

**Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública**

**Associação entre Apoio Social e Frequência  
relatada de Auto-exame das Mamas no Estudo  
Pró-Saúde.**

por

**Célia Regina de Andrade**

**Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em  
Ciências na área de Saúde Pública.**

**Orientadores: Prof<sup>a</sup>. Dóra Chor  
Prof. Eduardo Faerstein**

**Rio de Janeiro, 22 de outubro de 2004**

## ***Este trabalho é dedicado ...***

*À minha orientadora Prof<sup>ª</sup>. **Dóra Chor**, pela competência e seriedade dispensados a este trabalho; pela compreensão nos momentos difíceis, mas especialmente pela amizade que tornou possível a sua realização com um menor sofrimento.*

*Às minhas filhas **Camila e Viviane**, pelo amor que sempre recebi, mesmo quando tive que me ausentar em função da tese.*

*À minha mãe **Lúcia de Andrade**, pelo carinho e pelo apoio amplo que sempre posso contar.*

*Ao meu marido **Sérgio de Almeida Monteiro**, pelo incentivo e compreensão que dedicou para a elaboração deste trabalho.*

# Agradecimentos

Inicialmente quero agradecer ao meu co-orientador, Prof. Eduardo Faerstein, que além de permitir aprender com suas sugestões e ensinamentos, tive a oportunidade de participar do projeto que me proporcionou usufruir do banco de dados de onde surgiu a minha dissertação.

À Maria de Jesus, por sua amizade, sua contribuição sempre que precisei e o apoio que me possibilitou mais essa realização profissional.

À minha irmã Maria Dolores de Andrade, pelo carinho e colaboração nos momentos em que mais necessitei.

Ao meu sogro Adilson Pinto Monteiro e Dulcinéia Monteiro pelo incentivo.

Aos professores Inês Echenique Mattos e Guilherme Loureiro Werneck por terem aceito participar da banca examinadora e os importantes comentários.

Às professoras Joyce Schramm e Maria Tereza Serrano Barbosa, a participação na banca examinadora enquanto suplentes e valiosas sugestões.

À professora Zulmira Maria de Araújo Hartz, que participou da banca de qualificação, as importantes sugestões para o trabalho.

Agradeço especialmente a equipe do Pró-Saúde, Elir Ferrari de Freitas, Marcelo Benedicto Ferreira, Ana Cristina Espírito Santo Lima, Telma dos Santos Caral e Kátia Regina Valente de Lemos pela sua receptividade e pela contribuição importante na condução da primeira fase da pesquisa.

Àqueles professores que foram especiais na minha formação em epidemiologia, Dóra Chor, Eduardo Faerstein, Luiz Antônio Bastos Camacho, Evandro da Silva Freire Coutinho e Rosalina Jorge Koifman.

Às amigas Rita de Cássia Monteiro Shalom, Rosane Harter Griep, Sônia Bittencourt, Márcia Lázaro de Carvalho, Milena Piraccini Duchiade, Silvana Granado e Suely Rosenfeld pelo estímulo, amizade e agradável convivência.

Aos funcionários da secretária do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, pelo profissionalismo e simpatia de todos.

Às colegas da turma de Mestrado em Saúde Pública de 1999, Andréia e Ubirani, pelos momentos de estudo e pelos laços de amizade que se formaram ao longo deste trabalho.

A todos os amigos que diretamente acompanharam e incentivaram mais um ciclo de crescimento.

# Resumo

Os programas de *screening* de câncer de mama representam uma estratégia efetiva para a redução de sua incidência e mortalidade. Nas últimas décadas, a importância das relações sociais na preservação da saúde vem sendo amplamente discutida, principalmente nos países desenvolvidos. Nesse contexto, inúmeros estudos epidemiológicos têm investigado a influência de características do ambiente psicossocial no risco de adoecer e de morrer, nos comportamentos relacionados à saúde e na utilização de serviços. Dentre essas características, destaca-se o conceito de apoio social que, no caso desse estudo, envolve as dimensões de apoio material, afetivo, emocional, de informação e interação positiva.

O objetivo dessa investigação foi identificar associação entre a prevalência da prática do auto-exame das mamas e cinco diferentes dimensões de apoio social, entre as funcionárias de uma universidade no Rio de Janeiro.

As perguntas relativas ao apoio social e a frequência do AEM foram incluídas em um questionário estruturado auto-preenchido, na primeira etapa de coleta de dados de um estudo de coorte, com 4030 funcionários técnico-administrativos (sendo 2240 mulheres).

A frequência da prática relatada de AEM foi particularmente elevada entre as funcionárias do hospital universitário. Considerando-se o conjunto das funcionárias, a maior parcela (43%) informou realizar AEM “todo mês” ou “quase todo mês” e 24% informaram praticá-lo “raramente” ou “nunca”. A confiabilidade teste-reteste dessa informação foi alta: coeficiente kappa = 0,82 (IC95%:0,74-0,89).

As respostas às perguntas que constituíram cada uma das cinco dimensões de apoio social compuseram escores, cuja distribuição apresentou concentração nos valores mais altos (médias próximas a 80 pontos). Mesmo assim, foi possível discriminar subgrupos que apresentavam diferentes prevalências da prática de AEM segundo tercís dos escores de apoio social.

A prevalência da prática referida de AEM variou de forma direta com o nível dos cinco escores das dimensões de apoio social. Em cada dimensão, a chance de praticar AEM foi duas vezes maior entre as funcionárias situadas no tercil mais alto de apoio, comparadas às funcionárias situadas no tercil mais baixo. Tendo o mesmo grupo de referência, as funcionárias situadas no nível intermediário dos escores (2º tercil) apresentaram chance 50% maior de praticar AEM.

A consistência dos resultados encontrados nas cinco dimensões permite concluir que níveis diferenciados de apoio social podem influenciar práticas de cuidados com a saúde como o AEM.

Palavras-chave: Apoio social, auto-exame das mamas, escore, detecção precoce.

# Abstract

Screening programs represent an effective strategy for reducing breast cancer incidence and mortality. In recent decades, the importance of social relations in the preservation of health has been widely discussed, especially in developed countries. Within this context, numerous epidemiological studies have focused on the influence of characteristics of the psychosocial environment on the risk of becoming ill and dying, on health-related behaviors, and on the utilization of health services. One of the most important of such characteristics is the concept of social support, which in the case of this study involves material, affective, and emotional support as well as information and positive interaction.

The objective of this study was to identify an association between the prevalence of breast self-examination (BSE) and five different dimensions of social support among employees at a university in Rio de Janeiro, Brazil.

Questions pertaining to social support and frequency of BSE were included in a structured, self-applied questionnaire during the first stage of data collection in a cohort study with 4,030 technical and administrative employees (2,240 of whom are women).

Frequency of self-reported BSE was particularly high among university hospital employees. Among female employees as a whole, the largest proportion (43%) reported performing BSE “every month” or “almost every month”, while 24% reported performing it “rarely” or “never”. Test-retest reliability for this information was high: kappa coefficient = 0.82 (95% CI: 0.74-0.89).

Answers to questions constituting each of the five dimensions of social support comprised scores, whose distribution was concentrated on higher values (mean values close to 80 points). Even so, it was possible to distinguish sub-groups with different BSE prevalence rates according to social support score tertiles.

Prevalence of self-reported BSE varied directly with the level of the five scores for social support dimensions. For each dimension, probability of performing BSE was twice as great among employees in the highest support tertile as compared to employees in the lowest tertile. Having the same reference group, employees in the intermediate score level (second tertile) had a 50% greater probability of performing BSE.

Consistency of results in the five dimensions allows one to conclude that different levels of social support can influence health care practices such as BSE.

Key words: Social support, breast self-examination, score, early detection.

# Índice Analítico

<b>CAPÍTULO 1</b>	<b>1</b>
INTRODUÇÃO	1
1.1 - Importância do câncer de mama.....	2
1.2 - Fatores de risco .....	7
1.3 - Estratégias de Detecção Precoce.....	8
1.4 - Características de mulheres que realizam exames de detecção precoce de câncer.....	10
1.5 - Relações sociais e cuidados com a saúde.....	12
1.6 - Associação entre variáveis psicossociais e auto-exame das mamas .....	14
<b>CAPÍTULO 2</b>	<b>15</b>
OBJETIVOS	15
2.1 - Objetivo Geral.....	16
2.2 - Objetivos Específicos .....	16
<b>CAPÍTULO 3</b>	<b>17</b>
METODOLOGIA	17
3.1 - O Estudo Pró-Saúde. ....	18
3.2 - População e Delineamento do Estudo. ....	18
3.3 - Elaboração do questionário relativo a apoio social e rede social.....	19
3.4 - Tradução e Versão do Instrumento: buscando a equivalência.....	20
3.5 - A Coleta de Dados.....	21
3.6 - Definição de variáveis.....	22
3.6.1 - Auto-exame das mamas (variável dependente): .....	22
3.6.2 - Dimensões de Apoio Social (variáveis independentes): .....	22
3.6.3 - Variáveis Sócio-Demográficas ( co-variáveis):.....	23
3.7 - Análise dos dados.....	24
<b>CAPÍTULO 4</b>	<b>26</b>
RESULTADOS	26
4.1 - Características Sócio-Demográficas.....	27
4.2 - Auto-Exame das Mamas .....	28
4.2.1 - Confiabilidade teste–reteste da frequência de Auto-Exame das Mamas.....	28
4.3 - Apoio Social.....	30
4.4 - Análise Bivariada.....	31
4.4.1 - Apoio Social e Auto-Exame das Mamas .....	31
4.4.2 - Características Sócio-Demográficas e Auto-Exame das Mamas .....	32
4.4.3 - Características Sócio-Demográficas e Dimensões de Apoio Social .....	33
4.5 - Análise Multivariada – Regressão Logística .....	38

<b>CAPÍTULO 5</b>	<b>39</b>
DISCUSSÃO	39
<b>CAPÍTULO 6</b>	<b>44</b>
CONCLUSÕES	44
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>46</b>

## Anexos

<b>ANEXO 1</b>	<b>54</b>
PERGUNTAS DE APOIO SOCIAL	54
<b>ANEXO 2</b>	<b>59</b>
DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE DE APOIO MATERIAL	59
<b>ANEXO 3</b>	<b>60</b>
DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE DE APOIO AFETIVO	60
<b>ANEXO 4</b>	<b>61</b>
DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE DE APOIO EMOCIONAL	61
<b>ANEXO 5</b>	<b>62</b>
DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE DE APOIO DE INFORMAÇÃO	62
<b>ANEXO 6</b>	<b>63</b>
DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE DE INTERAÇÃO POSITIVA	63
<b>ANEXO 7</b>	<b>64</b>
PERGUNTA DE AUTO-EXAME DAS MAMAS	64
<b>ANEXO 8</b>	<b>65</b>
PERGUNTAS DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	65

# Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1</b> : Taxa bruta e padronizada de mortalidade por câncer de mama. Mulheres – Brasil, 1980-1996.....	3
<b>Gráfico 2</b> : Taxa bruta de mortalidade por câncer segundo localização primária Mulheres - Brasil, 1998.....	3
<b>Gráfico 3</b> : Taxa bruta de mortalidade por câncer de mama segundo as regiões. Mulheres – Brasil, 1998.....	4
<b>Gráfico 4</b> : Taxa bruta de incidência de câncer segundo localização primária. Mulheres - Brasil, 2000.....	5
<b>Gráfico 5</b> : Incidência de câncer de mama feminino segundo localidades e Períodos selecionados.....	6

# Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Características sócio-demográficas .....	27
<b>Tabela 2</b> - Frequência de Auto-exame das Mamas.....	28
<b>Tabela 3</b> - Confiabilidade teste e reteste da informação sobre a frequência de AEM.....	28
<b>Tabela 4</b> - Confiabilidade teste e reteste da informação sobre a frequência de AEM, segundo idade e escolaridade.....	29
<b>Tabela 5</b> - Medidas de tendência central e dispersão dos escores das dimensões de apoio social.....	30
<b>Tabela 6</b> - Associação entre índice de apoio social e prática de auto-exame das mamas.....	31
<b>Tabela 7</b> - Associação entre características sócio-demográficas e prática de auto-exame das mamas.....	32
<b>Tabela 8</b> - Associação entre características sócio-demográficas e apoio material.....	33
<b>Tabela 9</b> - Associação entre características sócio-demográficas e apoio afetivo.....	34
<b>Tabela 10</b> - Associação entre características sócio-demográficas e apoio emocional.....	35
<b>Tabela 11</b> - Associação entre características sócio-demográficas e apoio de informação.....	36
<b>Tabela 12</b> - Associação entre características sócio-demográficas e interação positiva.....	37
<b>Tabela 13</b> - Regressão logística: associação entre auto-exame das mamas, dimensões de apoio e co-variáveis.....	38

# CAPÍTULO 1

---

## Introdução

## 1.1 - Importância do câncer de mama.

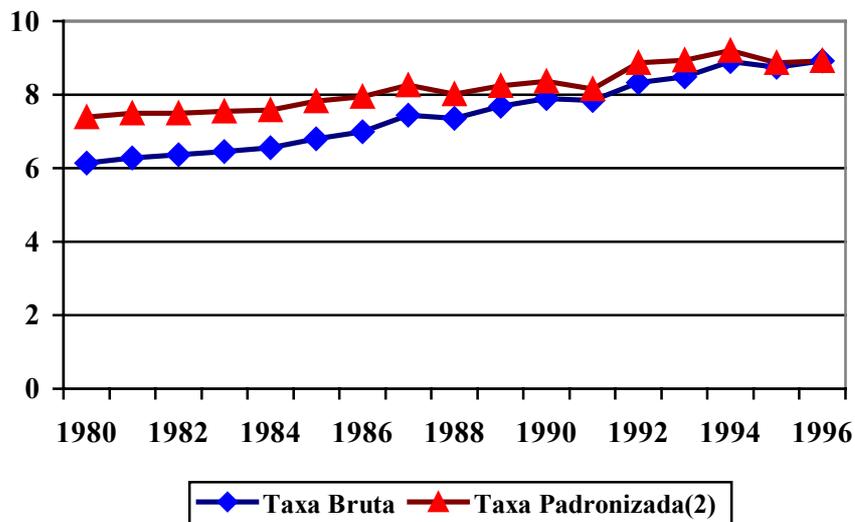
As neoplasias malignas vêm assumindo um papel cada vez mais importante entre as doenças que acometem populações de inúmeros países, principalmente naqueles desenvolvidos e industrializados. No Brasil, as neoplasias têm apresentado importância crescente devido ao envelhecimento da população. Representaram, em 1998, a terceira causa de mortalidade na população, com 110.765 óbitos<sup>1</sup> (12% do total)(Brasil, 1998).

Entre as mulheres, as neoplasias constituem a segunda causa de mortalidade, sendo a mama a localização mais freqüente (Brasil, 1998). A mortalidade por câncer de mama, no Brasil, vem crescendo nas últimas duas décadas (**gráfico 1**  que aumenta sua importância como problema de saúde pública. De acordo com o **gráfico 2**, o coeficiente de mortalidade por câncer de mama em mulheres foi cerca de duas vezes maior do que os mesmos coeficientes relativos ao câncer de pulmão, cólon/reto, colo de útero e estômago, em 1998.

---

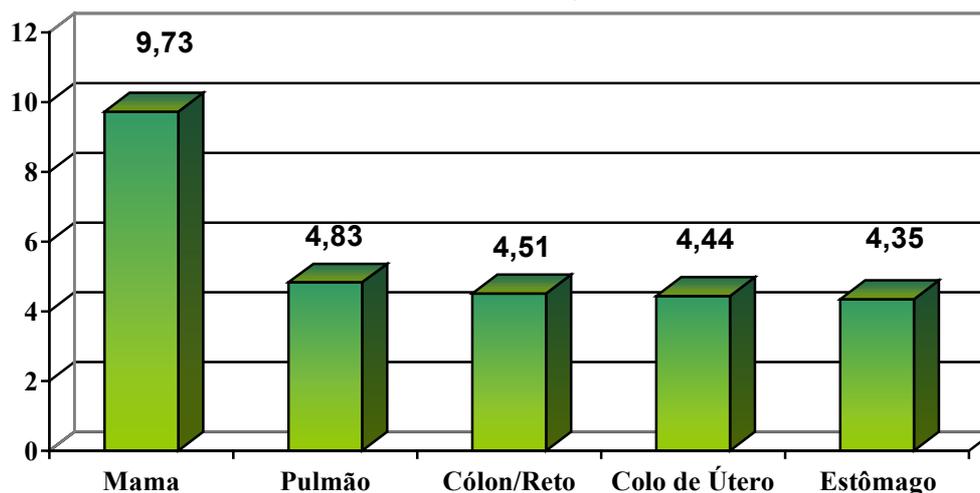
<sup>1</sup> Excluindo as mal definidas.

**Gráfico 1 :**  
Taxa bruta<sup>1</sup> e padronizada<sup>2</sup> de mortalidade por câncer de mama.  
Mulheres – Brasil, 1980-1996.



