversos subgrupos populacionais que compõem a amostra. Também foi realizada uma análise estatística entre as médias obtidas nos escores do instrumento de coleta e as práticas frente os principais aspectos do rastreamento. **Conclusão:** percebeu-se que os aspectos sociodemográficos, principalmente idade, etnia, escolaridade e renda familiar estão intimamente relacionados com a forma em que as mulheres percebem os benefícios e as barreiras relacionadas ao exame, bem como a susceptibilidade e gravidade do câncer do colo uterino. **Descritores:** Neoplasias do colo uterino, saúde da família, acesso aos serviços de saúde.

1. Introdução

O câncer caracteriza-se pelo crescimento desordenado das células que por sua vez, invadem tecidos e órgãos. No Brasil é a segunda principal causa de morte, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório, o que se configura como um importante problema de saúde pública. [1,2] Na população do sexo feminino, os cânceres mais incidentes são os de mama e colo do útero, respectivamente. O câncer de colo do útero (CCU) é uma doença de desenvolvimento lento e sem sintomas em fase inicial. Por esse motivo, o exame colpocitológico, também chamado de exame Papanicolaou ou apenas exame preventivo, é a principal estratégia utilizada para detecção precoce do CCU. [3,4]

Estima-se que até o final de 2012 tenha-se 17.540 novos casos de CCU no Brasil, sendo 8.090 apenas na região sudeste. Quanto à mortalidade, diferente do que ocorre em países desenvolvidos, com programas de detecção precoce bem estruturados, o câncer de colo do útero representa uma das maiores causas de morte em mulheres no Brasil. Em países europeus, nos EUA e Japão, por exemplo, as taxas de mortalidade por CCU são bem menores quando comparadas as de países da América Latina e África, talvez pela forma que se organizam os sistemas de rastreamento sistemático da doença. [4,5]

A principal forma de prevenção do CCU é a detecção precoce, feita através do exame colpocitológico, que permite detectar alterações sugestivas de câncer na cérvix uterina de uma mulher até então assintomática e encaminhá-la para investigação e tratamento. O exame é simples, indolor, de baixo custo e pode ser realizado em nível ambulatorial por profissionais de saúde devidamente habilitados. No Brasil, o exame está disponível na rede básica de saúde e deve ser realizado em mulheres com idade entre 25 e 64 anos, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos negativos. [4,6]

Contudo, ainda observa-se a falta de adesão de boa parte da população feminina ao exame, devido a diferentes fatores, tais como: medo, vergonha, baixa escolaridade e classe econômica, bem como dificuldade de acesso e

até mesmo incompatibilidade de horários. Ou seja, muitas mulheres vivenciam diariamente um processo de mobilidade, seja para trabalhar ou estudar, o que acaba dificultando o acesso as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que geralmente funcionam em horários fixos nos dias úteis. [7]

O Modelo de Crenças em Saúde (MCS) diz que a adesão a prevenção de alguma patologia está associada à percepção dos seguintes aspectos: suscetibilidade, gravidade e a relação benefícios e barreiras percebidos. Ou seja, o MCS refere-se às percepções individuais no processo de saúde. Ele parte do pressuposto de que, para o indivíduo agir de maneira preventiva em relação a alguma patologia, precisa acreditar nos benefícios de tais ações e na capacidade delas de reduzir a suscetibilidade àquela doença ou sua gravidade. [7,8]

Visto que os profissionais da Atenção Primária atuam diretamente na atenção às mulheres, acredita-se que possam contribuir de forma profícua na prevenção do CCU entre uma determinada população, evidenciando a importância da prática do exame Papanicolaou. [9]

Frente à problemática apresentada, tem-se como objetivo: discutir a prática de rastreamento das lesões precursoras do câncer do colo uterino a partir do Modelo de Crenças em Saúde. Justifica-se a realização da pesquisa frente a necessidade de ampliar o conhecimento dos fatores que influenciam ou determinam a realização regular deste procedimento. Neste sentido, tem-se como contribuições do estudo a geração de dados que possam subsidiar a prática de elaboração de estratégias mais focadas nas necessidades do público feminino, principalmente no nível da Atenção Primária à Saúde (APS).

