

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PRÁTICA DO AUTO-EXAME DA MAMA E ATITUDES FACE A CÂNCER

CLÉVESLEM RODRIGUES

FLORIANÓPOLIS

1986

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - ÁREA SAÚDE DO ADULTO

D I S S E R T A Ç Ã O

TÍTULO: PRÁTICA DO AUTO-EXAME DE MAMA E ATITUDES FACE A CANCER

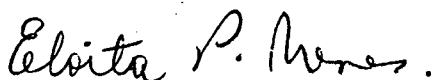
Submetida a Banca Examinadora para obtenção do Grau de

MESTRE EM ENFERMAGEM

POR

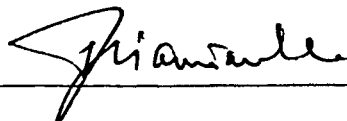
CLÉVESLEM RODRIGUES

APROVADA EM 29/09/86



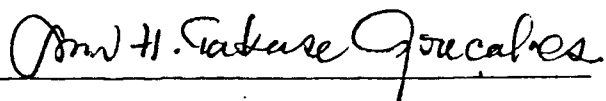
Dra. Eloita Pereira Neves

Presidente



Dra. Tamara Iwanow Cianciarullo

Examinador



Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves

Examinador

Orientadora : Eloita Pereira Neves

Coorientadora : Mercedes Trentini

Assessoria Estatística : Silvia Nassar Dau

## AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus agradecimentos a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta pesquisa. Agradeço à Dra. Eloita P. Neves e à Dra. Mercedes Trentini pela orientação, apoio e estímulo que possibilitaram a elaboração desta pesquisa.

Agradeço à professora Sílvia Nassar Dau pela dedicação e trabalho empreendido no tratamento estatístico desta pesquisa, à Dra. Lúcia H.T. Gonçalves pela colaboração e sugestões valiosas e às enfermeiras Evanguelia K.A. dos Santos, Eloita P. Neves Margareth Hasse, Selma Marino e Vera Radünz, pela participação na coleta de dados da presente pesquisa.

Manifesto meus agradecimentos à Rosa Maria P. Martins pela atenção e disponibilidade nas providências administrativas, à Risoleta Zatariano e Reinaldo Bittencourt pelo trabalho datilográfico e aos colegas do curso de mestrado pelo estímulo propiciado. Agradeço também ao CNPq e CAPES pela contribuição financeira proporcionada para o desenvolvimento desta pesquisa e à Fundação Hospitalar de Santa Catarina que possibilitou a realização da coleta de dados.

Finalmente dedico este trabalho à minha irmã Aparecida Lourenci Rodrigues pelo encorajamento e incentivo proporcionados no decorrer da pesquisa.

## SUMÁRIO

CAPÍTULO	Página
I. INTRODUÇÃO .....	1
Definição de Termos .....	6
Marco Teórico .....	7
II. REVISÃO DA LITERATURA .....	10
Estudos sobre a Prática do Auto-exame da Mama .....	10
Estudos sobre Atitudes em Relação a Câncer ...	25
Estudos baseados no Modelo de crença, atitude, intenção e comportamento, de Fishbein e Ajzen (1975) .....	35
III. METODOLOGIA .....	43
Tipo de Pesquisa .....	43
Variáveis .....	43
Codificação das Variáveis .....	43
Hipóteses .....	44
Fonte de Obtenção dos Dados .....	45
Local da Pesquisa .....	45
População e Amostra .....	46
Instrumentos para Coleta de Dados .....	49
Procedimentos de Coleta de Dados .....	51
Procedimento de Análise dos Dados .....	55

## CAPÍTULO

IV. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	56
Apresentação dos Dados Relacionados às	
Variáveis .....	56
Apresentação dos Dados Relacionados às	
Hipóteses .....	60
V. LIMITAÇÕES, CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E RECOMEN <u>DA</u>	
<u>DAÇÕES</u> .....	69
Limitações .....	69
Conclusões .....	70
Implicações .....	71
Recomendações .....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	74
ANEXOS	
I. QUESTIONÁRIO PRELIMINAR .....	82
II. DIRECIONAMENTO DOS ÍTENS INDICATIVOS DE ATITU <u>D</u>	
<u>DES FAVORÁVEIS (+) E ATITUDES DESFAVORÁVEIS (-)</u>	86
III. ESCALA DE ATITUDE EM RELAÇÃO A CÂNCER .....	88

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar a relação entre prática de auto-exame da mama (AEM) e atitudes face a câncer. O marco teórico utilizado fundamentou-se no Modelo de crença, atitude, intenção e comportamento, de Fishbein e Ajzen (1975).