(1) Taxa bruta Por 100000 habitantes.  
 (2) A população padrão tomada como base foi a população brasileira da recontagem populacional de 1996-IBGE; padronizada por 100000 habitantes.  
 Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/DATASUS/MS / Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE / Divisão de Epidemiologia e Avaliação – CONPREV/INCA/MS.

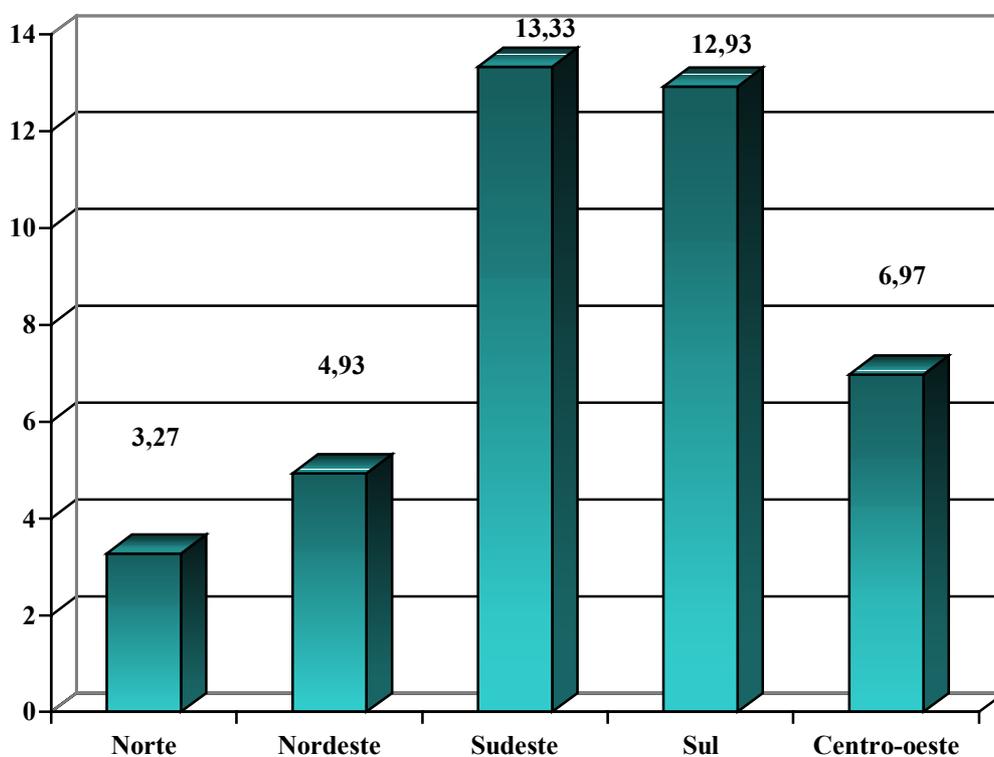
**Gráfico 2 :**  
Taxa bruta de mortalidade por câncer segundo localização primária  
Mulheres - Brasil, 1998.



Obs: Taxa bruta de mortalidade por 100000 habitantes.  
 Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DATASUS/MS.  
 Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

A distribuição da mortalidade por câncer de mama entre as diversas regiões geográficas do Brasil não é homogênea (**gráfico 3**). Assim como predomina nos países mais desenvolvidos, suas taxas são mais elevadas nas regiões mais favorecidas do país, notadamente Sul e Sudeste, onde as taxas de mortalidade por câncer de mama são cerca de três vezes maiores do que nas outras regiões(Brasil, 1998).

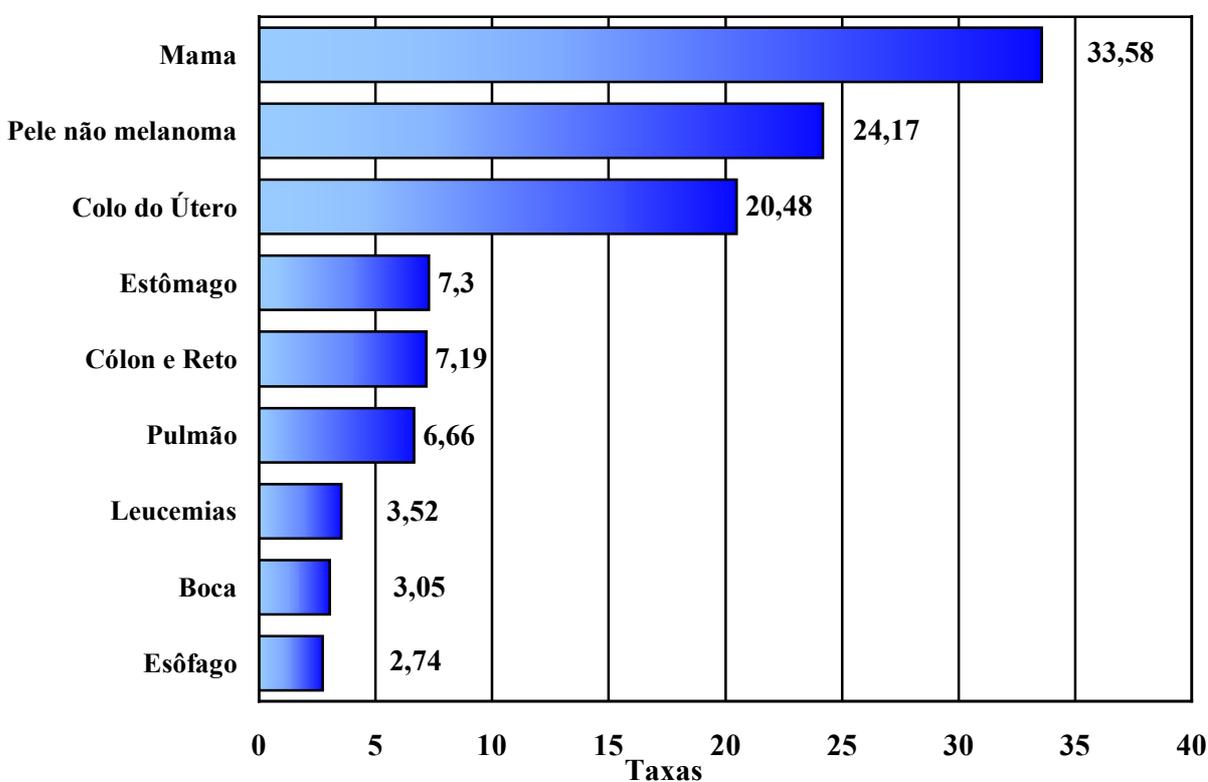
**Gráfico 3 :**  
**Taxa bruta de mortalidade por câncer de mama segundo as regiões.**  
**Mulheres – Brasil, 1998.**



**Obs:** Taxa bruta de mortalidade por 100000 habitantes.  
**Fontes:** Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DATASUS/MS.  
Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Quanto à incidência, o número de casos novos de câncer de mama estimados para o ano de 2000, foi de 28.340, constituindo 19,5% do número total de neoplasias, em mulheres no Brasil. Assim, essa localização seria responsável pelo maior número de casos novos registrados de câncer em mulheres (**gráfico 4**)(Brasil, 2000).

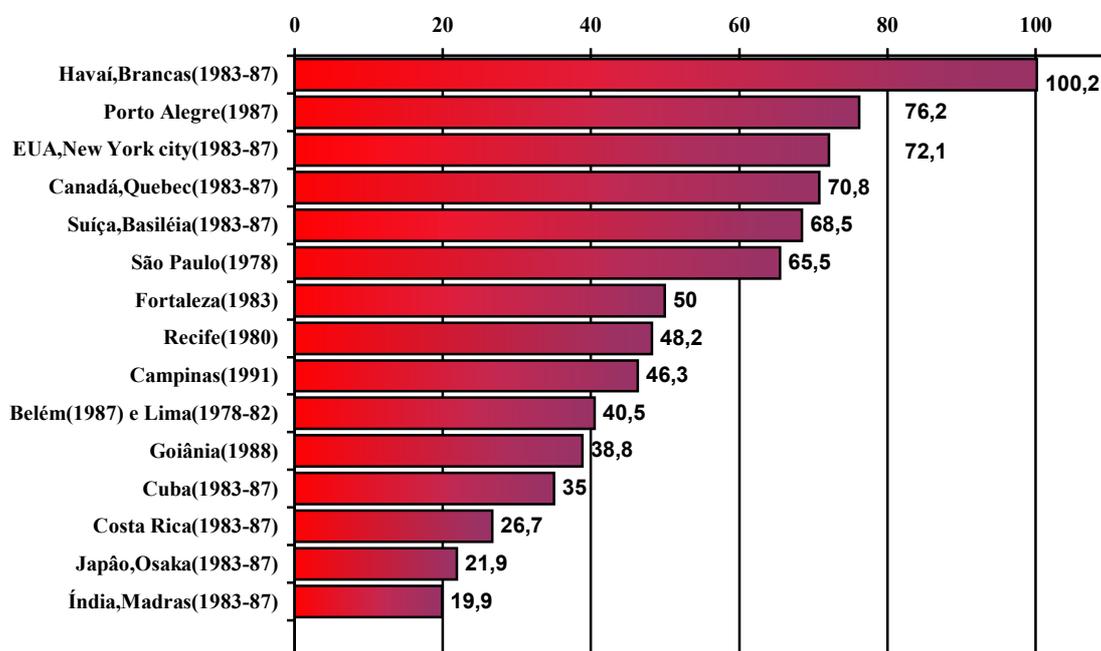
**Gráfico 4 :**  
**Estimativa de Taxa Bruta de incidência<sup>1</sup> de câncer segundo localização primária.**  
**Mulheres - Brasil, 2000.**



Taxa bruta de incidência por 100000 mulheres.  
Fonte: MS/INCA - Câncer no Brasil 2000.

Comparadas às cidades de outros países, as taxas de incidência de câncer de mama das seis capitais que dispõem de Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), situam-se em nível intermediário (**gráfico 5**). Cabe notar que dentre os coeficientes apresentados, o de Porto Alegre ocupa a segunda posição (Teixeira, 1991, Parkin 1992, Britto 1993).

**Gráfico 5 :**  
**Incidência\* de câncer de mama feminino segundo localidades e períodos selecionados.**



\*Coeficientes Por 100.000 mil habitantes, padronizados por idade pela população mundial.  
**Fontes: Parkin et al, 1992; Teixeira, 1991; Britto, 1993.**

## 1.2 - Fatores de risco

Pesquisas epidemiológicas sobre características e possíveis fatores de risco para o câncer de mama têm sido realizadas com o intuito, entre outros, de identificar mulheres que devem ser acompanhadas com maior cuidado a fim de possibilitar o diagnóstico precoce da doença. De acordo com esses estudos (Hardy et al, 1993, Kelsey et al, 1993, Olaya-Contreras et al, 1999, Tovar-Guzmán et al, 2000), os fatores de risco para câncer de mama dizem respeito a características sócio-demográficas, condições hormonais, história familiar e comportamentos relacionados à saúde.

O risco de câncer de mama aumenta com a idade (a partir dos 40 anos), é mais elevado em áreas urbanas, em mulheres solteiras e naquelas com nível sócio-econômico médio e alto (Jacobsen & Lund 1990, Kelsey et al, 1993, Tovar-Guzmán et al, 2000).

Fatores hormonais, destacando-se a exposição prolongada ao estrogênio, mediados pelos eventos da vida reprodutiva, ocupam posição de destaque na causalidade do câncer de mama. Condições como idade precoce da menarca, menopausa tardia, nuliparidade, idade tardia da primeira gravidez e pequenos ciclos menstruais aumentam o risco da doença (Hsieh et al, 1990, Kelsey et al, 1993, Rosner et al, 1994, Olaya-Contreras et al, 1999, Weiss et al, 1999).

Embora a história de câncer de mama em parentes de primeiro grau – especialmente os tumores desenvolvidos na pré-menopausa – seja considerada também um importante fator de risco, estudos de incidência em migrantes sugerem que contextos ambientais ocupam lugar de destaque entre os fatores de risco, já que, por exemplo, japonesas que migraram para os Estados Unidos e negras norte-americanas apresentam taxas elevadas, semelhantes às do país de adoção, bem superiores aos coeficientes encontrados no Japão e na África, respectivamente (Buell 1973, Henderson et al, 1996, Kelsey & Bernstein 1996).

Outros fatores também vem sendo estudados, mas as investigações sobre a associação entre a ocorrência de câncer de mama e comportamentos relacionados à saúde - dieta, obesidade e vida sedentária – lactação e uso da terapia de reposição hormonal com estrogênio apresentam resultados inconsistentes (Hsieh et al, 1990, Brinton & Schairer, 1993; Brinton 1994, Linet 2000).

### 1.3 - Estratégias de Detecção Precoce

Em função dos fatores de risco identificados até o momento, a estratégia mais efetiva para a cura e controle do câncer de mama é o diagnóstico na fase inicial. A realização periódica da mamografia, do exame clínico das mamas, (Report of U.S. Preventive Services Task Force, 1996, UK TRIAL OF EARLY DETECTION OF BREAST CANCER GROUP, 1999) e, segundo alguns autores (Leslie & Roche, 1997, Newcomb et al 1991), do auto-exame das mamas são os procedimentos disponíveis para essa finalidade. Além disso, a identificação e acompanhamento de famílias de alto risco para câncer de mama são também recomendados (Henderson et al, 1996, Kelsey & Bernstein, 1996, Koifman & Koifman 1999).

Os resultados de seis ensaios clínicos realizados para avaliar a efetividade da mamografia isolada ou acompanhada pelo exame médico de mamas, com mulheres de 50 anos de idade ou mais ao início do estudo, estimaram redução de 20-30% da mortalidade por câncer de mama no grupo submetido à intervenção comparado ao grupo controle, sem nenhum tipo de *screening* (Kerlikowske et al, 1995, Smart et al, 1995). Os resultados da efetividade da mamografia (com ou sem exame clínico das mamas) foram consistentes apenas para as mulheres entre 50 e 69 anos de idade. Confirmando essa conclusão, uma metanálise, que incluiu os resultados mais recentes desses ensaios clínicos, relatou redução de 23% da mortalidade por câncer de mama para mulheres com 50 anos de idade ou mais (Kerlikowske et al, 1995). Este mesmo grupo etário foi o beneficiado pela realização periódica de mamografia, de acordo com metanálise de estudos caso-controle europeus (Kerlikowske et al, 1995). Assim, os benefícios do *screening* de mulheres entre 40 e 49 anos são incertos (Miller et al, 1992), e as investigações em curso buscam observar os resultados da realização mais freqüente da mamografia nesse grupo etário ( Tabar et al, 1993, Smart et al, 1995).

Até onde foi possível apurar, não há estudos que avaliem a efetividade do exame clínico de mama isolado, comparado a outro procedimento de *screening*. Por outro lado, as pesquisas que avaliaram a contribuição do exame clínico de mama acompanhado de mamografia, ou não, ainda não esclareceram se o exame clínico de mama, periódico e criterioso, pode trazer os mesmos benefícios da mamografia, assim como não concluíram a respeito da existência de benefício adicional do exame clínico de mama, além daqueles já atribuídos à mamografia (Kerlikowske et al, 1995).

As evidências de efetividade do auto-exame de mama isolado também são limitadas. Estudos quasi-experimentais e experimentais que compararam a prática de auto-exame com a ausência de qualquer método de *screening* (Semiglazov et al, 1992, Ellman et al, 1993) não conseguiram demonstrar benefícios do auto-exame de mama. No entanto, limitações metodológicas dessas investigações, como a comparabilidade inicial dos grupos de estudo, a “contaminação” do grupo controle (que não deveria receber nenhum tipo de *screening*), e o acesso incompleto ao desfecho dos casos (causa do óbito) não permitem conclusões definitivas (Report of U.S. Preventive Services Task Force, 1996, p.81).

Além das limitações metodológicas, a técnica inadequada do AEM também deve ser levada em consideração ao se concluir sobre sua efetividade. Por exemplo, em estudo realizado com mulheres cujo diagnóstico do tumor ocorreu em estágios avançados (TNM III ou IV) não se identificou associação entre o estágio de diagnóstico do tumor e a prática de auto-exame de mama. No entanto, no pequeno grupo de mulheres que utilizavam a técnica de forma adequada estimou-se o risco 46% menor quando comparadas a todas as outras (Newcomb et al, 1991). Confirmando esses achados, a compilação dos resultados de doze estudos descritivos sugere que as mulheres que praticavam auto-exame das mamas antes do diagnóstico da doença, tiveram menor probabilidade de serem diagnosticadas com tumores com 2cm ou mais de diâmetro, ou de apresentar evidência de metástase para linfonodos (Hill et al, 1988).