Este nível de atenção prevê que as ações de saúde devem ser norteadas pelas necessidades humanas básicas da população alvo dos cuidados, balizados ainda pela noção de território e de vigilância em saúde. A prática das equipes de APS devem ser trabalhadas com base na atuação de equipes multiprofissionais e com uma população adstrita, a fim de que as atividades sejam mais próximas da realidade e do entendimento de

que a saúde não é um objetivo e sim mais um recuso para a vida.[10,11]

2. Métodos

Trata de um estudo transversal de base populacional e parte integrante do projeto intitulado “Barreiras na prevenção do câncer do colo uterino: uma análise mediada pelo modelo de crenças em saúde e sob a perspectiva da Estratégia de Saúde da Família”. O Projeto foi desenvolvido na cidade de Nova Iguaçu, no período de 2009 a 2012.

A Cidade tem cerca de 800 mil habitantes e está localizada na região metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, fazendo parte de uma malha de municípios de expressiva importância política e econômica para a região. O seu sistema público de saúde possui uma configuração ainda diminuta, contando com 60 equipes de Saúde da Família distribuídas em 34 unidades básicas e perfazendo a cobertura de 24,0% da população. Visando iniciar o processo de expansão programada, conta ainda com 35 equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, onde 4 equipes encontram-se em fase de transição para a ESF.

Administrativamente, Nova Iguaçu, está dividida em nove Unidades Regionais de Governo (URG). A URG de Comendador Soares, eleita como cenário de estudo, localiza-se próximo ao centro da cidade, contando com 6 equipes de ESF, com cobertura aproximada de 20.000 habitantes. Os dois territórios alvo do estudo foram eleitos considerando o tempo de implantação de pelo menos 5 anos e as áreas com maior cobertura da Estratégia.

A população-alvo da pesquisa compreendeu o conjunto de mulheres com idade entre 20 e 59 anos, residentes na área de cobertura da ESF da região de Comendador Soares. Segundo os dados cadastrais das equipes, em fevereiro de 2009 havia 1724 sujeitos elegíveis. Assumindo-se uma prevalência esperada para o evento de 30%, erro de 5% e 10% de perdas, o tamanho amostral previsto foi de 272 indivíduos. Porém, o estudo contou com 281

participantes, uma vez que adotou-se uma sobreamostra para evitar perdas.

A população do estudo foi selecionada por meio de uma amostragem sistemática a partir da listagem nominal de mulheres cadastradas nas duas equipes participantes do estudo. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: ter idade entre 20 e 59 anos, faixa etária preconizada pelo Programa de rastreio do câncer do colo uterino na época do estudo; e concordar em participar da pesquisa, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas da seleção as mulheres que, após duas tentativas, não puderam ser encontradas no domicílio, bem como nos casos de mudança de endereço.

Após a realização de um estudo piloto em áreas próximas a região eleita para a execução do trabalho, em março de 2009, deu-se início a coleta de dados. As mulheres, sujeitos da pesquisa, foram abordadas no próprio domicílio para a realização de entrevistas face a face, com duração média de 15 minutos. Foi permitida a mulher a escolha de outro local para a coleta das informações sempre que o ambiente não favorecesse a adequada relação entrevistador-entrevistada. As entrevistas foram conduzidas por uma equipe composta por nove Agentes Comunitários de Saúde, sob a supervisão de um dos autores do trabalho. Para tanto, os profissionais receberam treinamentos específicos sobre o objeto do estudo, bem como as formas de abordagem e de aplicação dos instrumentos.

O instrumento de coleta de dados foi composto por um questionário estruturado e multidimensional. O primeiro módulo contemplou questões referentes à caracterização da clientela, tendo itens da “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)” e os critérios de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa. Para integrar o segundo módulo, foi utilizado o instrumento “Champion’s Health Belief Model Scale” (CHBMS), já validado e adaptado transculturalmente para o Brasil. Por fim, o instrumento contou com itens selecionados do “Módulo Exames para detecção de câncer de colo de útero e mama e

uso de hormônios” do “Questionário Individual Tipo A” utilizado pelo INCA no Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos Não Transmissíveis.