Foram entrevistadas 434 mulheres que trabalhavam em seis hospitais, três institutos e na administração central da Fundação Hospitalar de Santa Catarina. Os dados foram coletados em duas etapas diferentes, sendo administrado primeiro o Questionário Preliminar à população de 1223 mulheres e depois a Escala de Atitude em Relação a Câncer (EAC) foi aplicada à amostra de 434 mulheres.

O teste "t" de Student e o teste Qui-quadrado foram utilizados para análise dos dados e os resultados obtidos demonstraram que: (a) a primeira hipótese que afirmava a existência de relação entre prática de AEM e atitudes face a câncer não foi confirmada; (b) a segunda hipótese que declarava a existência de relação entre prática de AEM e idade também não foi confirmada; (c) a terceira hipótese que afirmava existir relação entre prática de AEM e nível de instrução foi confirmada; (d) a quarta hipótese que afirmava a existência de relação entre prática de AEM e contato com pacientes portadores de câncer, familiares ou amigos com câncer também foi confirmada; e (e) a quinta hipótese que declarava a existência de relação entre prática de AEM

e paridade, não foi confirmada.

Concluindo, face aos resultados e às limitações, este estudo não permitiu confirmar a associação entre atitude e comportamento prevista no Modelo de crença, atitude, intenção e comportamento de Fishbein e Ajzen (1975).



## ABSTRACT

The purpose of this study was to identify the relationship between the women's breast self examination practice and their attitudes toward cancer. The Fishbein and Ajzen's Model of belief, attitude, intention and behavior served as framework for this study.

Interviews were conducted with 434 women who worked on six hospitals, three institutes, and at the central administration of the Hospital Foundation of Santa Catarina. Data were collected on two distinct stages. First, The Preliminary Questionnaire was applied, to a population of 1223 women, and second, The Cancer Attitude Scale was given to 434 women.

Student's "t" test, and Chi-square test were employed for data analysis. The results showing that: (a) The first hypothesis, stating the existence of relationship between BSE practice and attitudes towards cancer, was not confirmed; (b) the second hypothesis, stating the existence of relationship between BSE practice and age, was not confirmed either; (c) the third hypothesis, which stated the existence of a relation between BSE practice and instruction level, was confirmed; (d) the fourth hypothesis, stating the existence of a relation between BSE practice and contact with cancer patients, family members or friends suffering from cancer, was also confirmed; and (e) the fifth

hypothesis, which declared a relation to exist between BSE practice and parity, was not confirmed.

In conclusion, taking into consideration its results and limitations, this study did not offer confirmation of the association between attitude and behavior as it was proposed by Fishbein and Ajzen's (1975) belief, attitude, intention and behavior Model.

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

O estágio atual de desenvolvimento na área da prevenção oncológica, a respeito de muitos tipos de tumores malignos, permite a adoção de medidas capazes de prevenir algumas das formas mais frequentes de câncer. Sabe-se que, pode decorrer um longo período entre as primeiras alterações celulares e a manifestação clínica de alguns tipos de câncer dentre os quais se incluem os tumores do colo uterino, da boca, do reto e da mama, permitindo assim a detecção precoce (Stjernswärd, 1981). Em relação às mamas, por serem acessíveis à palpação e inspeção, estes órgãos oferecem melhores oportunidades para a realização de exames incluindo o auto-exame (Haagensen, 1971). No entanto, a educação sobre câncer, bem como atitudes e comportamentos desempenham um papel importante na detecção precoce do câncer. Harris (1979) sugere que a educação sobre câncer deve abranger tanto os receptores de cuidado à saúde como os servidores em instituições de saúde. Davison (1965) ressalta que o apoio dos profissionais da área da saúde em seus contatos com o público, é vital para o encorajamento das pessoas no sentido de adotarem atitudes menos fatalistas em relação a câncer, principalmente para

os casos em que a doença é potencialmente curável.