Em resumo, não há dúvidas quanto à efetividade da mamografia para a detecção precoce do câncer de mama no grupo etário entre 50 e 70 anos de idade. O benefício adicional do exame clínico de mamas, além daquele já introduzido pela mamografia, é incerto (Report of U.S. Preventive Services Task Force, 1996, p.81). No entanto, nas mulheres mais jovens, entre 40 e 49 anos de idade, os resultados do único estudo desenhado para avaliar especificamente esse grupo etário não evidenciaram benefícios do *screening* através da mamografia e do exame clínico, do ponto de vista do impacto sobre a mortalidade por câncer de mama, até o sétimo ano de acompanhamento (Miller, 1992).

Embora o AEM possa ser uma alternativa, especialmente para as mulheres mais jovens, os estudos a respeito de sua efetividade ainda são extremamente limitados, como foi descrito acima, sugerindo que a acurácia da técnica de AEM parece ser muito inferior àquela do exame clínico e da mamografia e que o tempo despendido no

treinamento para o AEM poderia ser melhor aproveitado em técnicas comprovadamente eficazes (Report of U.S. Preventive Services Task Force, 1996, p.81). De acordo com o Report of U.S. Preventive Services Task Force (1996, p.83), não se pode concluir, até o momento, se a recomendação para o treinamento das mulheres para realização do AEM nas consultas de rotina, deve ser ou não implantada como norma rotineira, nos serviços de saúde. Mesmo assim, no Brasil, o Ministério da Saúde (2000) recomenda que “o AEM deve ser realizado mensalmente, após a menstruação, já que permite a descoberta de nódulos de mama tanto benignos quanto malignos. Quando é realizado de forma sistemática e periódica, possibilita surpreender tumores malignos de pequenas dimensões, permitindo tratamento adequado e, conseqüentemente, melhor prognóstico”.

#### **1.4 - Características de mulheres que realizam exames de detecção precoce de câncer.**

O AEM é uma ação de auto-cuidado relativamente fácil, indolor e de baixo custo que pode ser realizada na residência e não demanda equipamentos ou profissionais de saúde especialmente treinados. Mesmo assim, estimativas da proporção de mulheres que o praticam, de forma correta e regular, apresentam ampla variação. Ao comparar 155 mulheres que recebiam cuidados básicos de saúde através do *Health Maintenance Organization* (HMO) com 92 mulheres que não possuíam seguro-saúde, Wey & Borum (2000) não observaram diferença entre as prevalências da prática de AEM: 32% e 39%, respectivamente. Em outra investigação, conduzida em seis clínicas para migrantes no Estado de Washington, 41%, dentre 512 mulheres hispânicas, haviam realizado AEM no mês anterior (Skaer et al, 1996).

Wardle e colaboradores (1995) investigaram a prática de AEM em 16.486 estudantes entre 17 e 30 anos de idade, residentes em 20 países europeus. Estimaram que apenas 8% praticavam AEM mensalmente, 36% praticavam ocasionalmente e 54% nunca haviam realizado AEM.

Os resultados de estudos que investigaram a associação entre a realização do AEM e características sócio-demográficas são contraditórios. Entre 380 mulheres com mais de 35 anos de idade, residentes em Indianópolis, Estados Unidos, Champion (1988) identificou que quanto maior a “influência da religião” na vida das mulheres, maior a proporção daquelas que realizavam AEM. Por outro lado, entre mulheres de uma área rural no estado de Montana, Estados Unidos, não se encontrou associação entre religião e prática de AEM (Gray, 1990).

Quanto à variação da prática do AEM segundo a idade, Persson e colaboradores (1997), em um estudo realizado com 694 mulheres na Suécia, identificaram que 48,1% das mulheres examinavam suas mamas uma ou mais vezes por mês e entre elas, as mulheres mais velhas – entre 45 e 80 anos de idade - praticavam o AEM com maior frequência (35%) do que as mulheres entre 25-44 anos de idade (13%), com uma diferença significativa ( $p < 0,001$ ).

Bennett e colaboradores (1983) investigaram a influência simultânea de diversas variáveis sócio-demográficas em profissionais de saúde de Boston, nos Estados Unidos. Estimaram, então, maior frequência de realização do AEM entre as mulheres que viviam com o parceiro e também entre aquelas que apresentavam 2º grau completo ou nível universitário, em comparação com as de menor nível de escolaridade. Nessa investigação, idade, renda, preferência religiosa e raça não influenciaram a frequência de AEM. Além das características sócio-demográficas, mulheres com história materna de câncer de mama apresentaram maior probabilidade de praticar auto-exame de mamas mensalmente.

Crenças e atitudes em relação à prática de AEM também parecem estar associadas à frequência de sua realização. Ter confiança na efetividade do exame e conhecer a técnica aumentam a frequência de AEM, de acordo com estudo de Howe (1981).

No Brasil, o estudo realizado no município de São Paulo, que fez parte de uma investigação multicêntrica desenvolvida na América Latina (Brasil, Chile, Cuba, México e Venezuela), pela Organização Panamericana de Saúde, estimou uma proporção de mulheres que fizeram o teste Papanicolaou pelo menos uma vez na vida, e procurou estabelecer variáveis relacionadas à realização do teste. Identificou-se associação entre ter feito Papanicolaou e a prática do AEM. As mulheres que já haviam se submetido ao exame preventivo de câncer de colo de útero apresentaram chance 6 vezes maior de praticar o AEM (Nascimento, 1996.).

## 1.5 - Relações sociais e cuidados com a saúde

Nas últimas décadas, a importância das relações sociais na preservação da saúde vem sendo amplamente discutida, principalmente nos países desenvolvidos. Inúmeros estudos epidemiológicos têm surgido desde então, buscando associar a ausência ou qualidade de laços afetivos com o desenvolvimento de doenças e com o maior risco de morrer. A teoria de Cassel (1976), a respeito da maior suscetibilidade às doenças, nos indivíduos submetidos à tensão emocional (*stress*) severa ou de longa duração, parece ter conquistado grande aceitação. Os efeitos benéficos da participação e integração social também têm sido reconhecidos na sensação de bem-estar psicológico, sendo relacionados ao aumento da satisfação com a vida, à auto-estima e à diminuição de sintomatologia, como por exemplo, a ansiedade.

Estudos epidemiológicos já demonstraram associação entre recursos sociais inadequados e diversos efeitos sobre a saúde como maior mortalidade (Berkman & Syme, 1979, Orth-Gomér & Johnson, 1987, Dalgard & Haheim, 1998), ocorrência de importantes fatores de risco biológicos como a hipertensão arterial (Strogatz & James 1986), e também com a aquisição de hábitos como o tabagismo e consumo de álcool (Westman et al, 1985). Além disso, Berkman & Syme (1979) identificaram que os laços familiares e vínculos de amizade estão associados positivamente com comportamentos relacionados à saúde e com práticas preventivas.

No âmbito dos recursos sociais, rede social e apoio social representam conceitos relevantes e diferentes. Rede social (*social network*) é definida como a “teia” de relações sociais que envolvem um indivíduo, bem como suas características: a disponibilidade de parentes e amigos íntimos e frequência de contatos; os grupos dos quais faz parte, mantém contato ou alguma forma de vínculo social (por exemplo: grupos religiosos; associações sindicais, atividades esportivas e artísticas e trabalho voluntário) (Bowling, 1997).

A definição de apoio social (*social support*), por sua vez, procura relacionar a eficácia da rede social em cumprir o seu papel de apoio. Segundo Caplan (1974), “apoio social é um sistema de apoio formado por relações formais e informais através do qual um indivíduo recebe apoio emocional, cognitivo e material, para enfrentar situações geradoras de *stress*”. Cobb (1976) define apoio social como “a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, e que faz parte de uma rede

social com obrigações mútuas”. Segundo Norbeck e colaboradores (1981) e Berkman (1984), apoio social envolve referências emocionais – alguém com quem contar em situações difíceis, auxílio material ou de informação, e percepção de valorização no contexto dos grupos dos quais o indivíduo faz parte. Valla (1997) descreve apoio social como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecido por grupos e/ou pessoas já de conhecimento íntimo, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos.

A definição adotada pelos pesquisadores envolvidos nessa investigação foi aquela proposta por Cohen & Wills (1985) e Sherbourne, & Stewart (1991) que se refere ao grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (apoio emocional, material, de informação, por exemplo).

Através da revisão da literatura, é possível descrever, basicamente, quatro funções de apoio social (Ostergren et al, 1991, Sherbourne, & Stewart 1991, Bowling, 1997):

- 1) **Apoio Material:** refere-se ao apoio direcionado ao auxílio das pessoas em caso de necessidade. Reflete o acesso dos indivíduos aos serviços práticos e recursos materiais, onde estão incluídos, por exemplo, a ajuda em dinheiro ou o empréstimo de utensílios, em caso de necessidade emergencial;
- 2) **Apoio Afetivo:** envolve expressões de amor e afeição.
- 3) **Apoio Emocional:** refere-se à empatia, carinho, amor, confiança, estima, afeto, escuta e interesse;
- 4) **Apoio de Informação:** refere-se a informações que podem ser usadas para lidar com problemas. É medido através do acesso dos indivíduos a aconselhamentos, sugestões, orientações e informações;
- 5) **Interação Social Positiva:** é a disponibilidade de pessoas com quem divertir-se e relaxar.

## **1.6 - Associação entre variáveis psicossociais e auto-exame das mamas**

A relação entre variáveis psicossociais, incluindo o apoio social, com a frequência de AEM já foi investigada (Walker & Glanz 1986, Rutledge 1987, Norman & Tudiver 1986, Wagle et al, 1997). Walker & Glanz (1986), realizaram um estudo exploratório com 264 estudantes e funcionárias de uma universidade americana, encontrando forte relação entre características psicossociais (benefícios e barreiras do AEM, rede social e outros cuidados de saúde) e a prática de AEM.

Norman & Tudiver (1986), em seu trabalho sobre preditores de AEM entre pacientes e seus familiares, identificaram a percepção das pacientes sobre o apoio social de que dispunham como o preditor mais relevante para a realização periódica de AEM. Por meio de um estudo exploratório, com universitárias e membros de sua rede social, sobre o impacto de programas de educação na realização de AEM. Gravell e colaboradores (1985) sugeriram que o programa de intervenção educacional implementasse discussões em grupos com membros da rede social e incentivasse a comunicação com mães, irmãs e amigas.

Rutledge (1987) investigou as relações entre a prática de AEM, idade e diversas características psicossociais (auto-estima, estrutura da rede social, percepção de apoio social e benefícios e barreiras para a prática do AEM) entre 93 mulheres nos Estados Unidos, sem diagnóstico de neoplasias ou displasia mamária. A percepção dos benefícios do AEM, altos níveis de auto-estima e poucas barreiras percebidas para a realização do exame apresentaram correlação positiva com a frequência de AEM.

Wagle e colaboradores (1997) acompanhando 100 mulheres com mais de 55 anos, em uma clínica ginecológica, nos Estados Unidos, identificaram correlação positiva entre apoio social e frequência de AEM (Coeficiente de correlação de Pearson = 0,45,  $p < 0,05$ ), concluindo que os profissionais de saúde podem desempenhar papel importante na rede social no sentido de reforçar a frequência e acurácia de AEM.

Estes são alguns estudos que investigaram a associação entre variáveis psicossociais e AEM, evidenciando a importância do apoio social na mudança de comportamento e manutenção da prática de auto-cuidado e, mais especificamente, em relação ao nosso objeto de estudo, a prática do auto-exame das mamas. Não podemos deixar de mencionar que não encontramos nenhum trabalho nacional nesta linha, nos limitando a estudos de outros países, principalmente aos EUA.

## **CAPÍTULO 2**

---

### **Objetivos**

## **2.1 - Objetivo Geral**

Investigar o efeito de diversas dimensões do apoio social na prática de auto-exame das mamas, entre as funcionárias técnico-administrativas de Universidade Pública no Rio de Janeiro.

## **2.2 - Objetivos Específicos**

- ⇒ Estimar a frequência de realização do auto-exame das mamas.
- ⇒ Estimar a confiabilidade da informação da frequência de realização do auto-exame das mamas.
- ⇒ Classificar a população de acordo com os escores das dimensões de apoio social.
- ⇒ Investigar a associação entre os escores das dimensões de apoio social e a prática do auto-exame das mamas, controlada por variáveis confundidoras em potencial.

# **CAPÍTULO 3**

## **Metodologia**

---

### **3.1 - O Estudo Pró-Saúde.**

O Estudo Pró-Saúde constitui, no momento, a principal investigação em desenvolvimento no âmbito do Pró-Saúde, programa que conta com a participação de docentes do Instituto de Medicina Social/UERJ, FIOCRUZ e UFRJ. Trata-se de um programa integrado de atividades de pesquisa, ensino e extensão relacionado à promoção da saúde de funcionários, docentes e alunos de instituições públicas de ensino e pesquisa. Os resultados da fase I do Estudo Pró-Saúde vêm sendo analisados por alunos de Pós-graduação em Saúde Coletiva do IMS/UERJ e de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ (Faerstein, 2000).

### **3.2 - População e Delineamento do Estudo.**

A primeira fase de coleta de dados do Estudo Pró-Saúde – realizada entre agosto e outubro de 1999 – contou com a participação de 4030 funcionários técnico-administrativos, representando 90,6% do universo de funcionários elegíveis. Desses, foram excluídos funcionários aposentados ou cedidos a outras instituições. Os entrevistados na primeira fase deverão servir como linha de base para o estudo de coorte, já que pretende-se manter contatos bianuais com a população. O Estudo teve como instrumento um questionário multidimensional, preenchido pelos próprios funcionários e aplicado por pessoal treinado. A seleção e elaboração das perguntas do questionário foram precedidas de ampla avaliação de questionários utilizados em estudos com objetivos semelhantes no país e no exterior, pesquisados através de consultas a referências bibliográficas e a diversos pesquisadores (Faerstein et al, 1999). O questionário foi composto por seis blocos e 149 perguntas, visando avaliar aspectos de morbidade física e mental, hábitos relacionados à saúde e utilização de serviços de saúde. Além das perguntas a respeito de apoio e rede social, as mulheres forneceram informações em relação à vida reprodutiva e condições de saúde específicas, como a realização de AEM, que será investigada nessa tese. As medidas objetivas de peso e altura também foram tiradas de todos os funcionários.

### **3.3 - Elaboração do questionário relativo a apoio social e rede social.**

A equipe de pesquisadores principais iniciou o estudo sobre apoio e rede social através de revisão bibliográfica sobre o tema. Foram encontrados diferentes conceitos, dimensões e instrumentos de medida, utilizados em outros países (Chor et al, 2001).

Instrumentos brasileiros de medida quantitativa de apoio e rede social são escassos e, em geral, foram direcionados a populações específicas, como por exemplo, gestantes e puérperas (Langer et al, 1996). Artigos e teses encontrados sobre o assunto utilizam frequentemente entrevistas semi-estruturadas ou outras técnicas qualitativas (Lovisi & Morgado, 1996, Biffi 1997, Rodrigues et al, 1998).

De posse do que foi possível apurar por meio da revisão bibliográfica, foi necessário explorar conceitos e funções da rede social antes da escolha das perguntas. Com essa finalidade, aplicou-se técnica qualitativa de discussão em grupo, na qual utilizamos alguns procedimentos adotados em grupos focais e outros adotados em grupos naturais, de acordo com Coreil (1995).

Realizaram-se duas sessões de discussão em grupo, com funcionários técnico-administrativos da Fundação Oswaldo Cruz – por apresentarem perfil semelhante ao da população de estudo. Os grupos foram constituídos, respectivamente, por doze mulheres e doze homens, respeitando-se as recomendações relativas à homogeneidade entre os participantes quanto à idade e ao grupo social (Hauser et al, 1997).

Após a realização de cada grupo, em que participaram um coordenador e um redator, as anotações e a transcrição das fitas gravadas foram analisadas por dois pesquisadores. De posse de todo o material escrito, coletado e analisado, a primeira versão do questionário relativo à rede e apoio social foi proposta, no formato de perguntas fechadas.

Foram realizadas cinco fases de pré-testes do questionário com funcionários da Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. A análise das respostas e a continuação da revisão da literatura sobre o assunto ocasionaram pequenas mudanças nos itens relativos à rede social, no sentido de facilitar sua compreensão. Além disso, decidiu-se pela substituição das questões que vinham sendo utilizadas para medida de apoio social. Optou-se por utilizar as questões aplicadas no *Medical Outcomes Study* (MOS) (Sherbourne &

Stewart, 1991) e que também são aplicadas, atualmente, no *National Population Health Study* (NPHS), estudo anual sobre as condições de saúde da população canadense (Gary Catlin, comunicação pessoal, 1999). Tal decisão foi motivada pela utilização do mesmo conceito de apoio social, adotado pelos investigadores do MOS e pelos coordenadores do Estudo Pró-Saúde, que enfatizam a percepção dos indivíduos sobre a disponibilidade, daqueles que compõem sua rede social, em suprir funções como de apoio emocional e apoio material, por exemplo. De acordo com o formato original do questionário utilizado no MOS, os itens relativos a apoio social foram agrupados em cinco dimensões (material/afetivo/emocional/informativo e interação positiva). Essa escolha também foi motivada pelos bons resultados da consistência interna (coeficientes Alpha de Cronbach acima de 0,91), estabilidade e validade de constructo do instrumento (Sherbourne & Stewart 1991). Após a escolha, o questionário utilizado no MOS foi submetido ao processo de tradução e versão.