Para o tratamento estatístico dos resultados, utilizou-se o software Stata SE 10. Neste artigo, apresenta-se uma análise bivariada, associando as variáveis do CHBMS e do perfil da clientela, bem como de fatores relacionados a realização do exame de rastreio das lesões precursoras do câncer do colo uterino. Calculou-se a média dos resultados obtidos nas escalas, a fim de reconhecer o comportamento preventivo nas respondentes.

A fim de atender a Resolução CNS 196/96, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos no setor saúde, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estácio de Sá, obtendo autorização sob o CAAE 0137.0.000.308-09. Todas as participantes assinaram o TCLE, que dispunha os objetivos do trabalho e a garantia do anonimato. Nos casos necessários, as respondentes foram acolhidas e orientadas a procurar os serviços oferecidos pelas equipes de Saúde da Família para, se necessário, agendar consultas médicas e de enfermagem.

3. Resultados

Foram entrevistadas 281 mulheres, extrapolando a amostra inicial calculada de 272 sujeitos. Dentre os sujeitos listados inicialmente, 11 haviam mudado de endereço, 26 não foram encontrados no domicílio e apenas sete se recusaram a participar do estudo. Observou-se um predomínio de mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos (60,1%; IC 95%: 54,4 / 65,9), de raça/cor parda (44,1%; IC 95%: 38,3 / 50,0), que estudaram até o ensino fundamental (72,6%, IC 95%: 67,3 / 77,8), que possuíam parceiro fixo (65,1%; IC 95%: 59,5 / 70,7) e que se enquadravam no estrato socioeconômico tipo C (59,1%; IC 95%: 53,3 / 64,8).

A **Tabela 1** apresenta a associação sociodemográfica e as médias obtidas nas escalas do CHBMS. Como pode ser observado, há diferenças significativas entre as médias obtidas nas escalas quando

associadas às faixas etárias. Quanto maior a faixa etária, maior a percepção da susceptibilidade da doença. Todavia, as mulheres entre 50 e 59 anos se viram menos susceptíveis do que as demais. Ainda nesta faixa etária, pode-se evidenciar a percepção de menor gravidade da doença e dos benefícios atribuídos às ações preventivas e maiores barreiras para acessar estas práticas.

Em relação à etnia, pode-se observar que as mulheres brancas percebem-se de forma menos susceptível do que as demais, bem como apresentam menor percepção da gravidade da doença. Em relação às mulheres pardas, evidenciam-se menor percepção da gravidade e dos benefícios atribuídos às práticas preventivas. No que tange às barreiras de acesso, as mulheres que apresentam maior dificuldade para realização do exame são as de cor negra, amarela e indígena.

As mulheres que possuíam ensino universitário perceberam-se menos susceptíveis, com menor gravidade da doença e com menos benefícios atribuídos ao exame. Em relação às barreiras ao acesso, observa-se que, quanto maior a escolaridade, menor a percepção de fatores impeditivos ao exame.

As mulheres que possuíam uma situação conjugal com companheiros fixos, ou seja, mulheres casadas e em união consensual, perceberam de forma mais fraca a susceptibilidade e a gravidade da doença, embora tenham relatado maiores benefícios ao exame. Quanto às mulheres solteiras, viúvas e desquitadas, observou-se que atribuíam menores benefícios ao exame preventivo e que apresentavam maiores dificuldades de acesso às práticas preventivas.

A característica de classe econômica se comportou de forma similar à situação conjugal. Quanto maior a classe, menor a percepção de susceptibilidade e gravidade da doença. Já as classes econômicas mais baixas, classes D e E, apresentaram maiores barreiras impeditivas ao acesso e menor percepção dos benefícios do exame.

Tabela 1. Média dos resultados obtidos nas escalas do CHBMS nos diferentes subgrupos de mulheres residentes na área de cobertura da ESF de Nova Iguaçu, 2009.