A magnitude do câncer como um problema de saúde pode ser avaliada pelos dados contidos em *World Health Statistics Annual* e em *Cancer Incidence in Five Continents*, que permitem estimar, para uma população aproximada de quatro bilhões e duzentos e vinte milhões de habitantes, em 1978: (a) cerca de oito milhões e setecentos mil casos novos por ano, de pacientes portadores de câncer e (b) um número aproximado de seis milhões e novecentos mil óbitos anuais por câncer (Stjernswärd, 1981). No caso específico do câncer de mama, nos Estados Unidos, essa doença representa 25% de todos os tipos de câncer feminino e é a principal causa de morte em mulheres entre 40 a 50 anos de idade e a segunda causa mais comum após 55 anos (Moetzingler e Leonard, 1982). No Brasil Brumini (1982) apresenta em uma distribuição percentual das dez primeiras localizações de câncer primário, o câncer da mama ocupando o terceiro lugar dentre os tipos de tumores malignos que atingem mulheres adultas. Em uma população global de 59.924.766 mulheres brasileiras, 16,5% são acometidas de câncer de mama. Dados fornecidos pelo Ministério da Saúde (1983) revelam que, de 27.032 óbitos de mulheres, por câncer, 13% são causados por câncer de mama.

A crescente preocupação dos profissionais da área da saúde, com a elevada incidência de câncer de mama, tem conduzido os pesquisadores à realização de estudos sobre a eficiência dos diferentes meios de detecção precoce do câncer mamário. Dentre essas medidas, o auto-exame da

mama (AEM) tem sido referido por diversos autores como uma prática eficiente, isenta de custo e que contribui para que a detecção seja feita em um estágio no qual o diagnóstico seja mais favorável (Moore, 1978; Venet, 1980; Keller, George e Podell, 1980; Taylor et al, 1984). A maioria dos autores referem que, em geral é a própria mulher quem faz a detecção do câncer de mama (Greenwald et al, 1979; Burger, 1979; Bennett, Lawrence, Fleischmann, Gifford e Slack, 1983; Smith e Burns, 1985). Haagensen (1971) relata que, em uma amostra de 1669 mulheres portadoras de câncer de mama, 1433 dessas pacientes detectaram a doença através da auto-palpação. O mesmo autor acrescenta que, geralmente a mulher faz a detecção do câncer acidentalmente, durante o banho ou quando se veste.

O valor do AEM como prática que auxilia a detecção precoce do câncer da mama tem sido constatado por estudiosos que buscam a associação entre AEM e detecção do câncer mamário, em um estágio no qual o prognóstico é mais favorável (Foster et al, 1981; Huguley e Brown, 1981). Esses autores constataram em seus estudos que, as mulheres portadoras de câncer de mama que tinham o costume de realizar mensalmente o AEM detectaram o tumor mais precocemente do que aquelas que não o praticavam.

Apesar das evidências da importância do AEM com relação a detecção precoce de câncer, alguns estudos revelam que a maioria das mulheres não praticam o AEM (Stillman, 1977; Howe, 1981; Reeder e Berkanovic, 1980; Taylor et al,

1984). Dentre os fatores que podem contribuir para que a mulher não pratique o AEM, Taylor et al, (1984) sugerem: (a) as mulheres acreditam que os exames médicos ocasionais são suficientes para detecção de anormalidades, logo, elas consideram o AEM desnecessário, (b) as mulheres não valorizam o AEM como prática de saúde mas apenas como um meio utilizado para detecção de câncer, e isto pode aumentar a ansiedade sem reduzir a ameaça representada pela doença.

Esses relatos conduzem à reflexão sobre o modo de agir dos indivíduos em uma determinada situação e os possíveis motivos que influenciam as suas ações. O estigma associado ao câncer poderá estar interferindo nessas ações. No estudo de Antonovsky (1972) sobre crenças em relação à doenças, o câncer foi considerado uma doença grave, que deixa marcas permanentes, que é difícil de prevenir e que geralmente conduz à morte. Outros estudos tem confirmado a preocupação constante que as pessoas manifestam frente a gravidade do câncer (Kirscht, Haefner, Kegeles e Rosenstock, 1966) e a crença de que a doença é fatal (Jenkins, 1966; Richardson e Woolcott, 1967).

A importância das crenças face a um objeto referencial é afirmada por Fishbein e Ajzen (1975). Esses autores referem que as crenças (cognições, opiniões, valores) e os sentimentos (atitudes) das pessoas face a um objeto, evento ou situação influenciam seus comportamentos sobre o objeto, evento ou situações. Os mesmos autores definem atitude como sendo "uma predisposição aprendida para res