### **3.4 - Tradução e Versão do Instrumento: buscando a equivalência.**

Com o objetivo de alcançar a maior equivalência possível entre instrumentos aplicados em idiomas diferentes (o original em inglês e sua tradução para o português), realizou-se um processo de tradução e versão (*translation and backtranslation*) (Herdman et al, 1997). Este processo consistiu na tradução do inglês para o português por um tradutor profissional; e da versão em português, outra vez para o inglês, por outro tradutor. A última versão, em inglês, foi comparada ao original por cinco epidemiologistas com pleno domínio sobre os dois idiomas (painel de *experts*), que consideraram equivalentes às duas formas em inglês. Assim, a versão final desse bloco, em português, foi avaliada nas duas últimas etapas de pré-testes e também no estudo piloto.

O estudo piloto foi realizado em junho de 1999, com 192 funcionários administrativos contratados pela universidade, mas não efetivos, por apresentarem perfil social e funcional semelhante ao perfil da população de estudo. Realizou-se a repetição, quinze dias após a primeira aplicação, com a mesma população, constituindo a coleta de dados para investigações de confiabilidade do tipo teste-reteste. Assim, realizamos a confiabilidade da frequência de Auto-exame das mamas.

### 3.5 - A Coleta de Dados

O trabalho de campo foi executado por 47 aplicadores, 3 alunos de graduação, 4 de pós-graduação, cinco supervisores e um coordenador de operações. Cada supervisor, junto com uma equipe de, em média, 10 aplicadores e 1 ou 2 alunos, formaram uma unidade de gerência, denominada “Núcleo”, num dos quais a autora desta tese tomou parte. Cada núcleo foi responsável pela aplicação e controle de questionários de um determinado conjunto de setores da universidade.

Foram realizadas visitas, para estabelecer contatos iniciais com os funcionários, localizá-los, fazer uma breve exposição dos objetivos do estudo e marcar dia e horário mais conveniente para aplicação do questionário. Fazia parte da nossa tarefa, também, sempre que possível, identificar e reservar salas ou auditórios para o preenchimento dos questionários e tomada das medidas de peso e altura. Todos os funcionários agendados receberam um *folder* de apresentação do Estudo Pró-Saúde, com a anotação do dia, horário e local onde deveria responder ao questionário. Nas duas primeiras semanas, participamos diretamente, da aplicação dos questionários. A supervisão se deu durante todo o processo de realização do estudo, através do monitoramento do desenvolvimento dos trabalhos e da garantia da qualidade das informações. No “Núcleo” foi possível controlar a pontualidade dos aplicadores, a distribuição do material necessário à aplicação do questionário e o recebimento dos questionários. Realizamos, junto à supervisão, a revisão dos questionários, verificando se constavam informações que deveriam ser preenchidas pelos aplicadores, como o código do aplicador, as medidas de peso e altura dos funcionários, o horário de início e término de preenchimento do questionário. Sempre que possível, as informações que faltavam foram recuperadas. No início dos trabalhos, a revisão do questionário incluiu ainda uma avaliação da frequência de perguntas em branco, o que possibilitou orientar os aplicadores para que reforçassem as recomendações para o preenchimento integral do questionário. Contatos regulares entre supervisores e aplicadores, individualizados ou em grupos, foram realizados freqüentemente nos “Núcleos”. O objetivo principal desses encontros, eram as providências quanto a remanejamentos necessários, setores problemáticos e situações não previstas apresentadas pelos aplicadores (Pró-Saúde, 2000).

### 3.6 - Definição de variáveis

#### 3.6.1 - Auto-exame das mamas (variável dependente):

A variável AEM foi investigada através da pergunta “Com que frequência você mesma examina suas mamas (palpação), com o objetivo de descobrir caroços ou qualquer anormalidade? ”. As categorias de resposta foram cinco, variando de nunca até todo mês (vide anexo 7).

Com o objetivo de facilitar a análise e interpretação dos resultados, a frequência de realização do AEM foi classificada em duas categorias: “**sempre/quase sempre**” composta por “todo mês” e “quase todo mês” e “**nunca/quase nunca**” composta por “às vezes”, “raramente” e “nunca”.

#### 3.6.2 - Dimensões de Apoio Social (variáveis independentes):

O apoio social foi avaliado através de cinco dimensões: material, afetiva, emocional, de informação e interação positiva, compostas por diferentes números de perguntas. No caso do apoio material, foram incluídas quatro perguntas; 3 perguntas avaliaram apoio afetivo; 4 perguntas avaliaram apoio emocional, 4 para o apoio informativo e interação social positiva foi avaliada por 4 perguntas (vide perguntas no anexo 1).

As perguntas referentes a cada dimensão de apoio social foram agrupadas em cinco escores independentes. Esses índices foram padronizados para que variassem entre 20 e 100, independentemente do número de perguntas que compunham cada dimensão. Tal padronização foi realizada através da razão entre a soma de pontos obtidos no conjunto das perguntas de cada dimensão e o valor máximo de pontos possíveis de serem obtidos, de acordo com o número de perguntas de cada dimensão. O resultado dessa razão foi multiplicado por 100.

$$\text{Índice padronizado de cada dimensão de AS} = \frac{\text{Soma dos pontos obtidos nas perguntas}}{\text{Máximo de pontos que poderiam ser obtidos de acordo com o número de perguntas de cada dimensão}} \times 100$$

Por exemplo, se um funcionário respondeu “sempre”, “quase sempre” e “nunca” às três perguntas relativas ao apoio afetivo, obteve um total de 10 pontos (5+4+1). Esse total foi dividido por 15 pontos, que representa o máximo que esse funcionário poderia atingir caso respondesse “sempre” nas três perguntas (5+5+5). O resultado obtido foi multiplicado por 100.

Para a estimativa do escore, foram incluídas somente as funcionárias que responderam a todas as perguntas que compunham cada dimensão já que de acordo com o questionário utilizado, a resposta do conjunto de itens que compõem cada dimensão é necessária para captar o conceito de apoio social. De acordo com esse critério, o número total de respondentes de cada dimensão variou. O total de funcionárias que responderam à todas as perguntas de apoio material foi de 2205; de apoio afetivo foi de 2201; de apoio emocional foi de 2201; de apoio de informação foi de 2203; e finalmente interação positiva foi de 2205.

É importante observar, que para interpretar o resultado dos escores, quanto maior o total alcançado, maior o nível de apoio social. Assim, o 1º tercil ficou constituído pelos escores mais baixos, o 2º tercil, pelos níveis intermediários, e o 3º, é o tercil composto pelos escores mais altos.

### **3.6.3 - Variáveis Sócio-Demográficas ( co-variáveis) (vide perguntas em anexo) são:**

**Idade** - Na análise, foram obtidas medidas de tendência central, e criadas quatro categorias: 22 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44 anos e 45 anos e mais.

**Escolaridade** - Categorias: 1º grau incompleto, 1º grau completo/2º grau incompleto, 2º grau completo/ universitário incompleto, universitário completo/Pós-graduação.

**Situação Conjugal** - Categorias: casado/união, separado/divorciado, viúvo e solteiro.

**Cor/Etnia** - Categorias: preta, parda, branca e outras (amarela e indígena), segundo a classificação utilizada pelo IBGE.

**Religião** - Categorias: católico, evangélico, espírita, sincretista, outras e não tem religião. Sincretista foi definido como aquele que assinalou mais de uma opção de religião.

**Renda familiar per capita em salários mínimos** - O cálculo da renda foi realizado da seguinte maneira: renda média / número de pessoas que dependem dessa renda, obtendo-se a renda per capita. Em seguida, dividimos pelo valor do salário mínimo vigente na época da pesquisa, sendo criadas as seguintes categorias: < 4 salários mínimos; > = 4 a < 8 salários mínimos e > = 8 salários mínimos.

**Local de trabalho** - Campi – Campi da Universidade e HUPE – Hospital Universitário Pedro Ernesto.

### 3.7 - Análise dos dados

A avaliação da confiabilidade foi realizada através da estatística kappa ponderado ( $k_w$ ). No caso do  $k_w$ , pesos diferentes são atribuídos a níveis distintos de categorias não concordantes, assumindo-se que representam algum tipo de concordância parcial. Como sistema de ponderação, foram utilizados “erros quadráticos”, por emitirem interpretação semelhante ao coeficiente de correlação intraclasse (Fleiss, 1981).

Para interpretar os valores da estatística kappa, utilizamos as faixas sugeridas por Landis & Koch (1977): confiabilidade quase perfeita (0,81 a 1,00), substancial (0,61 a 0,80), moderada (0,41 a 0,60), razoável (0,21 a 0,40), ruim (0 a 0,20) e muito ruim (<0).

Realizou-se análise univariada dos dados descrevendo-se a distribuição da variável resposta (AEM) e das variáveis independentes (dimensões de apoio social e sócio-demográficas).

Efetou-se a análise dos índices de apoio social por meio de medidas de tendência central, como no caso de variáveis contínuas. Essas foram também categorizadas em tercis .

A análise bivariada foi efetuada estudando-se a associação entre AEM (variável dicotômica - desfecho) e cada dimensão de apoio social (exposição). Além disso, a associação entre o AEM e as co-variáveis (idade, escolaridade, situação conjugal, cor/etnia, religião, renda familiar per capita e local de trabalho), foram também investigadas para avaliação de confundimento. Análise semelhante foi aplicada à relação entre as dimensões de apoio social e as co-variáveis. Estimaram-se razões de

chance com intervalo de confiança com nível de significância estatística (alfa) de 5%. Diferenças entre proporções foram testadas por meio do teste Qui-quadrado de *Pearson* (com nível de significância de 5%). Utilizando-se o teste Qui-quadrado de tendência linear para avaliação da significância estatística dessa tendência.

Com o objetivo de explorar a magnitude da associação entre AEM e cada uma das cinco dimensões de apoio social, ajustada pelas co-variáveis, cinco modelos de regressão logística foram elaborados. A variável dependente foi o AEM (sempre/quase sempre vs. nunca/quase nunca) e a variável de exposição foi representada por cada dimensão de apoio social, ajustada pelas co-variáveis. As co-variáveis incluídas na análise multivariada foram escolhidas segundo um dos seguintes critérios: 1 – apresentar-se associada à exposição e ao desfecho; 2 – apresentar associação estatisticamente significativa com a exposição ou com o desfecho e apresentar associação com nível de significância estatística limítrofe ( $0,05 < p \leq 0,10$ ) com uma dessas duas variáveis; 3 – apresentar associação estatisticamente significativa apenas com a exposição ou apenas com o desfecho, mas ser uma variável que “confunde” relações, freqüentemente, na literatura epidemiológica. Essas só foram mantidas no modelo caso alterassem o valor do *odds ratio* em, mais de 10% (Greenland, 1987).

Após verificar isoladamente o papel de cada variável potencial de confusão, construíram-se outros cinco modelos, ajustados por todas as variáveis nos quais, para cada dimensão de apoio social, inclui-se todas as variáveis sócio-demográficas simultaneamente.

# **CAPÍTULO 4**

---

## **Resultados**

## 4.1 - Características Sócio-Demográficas

Dentre o total de funcionários elegíveis (N=4448), 91% (n=4030) responderam ao questionário. A adesão das mulheres ao estudo foi de 91% (n=2240), proporção semelhante àquela encontrada no conjunto dos funcionários.

A idade das funcionárias variou entre 22 e 67 anos, com média de 41 anos de idade (tabela 1). Quanto à escolaridade, quase a metade das funcionárias apresentava nível universitário (46%). Verificou-se também que as funcionárias, em sua maioria, eram casadas ou viviam em união (54%), cerca de 52% definiu sua cor como branca e 48% eram católicas.

Cerca de um terço das funcionárias apresentava renda per capita abaixo de quatro salários mínimos, enquanto 39% situavam-se entre quatro e sete salários. Na faixa de renda mais alta, foram incluídas 25% das funcionárias.

**Tabela 1 - Características sócio-demográficas**

	N	%
<b>Idade/Anos</b>		
22-34	573	25,6
35-39	498	22,2
40-44	502	22,4
45 e +	667	29,8
<b>Escolaridade</b>		
1º grau incompleto	126	5,7
1º grau completo	318	14,4
2º grau completo	742	33,7
Universitário completo	1016	46,1
<b>Situação Conjugal</b>		
Casado/União	1158	53,8
Separado/divorciado	428	19,9
Viúvo	99	4,6
Solteiro	468	21,7
<b>Cor/Etnia</b>		
Branca	1149	51,8
Parda	606	27,3
Preta	407	18,3
Outros (amarela e indígena)	56	2,5
<b>Religião atual</b>		
Católico	1057	47,7
Evangélico	338	15,2
Espírita	431	19,4
Sincretista*	50	2,3
Outras	145	6,5
Não tem religião	197	8,9
<b>Renda Per Capita (em salários mínimos)</b>		
< 4 sal. min.	770	36,5
4 a 7 sal. min.	816	38,6
≥ 8 sal. min.	526	24,9
<b>Local de Trabalho</b>		
Campus da UERJ (CAMPI)	909	41,0
Hosp.Univ. Pedro Ernesto (HUPE)	1307	59,0

Obs: As variáveis apresentam totais diferentes de acordo com o número de respondentes.

\*Inclui todas as funcionárias que marcaram mais de uma opção de religião. n total = 2240

## 4.2 - Auto-Exame das Mamas

A maior parcela das funcionárias (44%) informou realizar o auto-exame das mamas (AEM) “todo mês” ou “quase todo mês”; 32% “às vezes” e 24% informaram praticá-lo “raramente” ou “nunca” (tabela 2).

**Tabela 2 - Frequência de Auto-exame das Mamas.**

Auto-exame das mamas	N	%
Nunca	167	7,5
Raramente	365	16,3
Às vezes	709	31,7
Quase todo mês	389	17,4
Todo mês	586	26,2
Sem informação	24	1,1
<b>Total</b>	<b>2240</b>	<b>100</b>

### 4.2.1 - Confiabilidade teste–reteste da frequência de Auto-Exame das Mamas

Com a realização do estudo de confiabilidade teste-reteste, que incluiu 100 funcionárias foi possível estimar que a confiabilidade da pergunta sobre a frequência de AEM, foi de 0,82 (coeficiente kappa ponderado), com intervalo de 95% de confiança (IC 95%) entre 0,74-0,89 (tabela 3).

**Tabela 3 - Confiabilidade teste e reteste da informação sobre a frequência de AEM.**

Teste	Reteste				Total
	Nunca/Raramente	Às vezes	Quase todo mês	Todo mês	
Nunca/raramente	3 (50,0%)	3 (50,0%)	-	-	6 (6,1%)
Às vezes	2 (12,5%)	13 (81,3%)	1 (6,3%)	-	16 (16,2%)
Quase todo mês	1 (2,8%)	6 (16,7%)	24 (66,7%)	5 (13,9%)	36 (36,4%)
Todo mês	-	-	9 (22,0%)	32 (78,0%)	41 (41,3%)
<b>Total</b>	<b>6 (6,1%)</b>	<b>22 (22,2%)</b>	<b>34 (34,3%)</b>	<b>37 (37,4%)</b>	<b>99 (100%)</b>

A confiabilidade manteve-se alta e não variou, de maneira importante, nos estratos de idade e escolaridade (tabela 4). O coeficiente kappa ponderado foi 0,84 (IC 95%: 0,75-0,92) para as mais jovens e 0,80 (IC 95%: 0,68-0,92) para as funcionárias com 40 anos de idade ou mais. A concordância entre aquelas com nível de escolaridade até o 2º grau foi de 0,80 (IC 95%: 0,67-0,94) e as de nível superior foi de 0,82 (IC 95%: 0,73-0,90).