Características	Susceptibilidad e		Gravidade		Benefícios		Barreiras	
	N	M	N	M	n	M	N	M
Idade	281		281		280		280	
De 20 a 29 anos		10,56		21,58		16,22		20,91
De 30 a 39 anos		10,57		21,43		16,37		20,64
De 40 a 49 anos		10,81		20,95		15,89		20,70
De 50 a 59 anos		9,68		20,25		15,85		23,16
Raça / Cor	281		281		280		280	
Branca		9,73		20,73		16,32		19,89
Preta		10,59		22,26		16,25		22,80
Parda		10,83		20,81		15,95		21,05
Amarela/Indígena		14,50		22,50		14,00		25,50
Escolaridade	281		281		280		280	
Nenhuma		10,20		21,13		15,86		23,60
De 1ª a 4ª série		10,49		21,76		15,99		22,27
De 5ª a 8ª série		10,45		21,67		16,12		20,80
Ensino médio		10,62		19,86		16,41		19,79
Ensino universitário		9,00		19,00		15,80		16,40
Situação conjugal	281		281		280		280	
Casada/União Cons.		10,25		21,13		16,27		20,57
Solteira		10,95		20,98		15,95		22,51
Desquitada/Viúva		10,75		21,64		15,67		21,94
Classe econômica	281		281		280		280	
B		8,63		19,47		16,84		17,31
C		10,37		21,09		16,23		20,75
D		10,84		21,42		15,81		22,42
E		13,80		25,60		15,50		28,50

A **Tabela 2** demonstra a associação entre as médias obtidas nas escalas do CHBMS e a utilização dos serviços de prevenção do câncer do colo do útero. As mulheres que já realizaram o exame ao menos 1 vez na vida, as que realizaram duas colpocitologias nos últimos 12 meses e as que buscam a prática colpocitológica como rotina para o rastreamento, possuem maior percepção da doença com relação à sua gravidade. Quanto à escala de benefícios, observou-se média menor quando as mulheres nunca realizaram o exame, as que não o realizaram no último ano e as que buscaram a realização da colpocitologia mediante a um problema pré-existente.

Já com relação às barreiras ao acesso à colpocitologia, as diferenças entre as médias demonstraram-se mais expressivas nos casos nos quais as mulheres nunca realizaram a colpocitologia oncológica, nas que não realizaram o exame no último ano e nos casos de procura por outras práticas preventivas com intervalo superior a um ano. Também pôde observar-se relação entre os fatores motivacionais de realização da prática preventiva e da percepção das barreiras. As mulheres que não buscaram o exame como rotina perceberam maior dificuldade de realização do rastreamento do câncer do colo uterino do que as demais.

Tabela 2. Média dos resultados obtidos nas escalas do CHBMS nos diferentes subgrupos de mulheres residentes na área de cobertura da ESF de Nova Iguaçu, 2009.

Características	Susceptibili dade		Gravidade		Benefícios		Barreiras	
	N	M	n	M	N	M	n	M
Já realizaram o exame	28		28		28		28	
	1		1		0		0	
Sim		11,76		21,07		16,21		20,87
Não		10,47		23,07		14,25		27,91
Fr do exame nos últimos 12 meses	28		28		28		28	
	1		1		0		0	
Nenhum		10,56		21,62		15,82		23,73
1 exame		10,49		21,03		16,23		20,04
2 exames		10,96		20,48		16,48		19,06
Intervalo de tempo do último exame	25		25		25		25	
	7		7		7		7	
Menos de 1 ano		10,42		20,94		16,27		19,88
De 1 a 3 anos		10,56		22,13		16,22		23,15
Mais de 3 anos		10,53		19,46		16,30		20,30
Motivo da busca pelo exame	28		28		28		28	
	1		1		0		0	
Rotina		10,47		20,95		16,19		20,82
Problemas pré-existentes		10,47		22,03		15,87		22,54

DISCUSSÃO

Este estudo possibilitou um novo olhar sobre o comportamento das mulheres frente à realização dos exames de rastreamento das lesões precursoras do câncer do colo uterino. Entende-se que mesmo com o acesso facilitado disponível nas Unidades de Saúde da Família, algumas mulheres não realizam o exame com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde. [12] O Modelo de Crenças pode ser um bom método explicativo para estas dificuldades.