ponder consistentemente de maneira favorável ou desfavorável em relação a um determinado objeto". Para Brooks (1979) atitudes positivas conduzem a comportamentos positivos e por outro lado, atitudes negativas levam a comportamentos negativos, portanto, o conhecimento sobre atitudes face a câncer pode estimular a realização de programas de educação em saúde visando o desenvolvimento de comportamentos preventivos, contribuindo para a redução da mortalidade por essa doença. No mesmo trabalho, a autora identificou, em uma revisão de estudos sobre opinião pública face a câncer, dentre outras as seguintes indicações: (a) uma tendência dos respondentes para exagerar o número de mortes por câncer, (b) a tendência de subestimar o número de cura por câncer, (c) uma forte tendência em considerar o câncer a pior das doenças e (d) uma tendência de rejeitar o tratamento precoce do câncer como o principal meio de melhorar o prognóstico. Considerando que o câncer de mama vem sendo reconhecido como um problema de saúde pública conforme afirma Kelsey, (1979), parece importante refletir sobre atitudes de mulheres face a câncer e se essas atitudes estariam interferindo em um tipo de comportamento preventivo, representado pela prática do AEM. No entender de Fishbein e Ajzen (1975) o comportamento da pessoa em relação a um objeto está em grande parte determinado por sua atitude face ao objeto e por sua intenção em desempenhar esse comportamento (p.335).

Newel (1981) ressalta a importância da educação sobre câncer e atribui aos servidores da área da saúde importante

papel no que diz respeito à prevenção e manutenção da saúde, portanto, parece oportuno voltar a atenção para os servidores em instituições de saúde e que possuem experiências e atitudes em relação a câncer, as quais poderão estar influenciando os seus próprios comportamentos, bem como comportamentos dos pacientes face a essa doença. Assim, considerando o AEM como um comportamento preventivo de câncer de mama, o objetivo deste estudo é identificar a relação entre prática do auto-exame da mama e atitudes face a câncer, das mulheres que trabalham na Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC). Para atingir o objetivo proposto foram formuladas as seguintes perguntas:

1 - Qual é a relação entre o AEM praticado pelas mulheres que trabalham na FHSC e: a) atitude face a câncer, b) nível de instrução, c) contato direto com pacientes portadores de câncer, familiares ou amigos com câncer, d) idade, e) paridade?

2 - Que motivos são referidos pelas mulheres para não praticarem o AEM?

3 - Em que época do mes, considerando o período menstrual, as mulheres realizam o AEM?

#### Definição de Termos

##### Auto-exame da mama

Auto-exame da mama é o exame de ambas as mamas (ou de uma delas em caso de remoção cirúrgica) feito pela



mulher mensalmente. Este exame deve ser feito aproximadamente uma semana após o primeiro dia da menstruação utilizando-se a palpação e a inspeção visando a detecção de anormalidades tais como: presença de nódulos, retração da pele, modificações na forma ou tamanho das mamas e presença de secreção mamilar. Para este estudo o auto-exame da mama foi definido operacionalmente como relato pessoal escrito das mulheres em resposta às perguntas contidas no Questionário Preliminar, como segue: (a) prática do AEM, (b) motivos para não praticar o AEM e (c) época da prática do AEM, considerando o período menstrual. A definição conceitual foi elaborado com base nos trabalhos de Amador, 1975; Stillman, 1977; Harris, 1979.

#### Atitude em relação a câncer

Atitude em relação a câncer é uma predisposição aprendida para responder consistentemente de maneira favorável ou desfavorável a respeito do câncer. Esta definição conceitual fundamenta-se na definição de atitude de Fishbein e Ajzen (1975, p.15). A definição operacional de atitude em relação a câncer, neste estudo, refere-se ao escore médio obtido pela respondente no total de itens da Escala de Atitude em Relação a Câncer (EAC).

#### Marco Teórico

O marco teórico deste estudo fundamenta-se no Modelo

de crença, atitude, intenção e comportamento de Fishbein e Ajzen (1975). A figura 1 apresenta o modelo adaptado dos referidos autores e utilizado no presente estudo. Foram excluídos os aspectos referentes à intenção.