**Tabela 4 - Confiabilidade teste e reteste da informação sobre a frequência de AEM, segundo idade e escolaridade.**

Idade (anos)	Teste	Reteste				Total
		Nunca/Raramente	Às vezes	Quase todo mês	Todo mês	
18-39	Nunca/raramente	1 (50,0%)	1 (50,0%)	-	-	2 (3,8%)
	Às vezes	2 (18,2%)	8 (72,7%)	1 (9,1%)	-	11 (21,2%)
	Quase todo mês	-	2 (10,5%)	15 (78,9%)	2 (10,5%)	19 (36,5%)
	Todo mês	-	-	5 (25,0%)	15 (75,0%)	20 (38,5%)
≥ 40	Nunca/raramente	2 (50,0%)	2 (50,0%)	-	-	4 (8,5%)
	Às vezes	-	5 (100%)	-	-	5 (10,6%)
	Quase todo mês	1 (5,9%)	4 (23,5%)	9 (52,9%)	3 (17,6%)	17 (36,2%)
	Todo mês	-	-	4 (19,0%)	17 (81,0%)	21 (44,7%)
Escolaridade	Teste	Reteste				Total
		Nunca/Raramente	Às vezes	Quase todo mês	Todo mês	
Até 2º grau Completo	Nunca/raramente	2 (66,7%)	1 (33,3%)	-	-	3 (6,1%)
	Às vezes	-	7 (87,5%)	1 (12,5%)	-	8 (16,3%)
	Quase todo mês	1 (5,9%)	4 (23,5%)	9 (52,9%)	3 (17,6%)	17 (34,7%)
	Todo mês	-	-	4 (19,0%)	17 (81,0%)	21 (42,8%)
Universitário Completo	Nunca/raramente	1 (33,3%)	2 (66,7%)	-	-	3 (6,4%)
	Às vezes	2 (28,6%)	5 (71,4%)	-	-	7 (14,9%)
	Quase todo mês	-	2 (11,1%)	14 (77,8%)	2 (11,1%)	18 (38,3%)
	Todo mês	-	-	5 (26,3%)	14 (73,7%)	19 (40,4%)

### 4.3 - Apoio Social

As medidas de tendência central relativas aos escores das cinco dimensões de apoio social foram bastante semelhantes, com exceção do apoio afetivo (tabela 5). A média dos escores situou-se em torno de 80 pontos, e a mediana, em torno de 85 pontos. Quanto ao apoio afetivo, a média foi próxima a 86 pontos, e a mediana a 93 pontos. Devido às distribuições assimétricas dos escores (tendência aos valores mais altos) os valores de demarcação dos tercís foram aproximados (vide anexos 2 a 6).

**Tabela 5 - Medidas de tendência central e dispersão dos escores das dimensões de apoio social.**

Dimensões de Apoio Social	Nº de ítems	Média	Desvio Padrão	Mediana	Tercís
Material	4	79,51	21,45	85,00	20 a ≤ 70; ≥ 75 a ≤ 95; 100*
Afetivo	3	86,15	17,99	93,33	20 a ≤ 80; ≥ 87 a ≤ 93; 100*
Emocional	4	79,04	20,61	85,00	20 a ≤ 70; ≥ 75 a ≤ 90; ≥ 95
Informação	4	79,24	20,27	85,00	20 a ≤ 70; ≥ 75 a ≤ 90; ≥ 95
Interação Positiva	4	79,08	20,18	80,00	20 a ≤ 70; ≥ 75 a ≤ 90; ≥ 95

Obs: Os escores das cinco dimensões variaram entre 20 e 100 pontos.  
Quanto maior o escore, maior o nível de apoio social (vide metodologia, página 23).  
\*não houve nenhum escore com valor entre 96 e 99 (material) ou entre 94 e 99 (afetivo).

## 4.4 - Análise Bivariada

### 4.4.1 - Apoio Social e Auto-Exame das Mamas

A prática de AEM foi analisada de forma dicotomizada: pratica todo mês ou quase todo mês (“sempre/quase sempre”) vs. pratica às vezes, raramente ou nunca (“nunca/quase nunca”). A prática mais freqüente de AEM apresentou associação positiva com os escores das cinco dimensões de apoio social (tabela 6). Cabe notar a presença de gradiente dose-resposta linear nas medidas de associação (*odds ratio* - OR) das cinco dimensões. No caso do apoio material, por exemplo, as funcionárias cujos escores situaram-se em nível intermediário (2º tercil) apresentaram chance 42% maior de praticar mais freqüentemente AEM do que aquelas que apresentaram os menores escores (1º tercil). Tendo como referência esse mesmo grupo (1º tercil), as funcionárias com maiores escores de apoio material tiveram chance 2 vezes maior de praticar AEM. Em todas as dimensões, observou-se significância estatística nos testes de tendência linear.

**Tabela 6 - Associação entre índice de apoio social e prática de auto-exame das mamas.**

Escore de apoio social	Nunca/quase nunca		Sempre/quase sempre		OR	IC 95%	p*
	N	%	N	%			
<b>Tercis de Apoio Material</b>							
20 a ≤ 70	455	37,2	257	26,7	1,00	-	<0,001
≥ 75 a ≤ 95	461	37,7	362	37,7	1,42	1,16-1,75	
100	307	25,1	342	35,6	1,99	1,60-2,47	
<b>Tercis de Apoio Afetivo</b>							
20 a ≤ 80	453	37,1	261	27,2	1,00	-	<0,001
≥ 87 a ≤ 93	271	22,2	180	18,8	1,16	0,91-1,47	
100	497	40,7	518	54,0	1,81	1,49-2,20	
<b>Tercis de Apoio Emocional</b>							
20 a ≤ 70	466	38,2	250	26,1	1,00	-	<0,001
≥ 75 a ≤ 90	372	30,5	305	31,8	1,53	1,24-1,90	
≥ 95	383	31,4	404	42,1	1,96	1,59-2,40	
<b>Tercis de Apoio de Informação</b>							
20 a ≤ 70	471	38,6	252	26,2	1,00	-	<0,001
≥ 75 a ≤ 90	363	29,8	302	31,4	1,56	1,26-1,93	
≥ 95	386	31,6	408	42,4	1,96	1,60-2,41	
<b>Tercis de Interação Positiva</b>							
20 a ≤ 70	483	39,5	260	27,0	1,00	-	<0,001
≥ 75 a ≤ 90	352	28,8	301	31,3	1,57	1,27-1,94	
≥ 95	387	31,7	401	41,7	1,92	1,57-2,36	

Teste  $\chi^2$  de tendência linear.

n total de apoio material = 2205

n total de apoio afetivo = 2201

n total de apoio emocional = 2201

n total de apoio de informação = 2203

n total de interação positiva = 2205 (vide metodologia, pág.23)

#### 4.4.2 - Características Sócio-Demográficas e Auto-Exame das Mamas

Para a compreensão mais aprofundada das relações entre a prática de AEM (desfecho) e as dimensões de apoio social (exposição em estudo), as associações com variáveis potencialmente de confusão foram investigadas (tabelas 7 a 12).

De acordo com essa análise, idade, religião atual e local de trabalhos (Hospital Universitário vs. Outros locais (Campi)) apresentaram-se associados à prática de AEM (tabela 7). Além dessas três variáveis, cor/etnia apresentou nível de significância estatística entre ( $0,05 < p \leq 0,10$ ). Assim, consideramos esse nível limítrofe, não sendo possível excluir a existência de associação entre essa característica e a prática de AEM.

**Tabela 7 - Associação entre características sócio-demográficas e prática de auto-exame das mamas.**

Variáveis Sócio-Demográficas	Nunca/quase nunca		Sempre/quase sempre		OR	IC	p*
	N	%	N	%			
<b>Faixa etária</b>							
22 a 34	346	27,9	227	23,3	1,00	-	0,028
35 a 39	261	21,0	231	23,7	1,35	1,06-1,72	
40 a 44	259	20,9	235	24,1	1,38	1,08-1,76	
45 e +	375	30,2	282	28,9	1,15	0,91-1,44	
<b>Escolaridade</b>							
1º grau incompleto	65	5,3	56	5,8	1,00	-	0,877
1º grau completo	181	14,9	133	13,8	0,85	0,56-1,30	
2º grau completo	410	33,7	324	33,6	0,92	0,62-1,35	
Universitário completo	561	46,1	450	46,7	0,93	0,64-1,36	
<b>Situação Conjugal</b>							
Casado/União	646	54,1	506	53,9	1,00	-	0,743
Separado/divorciado	237	19,8	185	19,7	1,00	0,80-1,25	
Viúvo	60	5,0	39	4,2	0,83	0,54-1,26	
Solteiro	251	21,0	209	22,3	1,06	0,86-1,32	
<b>Cor/Etnia</b>							
Branca	652	53,1	489	50,6	1,00	-	0,096
Parda	346	28,2	254	26,3	0,98	0,80-1,20	
Preta	203	16,5	196	20,3	1,29	1,02-1,62	
Outras (amarela ou indígena)	28	2,3	28	2,9	1,33	0,78-2,28	
<b>Religião atual</b>							
Não tem religião	67	6,9	129	10,5	1,00	-	0,020
Católico	472	48,7	578	47,1	1,57	1,14-2,16	
Evangélico	138	14,2	194	15,8	1,37	0,95-1,98	
Espírita	205	21,2	220	17,9	1,79	1,26-2,55	
Sincretista	19	2,0	31	2,5	1,18	0,62-2,24	
Outras	68	7,0	75	6,1	1,74	1,12-2,71	
<b>Renda (em salários mínimos)</b>							
< 4 sal. min.	440	37,7	321	34,6	1,00	-	0,125
4 a 7 sal. min.	446	38,2	365	39,3	1,12	0,92-1,37	
≥ 8 sal. min.	281	24,1	243	26,2	1,18	0,95-1,48	
<b>Local de Trabalho</b>							
Campus da UERJ (CAMPI)	549	44,2	360	36,9	1,00	-	0,001
Hosp.Univ. Pedro Ernesto (HUPE)	692	55,8	615	63,1	1,36	1,14-1,61	

Obs: As variáveis apresentam totais diferentes de acordo com o número de respondentes.

n total = 2240

\* teste  $\chi^2$  Pearson.

#### 4.4.3 - Características Sócio-Demográficas e Dimensões de Apoio Social

Os resultados relativos à associação entre as dimensões de apoio social e as possíveis variáveis de confusão são apresentados nas tabelas a seguir (tabelas 8 a 12). A associação entre idade, escolaridade, situação conjugal, cor/etnia, renda per capita e local de trabalho foi estaticamente significativa com cada dimensão de apoio social.

Em função dos resultados da análise bivariada, as seguintes variáveis foram incluídas nos modelos multivariados, por apresentarem associação com o desfecho e a exposição em estudo: idade, cor/etnia e local de trabalho (tabela 13). Embora “escolaridade” tenha apresentado associação estatisticamente significativa apenas com a exposição, foi incluída na análise multivariada por sua comprovada importância, como potencial confundimento, em grande parte da literatura epidemiológica. Além disso, religião também foi incluída por apresentar associação com o desfecho e com três das cinco dimensões de apoio social.

**Tabela 8 - Associação entre características sócio-demográficas e apoio material.**

Variáveis Sócio-Demográficas	Apoio Material				p*		
	20 a ≤ 70	≥75 a ≤ 95	100				
<b>Faixa etária</b>							
22 a 34	141	19,4	244	29,5	183	28,1	<0,001
35 a 39	146	20,1	212	25,6	136	20,9	
40 a 44	167	23,0	175	21,2	150	23,0	
45 e +	273	37,6	196	23,7	182	28,0	
<b>Escolaridade</b>							
1º grau incompleto	67	9,4	27	3,3	28	4,4	<0,001
1º grau completo	142	19,8	90	11,1	78	12,1	
2º grau completo	258	36,0	272	33,4	200	31,2	
Universitário completo	249	34,8	425	52,2	336	52,3	
<b>Situação Conjugal</b>							
Casado/União	341	49,4	454	56,9	352	55,4	<0,001
Separado/divorciado	190	27,5	131	16,4	97	15,3	
Viúvo	46	6,7	28	3,5	23	3,6	
Solteiro	113	16,4	185	23,2	163	25,7	
<b>Cor/ Etnia</b>							
Branca	339	47,0	447	54,4	352	54,7	0,007
Parda	205	28,4	232	28,3	162	25,2	
Preta	156	21,6	123	15,0	116	18,0	
Outras (amarela ou indígena)	22	3,0	19	2,3	14	2,2	
<b>Religião atual</b>							
Católico	341	47,4	382	46,6	318	49,1	0,001
Evangélico	136	18,9	96	11,7	96	14,8	
Espírita	113	15,7	185	22,6	131	20,2	
Sincretista	16	2,2	20	2,4	13	2,0	
Outras	56	7,8	50	6,1	37	5,7	
Não tem religião	57	7,9	86	10,5	52	8,0	
<b>Renda per capita (salários mínimos)</b>							
< 4 sal. min.	300	44,6	260	33,1	196	31,3	<0,001
4 a 7 sal. min.	238	35,4	322	41,0	249	39,7	
≥ 8 sal. min.	135	20,1	204	26,0	182	29,0	
<b>Local de Trabalho</b>							
Campus da UERJ (CAMPI)	251	34,5	363	43,9	290	44,5	<0,001
Hosp.Univ. Pedro Ernesto (HUPE)	476	65,5	464	56,1	361	55,5	

Obs: As variáveis apresentam totais diferentes de acordo com o número de respondentes.

n total de apoio material = 2205

\* teste  $\chi^2$  Pearson.

**Tabela 9 - Associação entre características sócio-demográficas e apoio afetivo.**

Variáveis Sócio-Demográficas	Apoio Afetivo						p*
	20 a ≤ 80		≥87 a ≤ 93		100		
<b>Faixa etária</b>							
22 a 34	166	22,9	136	29,8	264	25,9	0,005
35 a 39	149	20,6	102	22,4	242	23,7	
40 a 44	161	22,2	90	19,7	243	23,8	
45 e +	249	34,3	128	28,1	271	26,6	
<b>Escolaridade</b>							
1º grau incompleto	50	7,0	28	6,2	43	4,3	<0,001
1º grau completo	128	17,9	60	13,4	120	12,0	
2º grau completo	256	35,9	150	33,4	321	32,0	
Universitário completo	280	39,2	211	47,0	519	51,7	
<b>Situação Conjugal</b>							
Casado/União	273	39,3	233	53,8	639	64,4	<0,001
Separado/divorciado	204	29,4	75	17,3	138	13,9	
Viúvo	44	6,3	16	3,7	36	3,6	
Solteiro	173	24,9	109	25,2	180	18,1	
<b>Cor/Etnia</b>							
Branca	333	46,4	229	50,6	575	56,8	0,004
Parda	219	30,5	132	29,1	246	24,3	
Preta	146	20,4	82	18,1	167	16,5	
Outras (amarela ou indígena)	19	2,6	10	2,2	25	2,5	
<b>Religião atual</b>							
Católico	324	45,1	221	49,0	492	48,7	0,317
Evangélico	126	17,5	67	14,9	139	13,7	
Espírita	130	18,1	94	20,8	203	20,1	
Sincretista	17	2,4	9	2,0	24	2,4	
Outras	46	6,4	23	5,1	70	6,9	
Não tem religião	76	10,6	37	8,2	83	8,2	
<b>Renda per capita(salários mínimos)</b>							
< 4 sal. min.	303	44,8	165	38,3	283	29,0	<0,001
4 a 7 sal. min.	240	35,5	168	39,0	401	41,0	
≥8 sal. min.	133	19,7	98	22,7	293	30,0	
<b>Local de Trabalho</b>							
Campus da UERJ (CAMPI)	263	36,3	189	41,4	449	44,0	0,005
Hosp.Univ. Pedro Ernesto (HUPE)	462	63,7	267	58,6	571	56,0	

Obs: As variáveis apresentam totais diferentes de acordo com o número de respondentes.

n total de apoio afetivo = 2201

\* teste  $\chi^2$  Pearson.

**Tabela 10** - Associação entre características sócio-demográficas e apoio emocional.

Variáveis Sócio-Demográficas	Apoio Emocional						p*
	20 a ≤ 70		≥75 a ≤ 90		≥ 95		
<b>Faixa etária</b>							
22 a 34	170	23,4	178	26,1	218	27,6	0,004
35 a 39	150	20,6	164	24,0	180	22,8	
40 a 44	154	21,2	146	21,4	193	24,4	
45 e +	254	34,9	194	28,4	200	25,3	
<b>Escolaridade</b>							
1º grau incompleto	56	7,9	28	4,1	38	4,9	<0,001
1º grau completo	138	19,4	87	12,9	83	10,6	
2º grau completo	261	36,6	228	33,7	242	31,0	
Universitário completo	258	36,2	333	49,3	417	53,5	
<b>Situação Conjugal</b>							
Casado/União	317	45,7	354	53,8	473	61,6	<0,001
Separado/divorciado	175	25,3	139	21,1	105	13,7	
Viúvo	44	6,3	20	3,0	32	4,2	
Solteiro	157	22,7	145	22,0	158	20,6	
<b>Cor/Etnia</b>							
Branca	312	43,2	372	55,2	449	57,1	<0,001
Parda	230	31,9	180	26,7	187	23,8	
Preta	158	21,9	109	16,2	131	16,7	
Outras (amarela ou indígena)	22	3,0	13	1,9	19	2,4	
<b>Religião atual</b>							
Católico	344	47,8	304	45,0	389	49,5	0,041
Evangélico	128	17,8	92	13,6	111	14,1	
Espírita	124	17,2	147	21,7	157	20,0	
Sincretista	14	1,9	12	1,8	22	2,8	
Outras	40	5,6	56	8,3	45	5,7	
Não tem religião	69	9,6	65	9,6	62	7,9	
<b>Renda (em salários mínimos)</b>							
< 4 sal. Min.	325	48,1	220	33,8	210	27,7	<0,001
4 a 7 sal. min.	234	34,7	263	40,5	311	41,0	
≥ 8 sal. min.	116	17,2	167	25,7	238	31,4	
<b>Local de Trabalho</b>							
Campus da UERJ (CAMPI)	260	35,7	279	40,9	364	46,0	<0,001
Hosp.Univ. Pedro Ernesto (HUPE)	468	64,3	403	59,1	427	54,0	

Obs: As variáveis apresentam totais diferentes de acordo com o número de respondentes.

n total de apoio emocional = 2201

\* teste  $\chi^2$  Pearson.