O MCS, proposto por Rosenstock em meados da década de 60, buscava explicações quanto ao comportamento humano no processo saúde, pressupondo que para o indivíduo aderir a métodos preventivos a certa patologia, ele necessita acreditar estar susceptível àquela doença e que sua ocorrência deverá ter algum nível de seriedade em algum âmbito de sua vida. O modelo ainda diz que o indivíduo precisa acreditar que tais ações preventivas e mudanças de hábito serão capazes de diminuir

a susceptibilidade e seriedade da patologia. [13]

Basicamente, o Modelo de Crenças é composto por quatro variáveis: susceptibilidade, gravidade, benefícios e barreiras percebidas. Susceptibilidade diz respeito a uma percepção que varia de acordo com cada indivíduo: a possibilidade de contrair uma patologia. Gravidade é a percepção do indivíduo relativa ao grau de severidade de uma patologia esta pode desencadear graves consequências. A percepção de benefícios refere-se a crença do indivíduo de que uma patologia pode ser prevenida com uma ação, seja ela um exame ou uma mudança de hábitos de vida. Já a percepção de barreiras refere-se aos obstáculos (gastos financeiros, dificuldade de acesso, medo, entre outros) impeditivos a prática das ações anteriormente referidas.[8,13]

A percepção da susceptibilidade ou vulnerabilidade em relação ao câncer é apontada como um importante fator mediador entre a necessidade e a prática do exame de

rastreio. [14] Todavia, mulheres mais velhas, brancas, com maior escolaridade e classe socioeconômica se veem com menor potencial para o desenvolvimento da doença. Logo, como em etapas iniciais o CCU não apresenta sintomas, estas mulheres acabam não suspeitando da doença e vão procurar o serviço de saúde somente quando apresentam alguma queixa. Isso pode acarretar em uma descoberta tardia da neoplasia, onde as chances para um tratamento menos invasivo e um melhor prognóstico são bastante reduzidas.

Ainda em relação a susceptibilidade, outro aspecto se mostrou relevante, como no estudo de Moisés Goldbaum et al[15], que é o fato da não realização do exame colposcópico ser significativamente mais frequente em mulheres com idade mais avançada, negras/pardas e de baixa escolaridade e renda familiar. Aspecto este que pode ter sua causalidade explicada através do fato de mulheres com estas mesmas características terem menor percepção de susceptibilidade da doença e apresentarem mais barreiras impeditivas a prevenção que as demais, o que foi exposto no presente estudo.

O fato de a mulher ter a consciência de que o CCU pode lhe trazer consequências graves, ou até mesmo o óbito quando descoberto em estágios avançados, é de extrema relevância quanto a adesão ao exame colposcópico. Mulheres que já realizaram o exame ao menos 1 vez na vida, as que realizaram duas colposcópicas nos últimos 12 meses e as que buscam a prática colposcópica como rotina para o rastreio, apresentaram maior percepção dessa gravidade. Diferentemente do que pôde-se observar em estudo realizado no município de Campinas, no estado de São Paulo, onde o motivo mais referido para a não realização do exame preventivo pelos sujeitos da pesquisa, foi o fato da mulher não achar necessário realizá-lo.[15]

Verificou-se que mulheres entre 50 e 59 anos, pardas, amarelas e negras, com baixa escolaridade e pertencentes às classes D e E estão mais dispostas a essas barreiras, o que condiz com estudo realizado no município de Nova Iguaçu [7], onde o medo em relação ao

exame, e, relação ao profissional e a vergonha proveniente da exposição do corpo são as principais barreiras referidas pelos sujeitos do estudo.

Foi observado que mulheres com menor escolaridade e classe econômica são umas das mais afetadas por barreiras impeditivas a colposcopia. Pode-se dizer que tais fatores estão diretamente relacionados à falta de conhecimento sobre os motivos pelos quais a colposcopia deve ser feita, logo essas mulheres estarão sempre entre aquelas em que a média de realização do exame de Papanicolaou é menor, assim como o observado em estudos realizados em São Leopoldo (RS) e Rio Branco (AC).[16,17]

O aumento do número de mulheres chefes de família e à procura de independência financeira, faz com que essas mulheres busquem empregos e formação acadêmica, o que aumenta a mobilidade cotidiana das mesmas, que passam a sair diariamente, seja para estudar ou trabalhar. Tal mobilidade, ao que chamamos também de migração pendular, dificulta a ida dessas mulheres aos serviços de saúde, que no caso das UBS, funcionam em horários fixos nos dias úteis da semana e, por conseguinte, diminui a média de adesão a prevenção do CCU. [7,18]