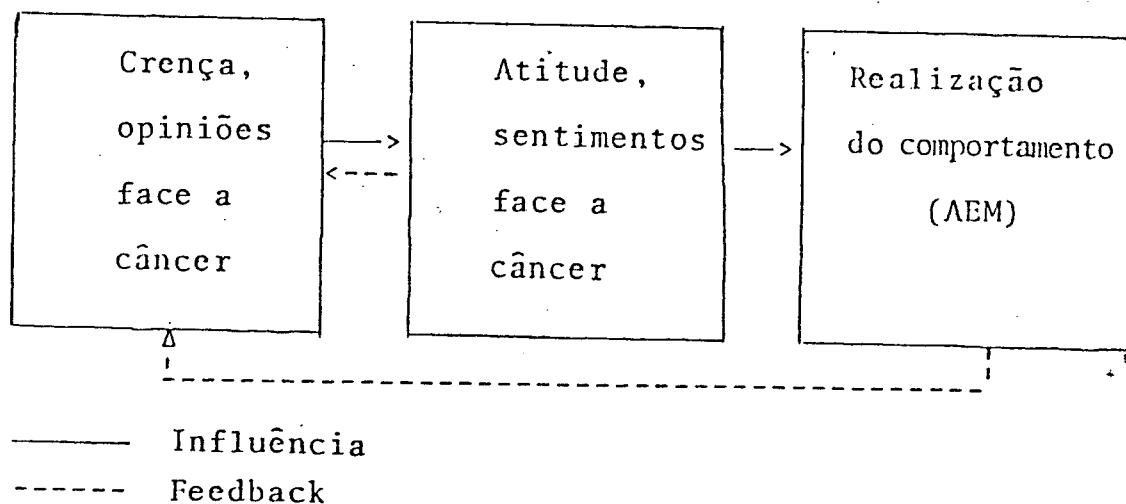
Para Fishbein e Ajzen (1975), uma pessoa aprende ou forma um número de crenças sobre um objeto a partir da observação direta ou informações recebidas por fontes externas ou por várias formas do processo de inferência. Segundo esses autores, crença, atitude, intenção e comportamento estão inseridos em 4 categorias como segue: (a) cognitiva, que diz respeito às crenças, opiniões; (b) conação, representada pela intenção comportamental e; (d) comportamento, que é a ação manifesta (p. 12).

A crença é uma "probabilidade subjetiva da relação entre o objeto da crença e algum outro objeto, valor, conceito, atributo" (p. 131). Essas crenças servem como base para determinar atitudes com relação a um objeto e conduzir a comportamentos coerentes com tais atitudes. A ligação entre atitude e comportamento constitui o foco principal deste estudo, uma vez suposto que, se as crenças em relação a câncer estão associadas a valores, conceitos, atributos favoráveis (possibilidade de prevenção, cura) a atitude tenderá a ser positiva. A atitude negativa resultará da associação do objeto (câncer) a valores, conceitos, atributos desfavoráveis (fatalidade, castigo, impossibilidade de prevenir, curar). No que se refere ao comportamento manifesto, este é definido por Fishbein e Ajzen (1975)

como "ação observada" (p.335), incluindo-se neste as respostas obtidas através de questionários e respostas verbais (p.13). Portanto, considera-se a prática do auto-exame da mama de acordo com sua definição operacional, um comportamento manifesto relacionado à prevenção do câncer de mama, pressupostamente associado a atitudes favoráveis face a câncer.

### FIGURA 1

Representação esquemática do marco teórico utilizado neste estudo. Adaptado do Modelo de crença, atitude, intenção e comportamento de Fishbein e Ajzen (1975), In Belief, attitude, intention and behavior - an introduction to theory and research. Reading, Mass Addison Wesley Publishing Company, p. 15 (traduzido sem a autorização da editora).



## CAPÍTULO II

### REVISÃO DA LITERATURA

O presente capítulo tem como finalidade apresentar e discutir os estudos referentes a: (a) prática do auto-exame da mama (AEM) como um dos métodos de detecção precoce de câncer de mama; (b) atitudes face a câncer de um modo geral; e (c) estudos baseados no Modelo de crença, atitude, intenção e comportamento de Fishbein e Ajzen (1975).

#### Estudos sobre a Prática do Auto-Exame da Mama

A elevada incidência de câncer de mama em mulheres adultas com idade acima de 35-40 anos, tem conduzido muitos pesquisadores à investigação dos métodos de detecção precoce visando a obtenção de melhores prognósticos. O auto-exame da mama tem sido considerado um método eficiente de detecção precoce de câncer de mama, e os investigadores vêm estudando o relacionamento da prática do AEM com diferentes variáveis dentre as quais se incluem: idade, nível de instrução, contato com pessoas portadoras de câncer e estágio do câncer por ocasião do diagnóstico.

Espera-se que um número cada vez maior de mulheres pratiquem o AEM, no entanto, os estudos demonstram que muitas

mulheres referem não o praticarem. As causas que levam as mulheres a não praticarem o AEM também preocupa os pesquisadores interessados na detecção precoce do câncer da mama.