**Tabela 11 - Associação entre características sócio-demográficas e apoio de informação.**

Variáveis Sócio-Demográficas	Apoio de Informação						p*
	20 a ≤ 70		≥75 a ≤ 90		≥ 95		
<b>Faixa etária</b>							
22 a 34	171	23,2	179	26,8	218	27,3	0,001
35 a 39	154	20,9	156	23,4	183	22,9	
40 a 44	149	20,2	149	22,3	197	24,6	
45 e +	262	35,6	183	27,4	202	25,3	
<b>Escolaridade</b>							
1º grau incompleto	54	7,5	30	4,5	36	4,6	<0,001
1º grau completo	139	19,2	87	13,2	84	10,7	
2º grau completo	264	36,5	214	32,4	253	32,2	
Universitário completo	267	36,9	329	49,8	413	52,5	
<b>Situação Conjugal</b>							
Casado/União	330	47,1	352	54,3	462	59,8	<0,001
Separado/divorciado	175	25,0	133	20,5	112	14,5	
Viúvo	46	6,6	22	3,4	28	3,6	
Solteiro	150	21,4	141	21,8	171	22,1	
<b>Cor/Etnia</b>							
Branca	319	43,8	365	55,4	449	56,3	<0,001
Parda	227	31,2	177	26,9	195	24,4	
Preta	157	21,6	108	16,4	134	16,8	
Outras (amarela ou indígena)	25	3,4	9	1,4	20	2,5	
<b>Religião atual</b>							
Católico	352	48,4	304	45,9	381	48,1	0,281
Evangélico	121	16,6	101	15,3	108	13,6	
Espírita	129	17,7	130	19,6	170	21,5	
Sincretista	14	1,9	12	1,8	24	3,0	
Outras	45	6,2	51	7,7	44	5,6	
Não tem religião	67	9,2	64	9,7	65	8,2	
<b>Renda (em salários mínimos)</b>							
	324	47,6	213	33,4	219	28,5	<0,001
4 a 7 sal. min.	235	34,5	273	42,9	302	39,3	
≥ 8 sal. min.	122	17,9	151	23,7	247	32,2	
<b>Local de Trabalho</b>							
Campus da UERJ (CAMPI)	263	35,7	275	41,2	364	45,5	0,001
Hosp.Univ. Pedro Ernesto (HUPE)	473	64,3	392	58,8	436	54,5	

Obs: As variáveis apresentam totais diferentes de acordo com o número de respondentes.

n total de apoio de informação = 2203

\* teste  $\chi^2$  Pearson.

**Tabela 12 - Associação entre características sócio-demográficas e interação positiva.**

Variáveis Sócio-Demográficas	Interação Positiva						p*
	20 a ≤ 70		≥75 a ≤ 90		≥ 95		
<b>Faixa etária</b>							
22 a 34	176	23,3	171	26,0	222	28,0	0,002
35 a 39	153	20,3	154	23,4	187	23,6	
40 a 44	162	21,5	146	22,2	187	23,6	
45 e +	264	35,0	186	28,3	197	24,8	
<b>Escolaridade</b>							
1º grau incompleto	56	7,6	34	5,2	31	4,0	<0,001
1º grau completo	137	18,5	81	12,5	91	11,7	
2º grau completo	259	35,0	220	33,8	253	32,5	
Universitário completo	289	39,0	315	48,5	404	51,9	
<b>Situação Conjugal</b>							
Casado/União	305	42,4	330	52,6	511	65,9	<0,001
Separado/divorciado	196	27,2	127	20,3	98	12,6	
Viúvo	47	6,5	21	3,3	27	3,5	
Solteiro	172	23,9	149	23,8	140	18,0	
<b>Cor/Etnia</b>							
Branca	348	46,5	348	53,2	440	56,1	0,003
Parda	215	28,7	190	29,1	194	24,7	
Preta	161	21,5	104	15,9	133	16,9	
Outras (amarela ou indígena)	24	3,2	12	1,8	18	2,3	
<b>Religião atual</b>							
Católico	338	45,1	315	48,5	388	49,2	0,037
Evangélico	141	18,8	86	13,3	102	12,9	
Espírita	131	17,5	139	21,4	158	20,1	
Sincretista	14	1,9	13	2,0	23	2,9	
Outras	50	6,7	39	6,0	53	6,7	
Não tem religião	75	10,0	57	8,8	64	8,1	
<b>Renda (em salários mínimos)</b>							
< 4 sal. min.	325	46,1	217	34,6	213	28,2	<0,001
4 a 7 sal. min.	247	35,0	266	42,4	297	39,3	
≥ 8 sal. min.	133	18,9	145	23,1	245	32,5	
<b>Local de Trabalho</b>							
Campus da UERJ (CAMPI)	280	37,1	268	40,8	358	45,1	0,005
Hosp.Univ. Pedro Ernesto (HUPE)	475	62,9	389	59,2	435	54,9	

Obs: As variáveis apresentam totais diferentes de acordo com o número de respondentes.

n total de interação positiva = 2205

\* teste  $\chi^2$  Pearson.

## 4.5 - Análise Multivariada – Regressão Logística

Cinco modelos de regressão logística foram testados, um para cada dimensão de apoio social. Idade, escolaridade, cor/etnia, religião atual e local de trabalho foram incluídas nos modelos de acordo com o critério descrito anteriormente. Cada variável de confundimento em potencial foi incluída no modelo (uma a uma), tendo-se como critério para mantê-la ou retirá-la, a alteração da magnitude do OR bruto ( $\geq 0,10$ ).

Os resultados encontrados nas cinco dimensões foram consistentes: nenhuma variável de confundimento em potencial alterou o OR bruto em um valor  $\geq 0,10$ . Assim, nenhuma dessas co-variáveis foi mantida em qualquer dos cinco modelos.

Assim, a chance de praticar o AEM foi cerca de uma vez e meia maior no 2º tercil do que no 1º, e cerca de duas vezes maior no último tercil comparado ao 1º, confirmando a associação direta entre os escores das cinco dimensões de apoio social e a prevalência da prática de AEM.

**Tabela 13 - Regressão logística: associação entre auto-exame das mamas, dimensões de apoio e co-variáveis.**

	OR bruto	OR ajustado				
Apoio social/ Co-variáveis		Idade	Escolaridade	Cor/etnia	Religião atual	Local de trabalho
<b>Apoio material</b>						
20 a ≤ 70	1,00 –	1,00 –	1,00 –	1,00 –	1,00 –	1,00 –
≥75 a ≤ 95	1,42(1,16-1,75)	1,45(1,18-1,78)	1,42(1,15-1,75)	1,46(1,19-1,80)	1,45(1,18-1,79)	1,48(1,20-1,81)
100	1,99(1,60-2,47)	2,03(1,63-2,52)	1,99(1,60-2,48)	2,00(1,61-2,48)	2,02(1,62-2,51)	2,07(1,67-2,58)
<b>Apoio Afetivo</b>						
20 a ≤ 80	1,00 –	1,00 –	1,00 –	1,00 –	1,00 –	1,00 –
≥87 a ≤ 93	1,16(0,91-1,47)	1,17(0,92-1,49)	1,15(0,91-1,47)	1,15(0,90-1,46)	1,16(0,91-1,47)	1,18(0,93-1,50)
100	1,81(1,49-2,20)	1,81(1,49-2,20)	1,80(1,48-2,20)	1,82(1,50-2,22)	1,81(1,49-2,20)	1,87(1,54-2,27)
<b>Apoio Emocional</b>						
20 a ≤ 70	1,00 –	1,00 –	1,00 –	1,00 –	1,00 –	1,00 –
≥75 a ≤ 90	1,53(1,24-1,90)	1,53(1,24-1,90)	1,52(1,22-1,88)	1,56(1,26-1,94)	1,52(1,23-1,89)	1,57(1,26-1,94)
≥95	1,96(1,59-2,40)	1,96(1,59-2,41)	1,92(1,56-2,37)	2,00(1,62-2,47)	1,96(1,59-2,42)	2,04(1,66-2,51)
<b>Apoio de Informação</b>						
20 a ≤ 70	1,00 –	1,00 –	1,00 –	1,00 –	1,00 –	1,00 –
≥75 a ≤ 90	1,56(1,26-1,93)	1,56(1,26-1,94)	1,54(1,24-1,91)	1,59(1,28-1,97)	1,55(1,25-1,93)	1,60(1,29-1,98)
≥95	1,96(1,60-2,41)	1,97(1,60-2,42)	1,93(1,57-2,38)	2,00(1,62-2,46)	1,97(1,60-2,42)	2,04(1,66-2,52)
<b>Interação positiva</b>						
20 a ≤ 70	1,00 –	1,00 –	1,00 –	1,00 –	1,00 –	1,00 –
≥75 a ≤ 90	1,57(1,27-1,94)	1,57(1,27-1,95)	1,54(1,24-1,91)	1,61(1,30-2,00)	1,55(1,25-1,92)	1,60(1,29-1,98)
≥95	1,92(1,57-2,36)	1,93(1,57-2,37)	1,92(1,56-2,36)	1,96(1,60-2,41)	1,90(1,55-2,34)	1,99(1,62-2,44)

# **CAPÍTULO 5**

---

## **Discussão**

Esse estudo teve como objetivo investigar o efeito de diversas dimensões de apoio social na frequência relatada de prática de auto-exame das mamas, método de detecção precoce de câncer, entre as funcionárias técnico-administrativas de uma universidade.

A mortalidade por câncer de mama no Brasil vem assumindo importância crescente, principalmente nas regiões sul e sudeste, onde reside nossa população de estudo. Além disso, a incidência dessa neoplasia tende a aumentar em nosso meio, pela exposição crescente de grande parcela da população feminina a importantes fatores de risco para o câncer de mama - redução do número de filhos, gravidez tardia e uso de elevadas doses de estrogênio (Mendonça 1993, Hardy et al, 1993). Em função dessas circunstâncias, práticas de detecção precoce de câncer de mama tornam-se essenciais.

Apesar da controvérsia existente a respeito da efetividade da prática do AEM (vide pág. 9/10), normas do Ministério da Saúde preconizam que esse exame seja incentivado e que faça parte dos programas de detecção precoce do câncer de mama (Brasil, 2000). Além disso, essas normas também enfatizam a importância do AEM para detecção precoce do câncer entre as mulheres de alto risco e também entre as mais jovens (abaixo de 50 anos de idade), nas quais a magnitude da redução da mortalidade por câncer de mama, devido à realização da mamografia, tem se mostrado significativamente menor (Kerlikowske et al, 1995, Smart et al, 1995). Cabe lembrar que grande parcela das mulheres brasileiras não tem acesso ao exame clínico das mamas, e tampouco à mamografia, exame sofisticado e caro, restringindo as possibilidades de detecção precoce ao AEM.

A investigação da influência do apoio social sobre a prática do AEM insere-se no conjunto de estudos epidemiológicos que evidenciam a importância de fatores psicossociais na mortalidade (Dressler et al, 1997, Dalgard & Haheim, 1998), na ocorrência de doenças (Strogatz & James, 1986), e também nos comportamentos de risco (Westman et al, 1985, Fratiglione et al, 2000) e de cuidados com a saúde (Kang & Bloom 1993, Suarez et al, 1994). Dessa forma, pretende-se contribuir para a investigação epidemiológica, em curso, que enfatiza tais aspectos – por exemplo, rede e apoio social, coesão social, e percepção de controle sobre a vida – na determinação e distribuição das condições de saúde e bem-estar de grupos populacionais (Berkman & Glass, 2000).

Em nossa população de estudo, a frequência do AEM pode ser considerada alta – 43% das funcionárias relataram sua prática “todo mês” ou “quase todo mês” – em nível semelhante ao apresentado por grupos de mulheres de países desenvolvidos. Persson e colaboradores (1997) estimaram a prevalência da prática mensal do AEM em 48%, em uma amostra aleatória de 694 mulheres, residentes em uma cidade na Suécia. Nível semelhante foi relatado por Gray (1990) ao investigar 347 mulheres, residentes na área rural de Montana (Estados Unidos). A semelhança entre grupos de mulheres residentes em países desenvolvidos e nossa população de estudo pode ser explicada por duas características que parecem fundamentais para o acesso à informação sobre cuidados com a saúde: alta escolaridade (80% apresentava pelo menos o segundo grau completo) e grande parcela constituída por funcionárias da área de saúde (60% das mulheres trabalhavam no hospital universitário).

Quanto à exposição, a distribuição dos escores das cinco dimensões foi assimétrica, tendendo aos valores mais altos. Esses resultados são consistentes com os encontrados por Sherbourne & Stewart (1991) e Langer e colaboradores (1996).

Dentre as características sócio-demográficas, cabe comentar associações observadas entre a religião atual e a prática de AEM. Em relação à religião atual, observamos que declarar-se como espírita (OR = 1,79; IC 95%: 1,26–2,55), católica (OR = 1,57; IC 95%: 1,14 – 2,16) ou de outra religião (OR = 1,74; IC 95%: 1,12 – 2,71) aumentou substancialmente a chance de praticar AEM, comparando-se às funcionárias que declararam não ter religião à época da pesquisa. Embora sejam limitados à análise bivariada, esses resultados merecem ser melhor explorados com a finalidade de compreender melhor as diferenças entre os grupos que praticam e os que não praticam o AEM.

Além da influência da religião, cabe comentar também as relações encontradas entre cor/etnia, local de trabalho e prática de AEM. As funcionárias que se classificaram como “pretas”, apresentaram chance 29% maior de praticar AEM do que as brancas ( $p=0,096$ ). No entanto, essa relação pode ser melhor compreendida ao verificarmos que 77% das funcionárias pretas trabalhavam no hospital universitário, comparadas a apenas 48% dentre as funcionárias brancas. Assim, é possível que a maior prevalência de prática do AEM estimada entre as funcionárias pretas, possa ser atribuída a essas importantes diferenças de distribuição de cor/etnia entre a área de saúde e o restante de

universidade, já que as funcionárias do hospital apresentaram chance 36% maior de praticar AEM do que às funcionárias dos Campi.

Em nossa população de estudo, a prevalência da prática do AEM mostrou-se associada, de forma direta, com o nível de apoio social nas cinco dimensões avaliadas. Assim, nossos resultados confirmam aqueles encontrados em outras investigações, onde fatores psicossociais influenciam a prática de cuidados com a saúde (Kang & Bloom 1993, Suarez et al, 1994).

Aparentemente, apenas dois estudos epidemiológicos brasileiros utilizaram medidas de rede e/ou apoio social (Victora et al, 1994, Langer 1996). Especificamente, estudos nacionais que explorem a associação entre apoio social e a prática de auto-exame das mamas não foram identificados. Na literatura médica internacional indexada, essa relação também foi pouco investigada (Howe 1981, Lierman et al, 1994, Wagle et al, 1997), mas os estudos que encontramos apontam na mesma direção, o apoio social influenciando de forma positiva na prática do AEM e práticas de auto-cuidado. Também são poucos os estudos que descrevem características que discriminam grupos populacionais que praticam dos que não praticam, com regularidade, cuidados preventivos (Nascimento et al, 1996, Wei & Borum 2000).

Os resultados encontrados não parecem ser explicados por possíveis erros de mensuração. A confiabilidade da informação sobre AEM foi classificada como quase perfeita (kappa entre 0,81 e 1,00) para o conjunto das funcionárias e seus estratos segundo idade e escolaridade. No caso das dimensões de apoio social, a confiabilidade das informações a respeito do apoio afetivo e emocional também foi classificada como quase perfeita; ficando as informações relativas aos apoios material, de informação e de interação positiva na categoria “substancial” (kappa entre 0,61 e 0,80), segundo as faixas sugeridas por Landis& Koch (1977). Por outro lado, uma limitação do estudo foi a ausência da informação sobre a história familiar de câncer de mama em parentes consangüíneos, considerado como importante fator de risco (Mendonça, 1993). No entanto, a hipótese de que nossos resultados seriam completamente explicados por essa característica não parece plausível em função da consistência da associação direta entre as cinco dimensões de apoio social e a prática do AEM.