4. Conclusão

Mesmo com as limitações provenientes de pesquisas transversais, este estudo possibilitou um novo olhar sobre o comportamento das mulheres frente a realização dos exames de rastreio das lesões precursoras do câncer do colo uterino. Entende-se que mesmo com o acesso facilitado disponível nas Unidades de Saúde da Família, algumas mulheres não realizam o exame com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde. O Modelo de Crenças pode ser um bom método explicativo para estas dificuldades.

Percebeu-se que os aspectos sociodemográficos, principalmente idade, etnia, escolaridade e renda familiar, estão intimamente relacionados com a forma em que as mulheres percebem os benefícios e as barreiras relacionadas ao exame, bem como a

susceptibilidade e gravidade do câncer do colo uterino. Acredita-se, portanto, que as equipes de saúde, principalmente no campo da APS, devem levar em consideração estes conhecimentos para a formulação estratégias capazes de captar estas mulheres para o rastreamento precoce do câncer do colo uterino.

Sugere-se ainda que novos estudos, com análises causais e multi-municipais, sejam realizados para um melhor conhecimento deste constructo. Até lá, sugere-se que a generalização e a incorporação dos dados gerados neste estudo sejam utilizados com cautela, pois sua representação / interpretação em outros territórios deverá ser guiada pelas características populacionais e de acesso aos serviços de saúde.

Referências

- [1] Instituto Nacional do Câncer. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. – 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Inca; 2012.
- [2] Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem no controle do câncer. 3. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: Inca; 2008.
- [3] Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Brasília: INCA; 2011.
- [4] Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Brasília: INCA; 2011.
- [5] Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2011.
- [6] Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- [7] Rafael RMR, Moura ATMS. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência de Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2010;26(5):1045-50.
- [8] Praça NS, Souza JO, Rodrigues DAL. Mulher no período pós-reprodutivo e HIV/AIDS: percepção e ações segundo o modelo de crenças em saúde. Texto & contexto enferm. 2010; 19(3):518-25.
- [9] Carvalho MCMP, Queiroz ABA. Lesões precursoras do câncer cervicouterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2010;14(3):617-24
- [10] Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- [11] Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- [12] Oliveira MMHN, Silva AAM, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de papanicolaou em São Luís, Maranhão. Rev. Bras. Epidemiol. 2006; 9(3): 325-34
- [13] Moreira AKF, Santos ZMSA, Caetano JA. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. Physis. 2009;19(4):989-1006.
- [14] Pimentel AV, Panobianco MS, Almeida AM, et al. A percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. Texto & contexto enferm. 2011 abr/jun; 20(2):255-62.
- [15] Goldbaum M, Garandina L, Barros MBA, et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006;22(11):2329-38.
- [16] Pinho AA, Junior IF, D'Oliveira AFPL, et al. Cobertura e motivos para realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de

São Paulo. Cad. Saúde Pública. 2003;19(Sup. 2):S303-13

[17] Muller DK, Luz AMH, Olinto MTA, et al. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008;24(11):2511-20

[18] Gorges MFSO, Dotto LMG, Koifman RJ, et al. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. Cad. Saúde pública. 2012; 28(6):1156-66.

Abstract

Objective: discuss the screening practice of precursor lesions of uterine cervical cancer starting from Health Belief Model. **Methods:**

a population-based cross-sectional study with a sample of 281 women with ages between 20 and 59, living in Family Health Program coverage area in Nova Iguaçu. Results: point to the preventive behavior, limited by Belief Model, in many populational subgroups belonging the sample. An statistical analysis was also done between the average obtained in the scores of collection instrument and the practices front the main aspect of screening. Conclusion: was realized that socio demographics aspects, mainly age, ethnic, scholarship and household income are intimately linked with the form witch the women realizes the benefits and the barriers related to the exam, as well the susceptibility and seriousness of uterine cervical cancer. **Descriptors:** uterine cervical neoplasms, family health, health services accessibility.