Huguley e Brown (1981) conduziram um estudo com o objetivo de identificar a prática do AEM e a associação deste com o estágio do câncer ao ser diagnosticado. A amostra consistiu de 2092 mulheres portadoras de câncer de mama. Os resultados revelaram que 1045 (67%) das mulheres da amostra praticavam o AEM. Destas 1405, 34% praticavam o AEM uma vez por mês, 7% cada dois meses, 12% três a cinco vezes por ano e 13% uma a duas vezes por ano. A percentagem de mulheres (33%) que nunca praticaram o AEM parece bastante elevada face a importância atribuída ao AEM como um método de detecção precoce de câncer de mama. Com relação a idade, 586 mulheres tinham menos de 50 anos, 1115 mulheres pertenciam à faixa etária de 50 a 60 anos e 391 tinham mais de 70 anos. Das mulheres com idade abaixo de 50 anos, 76% praticavam o AEM; na faixa etária entre 50 a 69 anos, 68%; e no grupo de mulheres com mais de 70 anos apenas 50% praticavam o AEM. Pode-se observar que a maior percentagem de mulheres que praticavam o AEM tinham menos de 50 anos. O estudo de Huguley e Brown (1981) também demonstrou que a maioria das mulheres (75%) que tiveram experiências com portadores de câncer na família referiram praticar o AEM. Quanto ao nível educacional foi evidenciada maior percentagem de prática de AEM nos níveis educacionais mais elevados. Das mulheres com nível de instrução elementar 42% praticavam o AEM, com nível médio 67%

e com nível superior 80% praticavam o AEM.

Huguley e Brown (1981) também identificaram a prática do AEM de acordo com o estágio do câncer por ocasião do diagnóstico. A classificação dos estágios foi feita de acordo com o International TNM Systems (tumor, nodes, metatasis) para câncer de mama como segue: estágio zero, carcinoma "in situ" ou não evasivo; estágio I, tumor com 2 centímetros ou menos de diâmetro, sem evidências de metástases; o estágio II inclui os tumores com 2 até 5 centímetros de diâmetro e ainda os tumores com 5 centímetro ou menos com a presença de nódulos axilares metastáticos, que não estejam fixados em alguma estrutura orgânica; no estágio III a doença está mais extensiva tanto local como regionalmente e no estágio IV há metástases à distância. Foi observado que 27,4% de tumores pequenos, classificados entre os estágios zero e I foram detectados por AEM. A percentagem de tumores diagnosticados por AEM aumentou para 84,2% quando se incluiu o estágio II. Segundo estes pesquisadores o estágios zero, I e II podem representar possibilidades de bom prognóstico.

Feldman, Carter, Nicastrì e Hosat (1981) fizeram uma investigação semelhante com uma amostra de 996 pacientes com o objetivo de examinar o relacionamento da frequência do AEM com estágios patológicos de câncer de mama. Os estágios foram classificados de forma semelhante àquela utilizada por Huguley e Brown (1981). A análise estatística foi feita com a utilização do teste Qui-quadrado. O grupo de mulheres que referiu praticar o AEM foi comparado com o grupo daquelas que não

praticavam o AEM. A frequência do AEM foi assim classificada: a) mensalmente; b) várias vezes ao ano (3 a 6 vezes); c) raramente e; d) nunca. O resultado do teste Qui-quadrado evidenciou associação entre a frequência da prática do AEM e estágios de câncer ( $p < 0.001$ ). Foi encontrada pequena diferença no estágio do câncer entre as mulheres que praticavam o AEM mensalmente comparando com aquelas que o praticavam várias vezes durante o ano. Houve alguma diferença no estágio da doença entre as mulheres que raramente praticavam o AEM e aquelas que nunca haviam praticado o AEM, porém não foi estatisticamente significativa. No entanto, foi encontrada diferença significativa ( $P < 0.001$ ) no estágio da doença entre as mulheres que praticavam o AEM mensalmente ou várias vezes ao ano comparadas com as mulheres que raramente ou nunca praticavam o AEM. Os autores verificaram que 67% das mulheres praticavam o AEM, dessa percentagem, 18,7% realizavam o AEM mensalmente; 22% algumas vezes ao ano; 26% raramente; e 33% das mulheres nunca tinham praticado o AEM. No que se refere às percentagens de mulheres que praticavam ou não o AEM estes resultados são idênticos àqueles encontrados por Huguley e Brown (1981).