Em última instância, nossas análises tiveram como objetivo identificar características e fatores importantes que possam contribuir para o aumento da prática de

cuidados preventivos com a saúde. Os resultados sugerem que o apoio social pode influenciar positivamente essa prática de auto-cuidado (AEM). Assim, nossos resultados podem contribuir para que profissionais de saúde, familiares e amigos tenham maior consciência da importância do apoio social para a detecção precoce do câncer de mama, e conseqüentemente diminuição de seus efeitos negativos sobre a duração e qualidade de vida

# **CAPÍTULO 6**

---

## **Conclusões**

A prática do auto-exame das mamas entre as funcionárias foi alta: 43% informou realizar o auto-exame das mamas (AEM) “todo mês” ou “quase todo mês”; 32% “às vezes” e 24% informaram praticá-lo “raramente” ou “nunca”.

A confiabilidade teste-reteste da pergunta sobre a frequência do AEM foi alta ( $k_w = 0,82$ –IC 95%–0,74–0,89), tanto na população geral quanto estratificada segundo idade e escolaridade; a concordância em relação as perguntas das dimensões de apoio social variou entre substancial a quase perfeita.

Os níveis dos escores das cinco dimensões de apoio social entre as funcionárias apresentaram-se altos.

Foi identificada associação estatisticamente significativa entre a prática do auto-exame das mamas e os escores das cinco dimensões de apoio social. A magnitude da associação aumentou segundo o aumento dos valores dos escores.

Ajustando-se por idade, escolaridade, cor/etnia, religião atual e local de trabalho, não houve mudança significativa das medidas brutas. Assim, a chance de praticar AEM das funcionárias incluídas no 3º tercil comparadas aquelas incluídas no 1º tercil foi 99% maior para apoio material; 81% maior para apoio afetivo; 96% maior para apoio emocional; 96% maior para apoio de informação; e 92% maior para interação positiva.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- BENNETT, S. E.; LAWRENCE, R. S.; FLEISCHMANN, K. H.; GIFFORD, C. S. & SLACK, W. V., 1983. Profile of women practicing breast self-examination. *JAMA*, 249:488-91.
- BERKMAN, L. F. & SYME, S. L., 1979. Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal Epidemiology*, 109:186-204.
- BERKMAN, L. F., 1984. Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Ann. Rev. Public Health*, 5:413-432.
- BERKMAN, L. F. & GLASS, T, 2000. Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. In: *Social Epidemiology* (L.F. Berkman & I. Kawachi ed.) pp. 137-173, Nova York: Published by Oxford University Press.
- BERKMAN, L. F. & GLASS, T, 2000. Social Cohesion, social Capital, and Health. In: *Social Epidemiology* (L.F. Berkman & I. Kawachi ed.) pp. 174-190, Nova York: Published by Oxford University Press.
- BIFFI, R. G., 1997. O Suporte Social do parceiro sexual na reabilitação da mulher com câncer de mama - a perspectiva do casal. Dissertação de mestrado, São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- BOWLING, A., 1997. Measuring social networks and social support. In: *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurements Scales*. (A. Bouling, ed.), pp. 91-109, 2nd ed., Open University Press.
- BRASIL, Ministério da Saúde, 1998. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil para 1998. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Rio de Janeiro.
- BRASIL, Ministério da Saúde, 1998. Informações de Saúde/Mortalidade. URL://www.datasus.gov.br
- BRASIL, Ministério da Saúde, 2000. Instituto Nacional do Câncer. Câncer: câncer de mama, URL: <http://www.inca.org.br/manual/mama/casos/html>. 2000.
- BRINTON, L. A. & SCHAIRES, C., 1993. Estrogen replacement therapy and breast cancer risk. *Epidemiologic Reviews*, 15(1):66-79.
- BRINTON, L. A., 1994. Ways that women may possibly reduce their risk of breast cancer. *Journal Natl Cancer Inst.*, 86:1371-72.
- BRITTO, A. V., 1993. Registro de Câncer de Campinas - Dados de 1991. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo.
- BUELL, P., 1973. Changing incidence of breast cancer in Japanese-American women. *Journal Natl Cancer Inst.*, 51:1479-83.
- CAPLAN, G., 1974. *Support Systems and Community Mental Health*. Behavioral Publications, New York.
- CASSEL, J., 1976. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal Epidemiology*, 104:300-314.

- CHAMPION, V. L., 1988. Attitudinal variables related to intention, frequency and proficiency of breast self-examination in women 35 and over. *Res Nurs Health*, 11:283-91.
- CHOR, D., GRIEP, R.H., LOPES, C.S. & FAERSTEIN, E., 2001. Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde I: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:109-18.
- COBB, S., 1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Med.*, 38:300-314.
- COHEN, S. & WILLS T. A., 1985. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychologic Bulletin*, 98:310-357.
- COREIL, J., 1995. Group interview methods in community health research. *Medical Anthropology*, 16:193-210.
- DALGARD, O. S. & HAHEIM, L. L., 1998. Psychosocial risk factors and mortality: a prospective study with special focus on social support, social participation and locus of control in Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52:476-81.
- DRESSLER, W. W.; BALIEIRO, M. C. & SANTOS, J. E., 1997. The cultural construction of social support in Brazil: Associations with health outcomes. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 21:303-35.
- ELLMAN, R.; MOSS, S.M.; COLEMAN, D. & CHAMBERLAIN, J., 1993. Breast self-examination programmes in the trial of early detection of breast cancer: ten year findings. *Br J Cancer*, 68:208-12.
- FAERSTEIN, E.; LOPES, C.S.; VALENTE, K.; PLÁ, M.A.S. & FERREIRA, M.B., 1999. Pré-teste de um questionário multidimensional autopreenchível: a experiência do Estudo Pró-Saúde. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, 9:117-30.
- FAERSTEIN, E., 2000. Eventos de Vida Produtores de Estresse e Apoio Social como fatores associados à Morbidade Psiquiátrica Menor. Projeto de Pesquisa.
- FLEISS, J. L., 1981. *Statistical methods for rates na proportions*, 2nd, John Wiley & Sons.
- THE U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (Report), 1996. *Guide of Clinical Preventive Services*. 2<sup>nd</sup>. Editors: Carolyn Di Guisepe, David Atkins & Steven H. Woolf. Managing Editor: Douglas B. Kamerow
- FRATIGLIONE, L.; WANG, H.-X; ERICSSON, K.; MAYTAN, M. & WINBLAD, B., 2000. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*, 355:1315-19.
- GRAVELL, J.; ZAPKA, J.G. & MAMON, J.A., 1985. Impact of breast self-examination planned educational messages on social network communications: an exploratory study. *Health Educ. Quality*, 12(1):51-64.

- GRAY, M. E., 1990. Factors related to practice of breast self-examination in rural women. *Cancer Nursing*, 13:100-7.
- GREENLAND, S., 1987. *Evolution of Epidemiologic Ideas - annotated Readings on Concepts and Methods*. Los Angeles - Califórnia - EUA.
- HARDY, E. E.; PINOTTI, J.A.; OSIS, M.J.D. & FAÚNDES, A, 1993. Variáveis reprodutivas e risco para câncer de mama: Estudo caso-controle desenvolvido no Brasil. *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, 15:93-102.
- HAUSER, J. M., 1997. Minority populations and advance directives: insights from a Focus Group Methodology. *Cambridge Quart. Healthcare Ethics*, 6:58-71.
- HENDERSON, B. E.; PIKE, M.C. & BERNSTEIN, L., 1996. Breast cancer. *Cancer epidemiology and prevention*. D. Schottenfeld, Fraumeni, J.F. Jr, editors. New York, NY: Oxford University Press: 1022-39.
- HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J. & BADIA, X., 1997. Equivalence and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of Life Research*, 6:237-247.
- HILL, D.; WHITE, V.; JOLLEY, D., & MAPPERSON, K., 1988. Self examination of the breast: is it beneficial? Meta-analysis of studies investigating breast self examination and extent of disease in patients with breast cancer. *British Medical Journal*. 297(6643):271-5.
- HOWE, H. L., 1981. Social factors associated with breast self-examination among high risk women. *American Journal of Public Health*, 71:251-5.
- HSIEH, C. C.; TRICHOPOLUS, D. & KATSOVYANI, K., 1990. Age and menarche, age at menopause, height and obesity as risk factors for breast cancer: association and interactions in an international case-control study. *International Journal Cancer*, 46:796-800.
- JACOBSEN, B. K. & LUND, E., 1990. Level of education, use of oral contraceptives and reproductive factors: The Troms Study. *International Journal of Epidemiology*, 19:967-70.
- KANG, S. H. & BLOOM, J. R., 1993. Social support and cancer screening among older black americans. *Journal. Natl. Cancer Inst.*, 85(9):737-42.
- KELSEY, J. L.; GAMMON, M.D. & JOHN, E.M., 1993. Reproductive and hormonal risk factors. *Epidemiologic Reviews*, 15:36-47.
- KELSEY, J. L. & BERNSTEIN, L., 1996. Epidemiology and prevention of breast cancer. *Annu Rev Public Health*, 17:47-67.
- KELSEY, J. L. & HORN-ROSS, P., 1993. Breast Cancer: Magnitude of the Problem and Descriptive Epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, 15:7-16.
- KERLIKOWSKE, K.; GRADY, D.; RUBIN, S.M.; SANDROCK, C & ERNSTER, V. I., 1995. Efficacy of screening mammography: a meta-analysis. *JAMA*, 273:149-54.

- KOIFMAN, S. & KOIFMAN, J. R., 1999. Incidência e Mortalidade por Câncer em Mulheres Adultas no Brasil. In: Karen Giffin & Sarah Hawker Costa. Questões da Saúde Reprodutiva. Fiocruz. Rio de Janeiro.
- LANDIS, J. R. & KOCH, G.G., 1977. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33:159-74.
- LANGER, A; FARNOT, U.; GARCIA, C.; BARROS, F.; VICTORA, C.; BELIZAN, J. M. & VILLAR, J., 1996. The Latin American trial of psychosocial support during pregnancy: effects on mother's well-being and satisfaction. *Social Science and Medicine*. 42: 1589-1597.
- LESLIE, N. S. & ROCHE, B.G., 1997. The effectiveness of the breast self-examination facilitation shield. *Oncol Nurs Forum.*, 24:1759-65.
- LIERMAN, L. M.; YOUNG, H.M.; POWELL-COPE, G.; GEORGIADOU, F. & BENOLIEL, J.Q., 1994. Effects of education and support on breast self-examination in older women. *Nursing Research*, 43:158-63.
- LINET, M. S., 2000. Evolution of Cancer Epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, 22:35-56.
- LOVISI, G. M. & MORGADO, A.F. 1996. Suporte social e distúrbios psiquiátricos em mulheres infectadas pelo HIV. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(10):593-599.
- MENDONÇA, G. A. S., 1993. Câncer na população feminina brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 27:68-75.
- MILLER, A. B.; BAINES, C.J., TO, T. & WALL, C., 1992. Canadian National Breast Screening Study: breast cancer detection and death rates among women aged 40 to 49 years. *Can Med Assoc Journal.*, 147:1459-76.
- NASCIMENTO, C. M. R.; ELUF.-NETO, J. & REGO, R.A., 1996. Cobertura do teste de Papanicolaou no município de São Paulo e características das mulheres que realizaram o teste. *Bol.Oficina Sanit. Panam*, 121(6):491-501.
- NEWCOMB, P. A.; WEISS, N.S. & STORER, B.E., 1991. Breast self-examination in relation to the occurrence of advanced breast cancer. *Journal Natl Cancer Inst*, 83:260-5.
- NORBECK, J. S.; LINDSEY, A. M. & CARRIERI, V. L., 1981. "The development of an instrument to measure social support." *Nurs. Res*, 30(5):264-269.
- NORMAN, R. M. & TUDIVER, F., 1986. Predictors of breast self-examination among family practice patients. *Journal Fam. Pract.*, 22(2):149-53.
- OLAYA-CONTRERAS, P.; PIERRE, B.; LAZCANO-PONCE, E.; VILLAMIL-RODRIGUES, J. & POSSO-VALENCIA, H. J., 1999. Factores de riesgo reproductivo asociados al cáncer mamario, en mujeres colombianas. *Revista de Saúde Pública*, 33:237-45.

- ORTH-GOMÉR, K. & JOHNSON, J.V., 1987. Social network interaction and mortality - six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *J. Chron. Dis.*, 40:949-57.
- OSTERGREN, P. O.; HANSON, B. S.; ISACSSON, S.-O. & TEJLER, L., 1991. Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in an Emergency Department - a case-control study." *soc.Sci. Medicine*, 33:257-267.
- PARKIN, D. M., 1992. Cancer Incidence in Five Continents. IV. IARC Scientific Publication 120. International Agency for Research on Cancer, Lyon.
- PERSSON, K.; SVENSSON, P.G. & EK, A.C., 1997. Breast self-examination: an analysis of self-reported practice. *Journal Advanced Nursing*, 25:886-92.
- PRÓ-SAÚDE., 2000. Relatório de Atividades - Coleta de Dados do estudo Pró-Saúde. Rio de Janeiro., Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- RODRIGUES, D. P.; MELO, E.M.; SILVA, R. M. & MAMEDE, M. V., 1998. O suporte social para atender as necessidades de mulheres mastectomizadas. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 44(3):231-238.
- ROSNER, B.; COLDITZ, G.A. & WILLETT, W.C., 1994. Reproductive risk factors in a prospective study of breast cancer: The Nurses' Health Study. *American Journal Epidemiology*, 139:819-35.
- RUTLEDGE, D. N., 1987. Factors related to women's practice of breast self-examination. *Nursing Research*, 36:117-21.
- SEMIGLAZOV, V. F.; MOISEYENKO, V.M.; BAVLI, J.L. & , 1992. The role of breast self-examination in early breast cancer detection (results of the 5-years USSR/WHO randomized study in Leningrad). *Europe Journal Epidemiology*, 8:498-502.
- SHERBOURNE, C. D. & STEWART, A.L., 1991. The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 36(6):705-714.
- SKAER, T. L.; ROBISON, L.M.; SCLAR, D.A. & HARDING, G.H., 1996. Knowledge, attitudes, and patterns of cancer screening: a self-report among foreign born Hispanic women utilizing rural migrant health clinics. *Journal Rural Health*, 12:169-77.
- SMART, C. R.; HENDRICK, R.E.; RUTLEDGE, J.H.I. & SMITH, R. A., 1995. Benefit of mammography screening in women aged 40 to 49 years: current evidence from randomized controlled trials. *Cancer*, 75:1619-26.
- STROGATZ, D. S. & JAMES, S. A., 1986. Social support and hypertension among blacks and whites in a rural southern community. *American Journal Epidemiology*, 124:949-956.

- SUAREZ, L.; LLOYD, L.; WEISS, N.; RAINBOLT, T. & PULLEY, L. 1994. Effect of social networks on cancer-screening behavior of older Mexican-american women. *Journal Natl. Cancer Inst.*, 86:775-9.
- TABAR, L.; DUFFY, S.W. & BURHENNE, L.W., 1993. New Swedish breast cancer detection results for women aged 40-49. *Cancer*, 72 (suppl):1437-48.
- TEIXEIRA, M. T. B., 1991. Câncer no Brasil. Dados dos Registros de Base Populacional. Coordenação de Programas de Controle de Câncer (pro-Onco), Instituto Nacional do Câncer, Ministério da Saúde.
- TOVAR-GUZMÁN, V.; HERNÁNDEZ-GIRÓN, C.; LAZCANO-PONCE, E.; ROMIEU, I. & AVILA, M.H., 2000. Câncer de mama em mulheres mexicanas: estudo epidemiológico com controles de câncer cervical. *Revista de Saúde Pública*, 34:113-9.
- UK TRIAL OF EARLY DETECTION OF BREAST CANCER GROUP, 1999. 16-year mortality from breast cancer in the UK Trial of Early Detection of Breast Cancer. *The Lancet*, 353:1909-14.
- VALLA, V. V., 1997. Educação Popular, Saúde Comunitária e Apoio Social numa Conjuntura de Globalização. (mimeo).
- VICTORA, C.; LANGER, A.; BARROS, F.; BELIZAN, J.; FARNOT, U. & VILLAR, J. 1994. The Latin American Multicenter Trial on psychological support during pregnancy: Methodology and baseline comparability. *Controlled Clinical Trials*, 15:379.
- WAGLE, A.; KOMORITA, N.I. & LU, Z-Y. J., 1997. Social Support and breast self-examination. *Cancer Nursing*, 20(1):42-8.
- WALKER, L. R. & GLANZ, K., 1986. Psychosocial determinants of breast self-examination. *American Journal of Medicine*, 2(3):169-78.
- WARDLE J.; STEPTOE, A.; SMITH, H.; GROLL-KNAPP, E.; KOLLER, M.; SMITH, D. & BRODZIAK, A., 1995. Breast self-examination: attitudes and practices among young women in Europe. *Europe Journal Cancer Prev.*, 4(1):61-68.
- WEI, G. & BORUM, M.L., 2000. Breast self-examination in women in two primary care settings: an evaluation of the impact of insurance status. *Journal Womens Health Gend Based Med.*, 9:311-14.
- WEISS, H. A.; BRINTON, L.A.; POTISCHMAN, N.A.; BROGAN, D.; COATES, R.J.; GAMMON, M.D.; MALONE, K.E. & SCHOENBERG., 1999. Breast cancer risk in young women and history of selected medical conditions. *International Epidemiological Association*, 28:816-23.
- WESTMAN, M.; EDEN, D. & SHIROM, A. 1985. Job stress, cigarette smoking and cessation: The conditioning effects of peer support. *Social Science and Medicine*, 20:637-644.