Com relação ao estágio do câncer foi observado por Feldman et al (1981) que 74% das mulheres que praticavam o AEM mensalmente ou algumas vezes por ano detectaram seus próprios tumores, enquanto que 61% das mulheres que raramente ou nunca haviam praticado o AEM foram diagnosticadas pelo exame médico. Os autores acrescentam que, não foi

investigado se as mulheres que relataram prática do AEM detectaram a doença durante o exame ou de forma acidental. Segundo Feldman et al (1981) esta distinção pode não ser relevante uma vez que a prática regular do AEM aumenta a sensibilidade e o conhecimento das mulheres sobre suas mamas, habilitando-as a notar uma anormalidade que seria ignorada por mulheres que não estão habituadas a praticar o AEM. Esses autores também identificaram que dentre as mulheres portadoras de câncer invasivo, 48% daquelas que praticavam o AEM foram diagnosticadas antes de haver comprometimento nodular, o que não ocorreu com 38% das mulheres que raramente praticavam o AEM e com 33% daquelas que nunca tinham praticado o AEM. Aproximadamente 84% das mulheres diagnosticadas com metástases à distância raramente ou nunca praticaram o AEM, enquanto que 57% das mulheres diagnosticadas em estágios mais favoráveis costumavam examinar suas mamas. Com relação a idade foi observada maior percentagem de prática de AEM em mulheres com menos de 50 anos de idade, estes achados foram corroborados por Huguley e Brown (1981). No que concerne ao nível educacional Feldman et al (1981) encontraram maior percentagem de prática de AEM nos níveis mais elevados de educação formal.

McCusker e Morrow (1980) estudaram uma amostra de 392 mulheres classificadas como pertencentes à classe média e observaram que apenas 10% das mulheres disseram nunca ter praticado o AEM. As demais mulheres referiram: prática



mensal do AEM (40%); e menos frequente (50%). É importante ressaltar que a amostra foi composta por professoras universitárias e administradoras em estabelecimento de ensino superior, logo, com alto nível educacional. Devido a homogeneidade da amostra no que diz respeito ao nível de educação, os autores não tiveram o propósito de verificar o relacionamento entre esta variável e a prática do AEM, porém, a baixa percentagem de mulheres que nunca fizeram o AEM reforça os achados dos estudos que evidenciam aumento da percentagem de mulheres que realizam o AEM nos níveis educacionais mais elevados.

O estudo conduzido por Foster et al (1978) também objetivou a prática do AEM e sua associação com estágios mais favoráveis de câncer de mama. A amostra foi composta por 246 pacientes. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e pela classificação dos estágios patológicos. Foster et al (1978) também utilizaram classificação semelhante àquela utilizada por Huguley e Brown (1981).

Foster et al (1978) usaram dois tipos de testes para análise dos dados: 1) teste Qui-quadrado e 2) teste  $\chi^2$  (gama). O resultado do teste Qui-quadrado revelou uma associação significativa entre a frequência da prática do AEM e estágios mais precoces de câncer. Houve também relação significativa entre idade e frequência de prática do AEM relatado pelas mulheres ( $P < 0.001$ ). O teste mostrou uma associação negativa entre prática de AEM e idade ( $\gamma = -0.53$ ). Isto significa que as mulheres mais idosas tendem

a praticar o AEM com menos frequência do que as mulheres mais jovens. Cerca de 50% das mulheres na faixa etária de 70 - 98 anos disseram que nunca tinham praticado o AEM, esta percentagem reduziu para 34% na faixa etária de 50 a 69 anos e 16% nas mulheres com idade entre 28 a 49 anos. Das 246 mulheres da amostra de Foster et al, 25% referiram prática mensal do AEM; 28% prática de AEM em intervalos irregulares e; 47% das mulheres nunca haviam praticado o AEM.

Observa-se que a maioria dos autores relatam o declínio da prática do AEM entre as mulheres mais idosas. Considerando a idade um dos fatores de risco de câncer de mama, Montoro (1979) alerta para a necessidade de investigação cuidadosa na população feminina com idade acima de 50 anos visando a detecção precoce de câncer de mama.

Enquanto a maioria dos autores proclamam a técnica do AEM como método eficiente de detecção precoce de câncer de mama, alguns estudiosos questionam esta prática e relatam estudos, cujos resultados divergem, em alguns aspectos daqueles apresentados pelos defensores do AEM.