**ANEXOS**

---

# Anexo 1

## Perguntas de Apoio Social

### Apoio Material

**D6.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém que o ajude, se ficar de cama?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

**D9.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém para levá-lo(a) ao médico?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

**D16.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

**D19.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

## **Apoio Afetivo**

**D10.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

**D14.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém que lhe dê um abraço?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

**D24.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querido?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

## **Apoio Emocional**

**D7.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém para lhe ouvir, quando você precisa falar?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

**D13.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

**D20.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

**D23.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém que compreenda seus problemas?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

## Apoio de Informação

**D8.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

**D12.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

**D17.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém de quem você realmente quer conselhos?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

**D21.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

## Interação Social Positiva

**D11.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém para se divertir junto?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

**D15.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém com quem relaxar?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

**D18.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém com quem distrair a cabeça?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

**D22.** Se você precisar...

**Com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase sempre
- 5  Sempre

## Anexo 2

# Distribuição do escore de apoio material

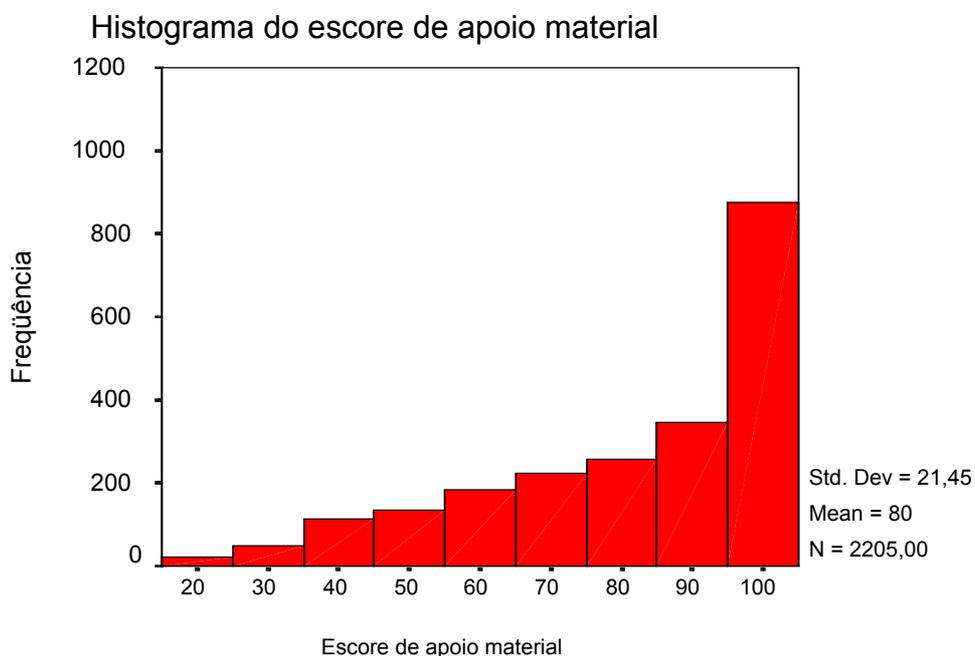
**Distribuição do escore de apoio material**

	N	%	% acumulado
20	22	1,0	1,0
25	28	1,3	2,3
30	21	1,0	3,2
35	32	1,5	4,7
40	81	3,7	8,3
45	63	2,9	11,2
50	73	3,3	14,5
55	72	3,3	17,8
60	112	5,1	22,9
65	96	4,4	27,2
70	127	5,8	<u>33,0</u>
75	94	4,3	37,2
80	162	7,3	44,6
85	146	6,6	51,2
90	199	9,0	60,2
95	226	10,2	<u>70,5</u>
100	651	29,5	100,0
Total	2205	100,0	
Missing System	35		
Total	2240		

**Escore de apoio material categorizado em tercis**

	N	%	% acumulado
20 a <=70	727	33,0	33,0
>=75 a <=95	827	37,5	70,5
100	651	29,5	100,0
Total	2205	100,0	
	35		

1º tercil: 70,0  
 2º tercil: 95,0



# Anexo 3

## Distribuição do escore de apoio afetivo

Distribuição do escore de apoio afetivo

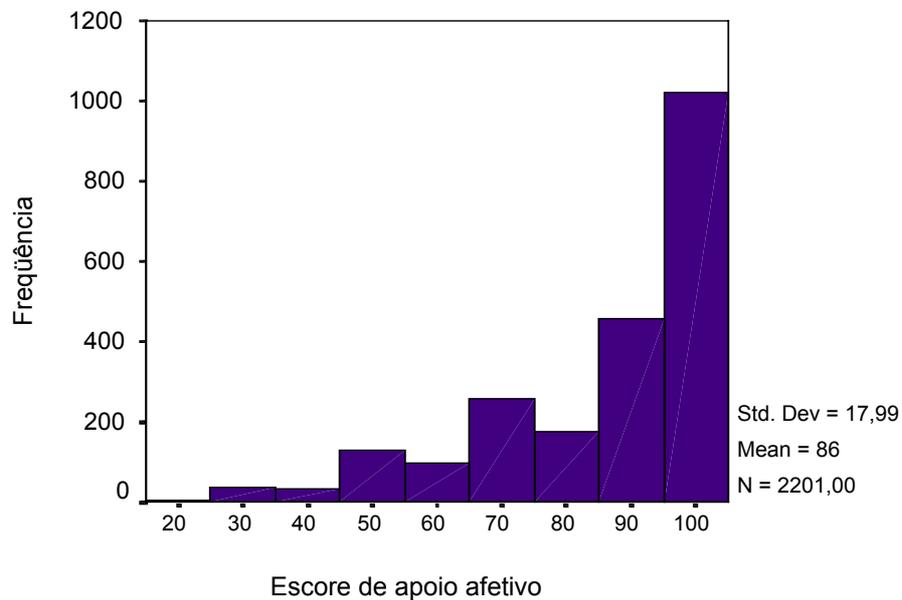
	N	%	% acumulado
20	5	,2	,2
27	17	,8	1,0
33	18	,8	1,8
40	31	1,4	3,2
47	62	2,8	6,0
53	65	3,0	9,0
60	95	4,3	13,3
67	118	5,4	18,7
73	139	6,3	25,0
80	175	8,0	<u>32,9</u>
87	217	9,9	42,8
93	239	10,9	<u>53,7</u>
100	1020	46,3	100,0
Total	2201	100,0	
Missing System	39		
Total	2240		

Escore de apoio afetivo categorizado em tercís

	N	%	% acumulado
20 a <=80	725	32,9	32,9
>=87 até <=93	456	20,7	53,7
100	1020	46,3	100,0
Total	2201	100,0	

1º tercil: 80,0  
2º tercil: 93,0

Histograma do escore de apoio afetivo



# Anexo 4

## Distribuição do escore de apoio emocional

Distribuição do escore de apoio emocional

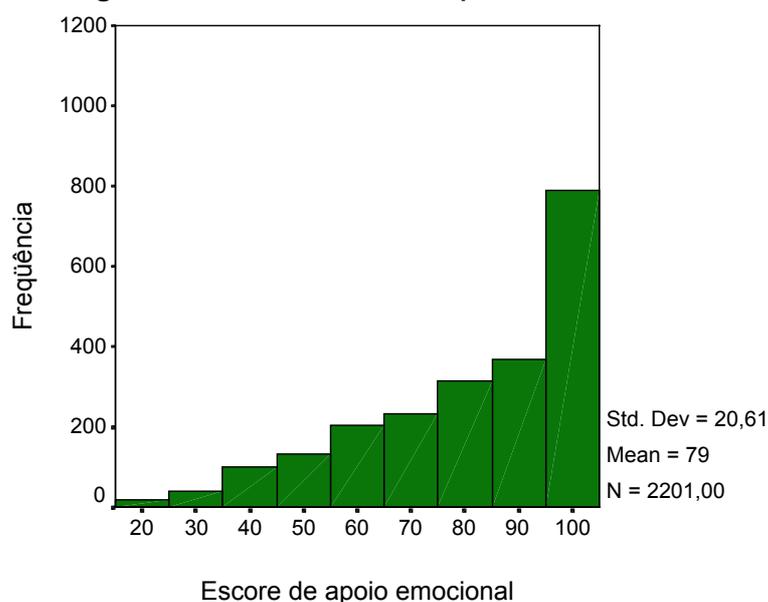
	N	%	% acumulado
20	19	,9	,9
25	17	,8	1,6
30	23	1,0	2,7
35	35	1,6	4,3
40	64	2,9	7,2
45	59	2,7	9,9
50	74	3,4	13,2
55	90	4,1	17,3
60	114	5,2	22,5
65	115	5,2	27,7
70	118	5,4	<b>33,1</b>
75	131	6,0	39,0
80	182	8,3	47,3
85	166	7,5	54,8
90	203	9,2	<b>64,1</b>
95	210	9,5	73,6
100	581	26,4	100,0
Total	2201	100,0	
Missing System	39		
Total	2240		

Escore de apoio emocional categorizado em tercís

	N	%	% acumulado
20 a <=70	728	33,1	33,1
>=75 a <=90	682	31,0	64,1
>= 95	791	35,9	100,0
Total	2201	100,0	

1º tecil: 70,0  
2º tecil: 90,0

Histograma do escore de apoio emocional



# Anexo 5

## Distribuição do escore de apoio de informação

Distribuição do escore de apoio de informação

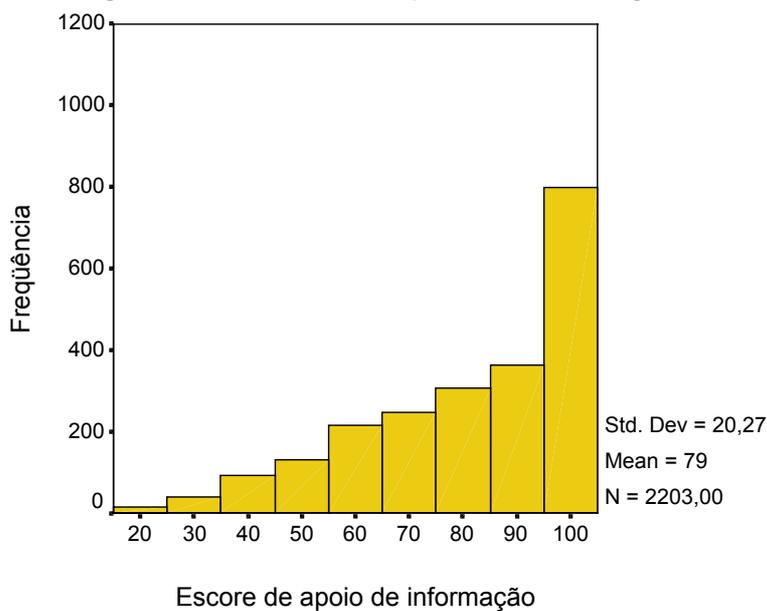
	N	%	% acumulado
20	15	,7	,7
25	14	,6	1,3
30	23	1,0	2,4
35	33	1,5	3,9
40	59	2,7	6,5
45	50	2,3	8,8
50	81	3,7	12,5
55	93	4,2	16,7
60	123	5,6	22,3
65	122	5,5	27,8
70	123	5,6	<b>33,4</b>
75	127	5,8	39,2
80	179	8,1	47,3
85	196	8,9	56,2
90	165	7,5	<b>63,7</b>
95	198	9,0	72,7
100	602	27,3	100,0
Total	2203	100,0	
Missing System	37		
Total	2240		

Escore de apoio de informação categorizado em tercís

	N	%	% acumulado
20 a <=70	736	33,4	33,4
>=75 a <=90	667	30,3	63,7
>= 95	800	36,3	100,0
Total	2203	100,0	

1° tercil: 70,0  
2° tercil: 90,0

Histograma do escore de apoio de informação



## Anexo 6

# Distribuição do escore de interação positiva

Distribuição do escore de interação positiva

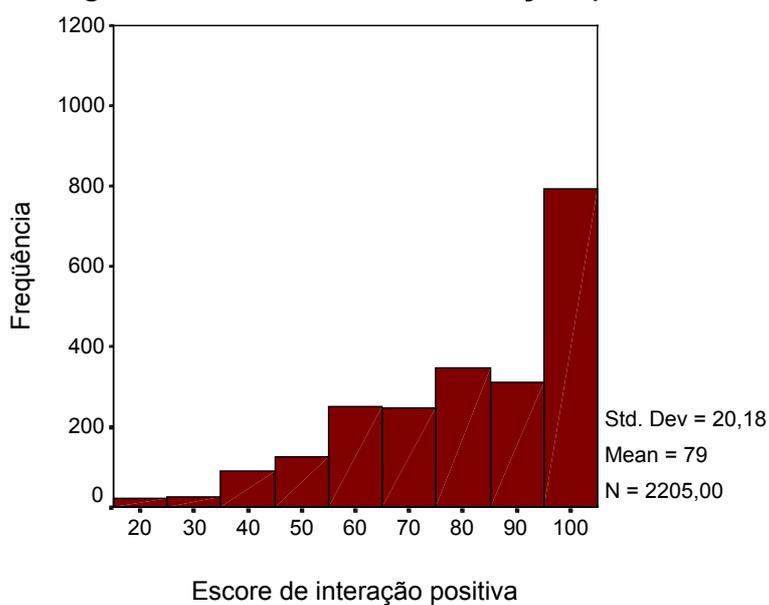
	N	%	% acumulado
20	22	1,0	1,0
25	10	,5	1,5
30	14	,6	2,1
35	22	1,0	3,1
40	66	3,0	6,1
45	56	2,5	8,6
50	69	3,1	11,7
55	93	4,2	16,0
60	158	7,2	23,1
65	115	5,2	28,3
70	130	5,9	<b>34,2</b>
75	131	5,9	40,2
80	217	9,8	50,0
85	175	7,9	58,0
90	134	6,1	<b>64,0</b>
95	141	6,4	70,4
100	652	29,6	100,0
Total	2205	100,0	
Missing System	35		
Total	2240		

Escore de interação positiva categorizado em tercís

	N	%	% acumulado
20 a <=70	755	34,2	34,2
>=75 até <=90	657	29,8	64,0
>=95	793	36,0	100,0
Total	2205	100,0	

1° tercil: 70,0  
2° tercil: 90,0

Histograma do escore de interação positiva



## Anexo 7

# Pergunta de Auto-exame das mamas

Com que frequência você mesma examina suas mamas (palpação), com o objetivo de descobrir caroços ou qualquer anormalidade?

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Às vezes
- 4  Quase todo mês
- 5  Todo mês

## Anexo 8

# Perguntas das variáveis sócio-demográficas

Qual a sua data de nascimento?

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
dia      mês      ano

Data da aplicação

\_\_\_\_ / \_\_\_\_  
mês      ano

Qual o seu grau de instrução?

- 1  1º grau incompleto
- 2  1º grau completo
- 3  2º grau incompleto
- 4  2º grau completo
- 5  Universitário incompleto
- 6  Universitário completo
- 7  Pós-graduação

Atualmente, você é.....

- 1  Casado(a) ou vive em união
- 2  Separado(a), ou divorciado(a)
- 3  Viúvo(a)
- 4  solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união)

O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?

- 1  Preta
- 2  Parda
- 3  Branca
- 4  Amarela
- 5  Indígena

No mês passado, qual foi aproximadamente sua renda familiar líquida, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

- 1  Até 500 reais
- 2  Entre 501 e 1000 reais
- 3  Entre 1001 e 1500 reais
- 4  Entre 1501 e 2000 reais
- 5  Entre 2001 e 2500 reais
- 6  Entre 2501 e 3000 reais
- 7  Entre 3001 e 4000 reais
- 8  Entre 4001 e 5000 reais
- 9  Mais de 5000 reais

Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário.

\_\_\_\_\_ pessoas.

Atualmente, qual a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)

- 1  Adventista
- 2  Assembléia de Deus
- 3  Batista
- 4  Budista
- 5  Candomblé
- 6  Casa da Bênção
- 7  Católica
- 8  Congregação Cristã do Brasil
- 9  Espírita Kardecista
- 10  Evangelho Quadrangular
- 11  Judaica
- 12  Luterana
- 13  Messiânica
- 14  Metodista
- 15  Presbiteriana
- 16  Testemunha de Jeová
- 17  Umbanda
- 18  Universal do Reino de Deus
- 19  Outra (especifique): \_\_\_\_\_
- 20  Não tem religião