No estudo realizado por Senie, Rosen, Lesser e Kinne (1981) foram entrevistadas 1216 mulheres com diagnósticos de câncer de mama. Os objetivos principais do estudo foram: a) verificar associação entre prática de AEM e diagnóstico de câncer de mama em estágio precoce e; b) identificar a frequência da prática do AEM e do exame médico. A análise da associação entre as variáveis foi feita com a

utilização do teste Qui-quadrado. Foi observada uma associação significativa entre a frequência de exame médico anual e descoberta de pequenos tumores ( $P < 0.01$ ), e ausência de linfonodos axilares metastáticos ( $P < 0.001$ ). Dentre as mulheres que detectaram seus próprios tumores (80%), uma frequência maior de exame médico foi associada com um estágio patológico mais precoce ( $P < 0.001$ ). No entanto, não foi encontrada associação significativa entre prática de AEM e detecção de câncer de mama em estágio precoce. Das 1216 mulheres que praticavam o AEM, 350 referiram fazê-lo mensalmente; 488 mulheres referiram fazer o AEM ocasionalmente e 378 disseram que nunca tinham feito o AEM. Senie et al (1981) também evidenciaram que, nos níveis educacionais mais elevados foi maior a percentagem de mulheres que realizavam o AEM. As mulheres que referiram experiência com câncer na família apresentaram maior percentagem de prática de AEM quando comparadas com as mulheres que não tinham experiência com câncer na família. As pacientes casadas também relataram maior percentagem de prática de AEM do que as mulheres não casadas. Os autores ressaltam a importância da habilidade do médico para detectar o câncer por meio da palpação e sugerem que, a ocasião do exame médico periódico é uma oportunidade para o profissional ensinar à mulher a técnica do AEM melhorando a eficiência deste método.

Cole e Austin (1981) recomendam cautela ao se declarar o AEM como método eficiente de detecção precoce de

câncer de mama e consideram que os estudos existentes ainda não fornecem dados consistentes sobre a especificidade e efetividade do AEM como método de detecção precoce de câncer de mama.

Os pesquisadores têm investigado diferentes fatores relacionados ao câncer de mama e à prática do AEM. A maioria dos estudiosos buscam meios para incrementar a detecção precoce de câncer de mama. Procurando identificar atitudes de mulheres face a câncer de mama The Gallup Organization subvencionada pela American Cancer Society conduziu em 1973 um "survey" no qual foram entrevistadas 1007 mulheres com idade a partir de 18 anos. O resultado da pesquisa mostrou que a maioria das mulheres consideraram o câncer o problema mais grave que pode afetar a saúde da mulher, 13% das mulheres referiram-se especificamente ao câncer de mama, e 6% indicou o câncer cêrvico-uterino. A razão referida no estudo para justificar a preocupação das mulheres com o câncer de mama é o fato de que 77% das mulheres conheciam pessoalmente alguém que teve câncer de mama e 41% conheciam três ou quatro mulheres portadoras da doença. A maioria das entrevistadas apresentaram uma idéia exagerada acerca da estimativa da probabilidade que a mulher tem de desenvolver câncer de mama durante sua vida. Talvez isto tenha relação com a crença das mulheres face às doenças da mama. Das 1007 mulheres, 38% disseram que a metade ou mais de todos os tumores da mama são cancerosos. De acordo com esse achados, reações de medo e pânico são subsequentes e conforme decla

rado na pesquisa uma típica reação ao medo e ao pânico é a "fuga". O estudo revelou que apenas 18% das mulheres praticavam mensalmente o AEM e 46% disseram que o AEM poderia levá-las a uma preocupação desnecessária.

O desconhecimento das mulheres sobre a importância da frequência do AEM também foi evidenciado no estudo realizado pela Gallup Organization (1973). Apenas 12% das mulheres entendiam a importância da prática mensal do AEM.

Dentre as mulheres que não tinham o hábito de praticar o AEM, 28% referiram que suas mamas eram examinadas pelo médico, razão pela qual dispensavam a prática do AEM. Cerca de 47% dos motivos relatados pelas mulheres para não realizarem o AEM são interpretados, no estudo, como "fuga" e incluem respostas como "descuido", "falta de tempo" e "não acha necessário". Visando aumentar a proporção da prática do AEM é sugerido na pesquisa, que seja adotada alguma estratégia para diminuir o medo e a ansiedade. A falta de conhecimento sobre o AEM e a confiança ou não das mulheres em executá-lo foram outros fatores relatados na pesquisa. Das mulheres que não praticavam o AEM, 53% delas não sabiam da existência de posições específicas a serem adotadas, na ocasião da prática do AEM. Mesmo entre as mulheres que haviam realizado o AEM esporadicamente, 22% não tinham essa informação. Com relação à confiança no AEM, o estudo demonstrou que apenas 22% das mulheres acreditavam estar fazendo o AEM corretamente e por isso tinham confiança nessa prática. Do total da amostra 35% das mulheres referiram saber como

sentiriam um tumor caso o detectasse.

Phillips e Brennan (1976) relataram o estudo realizado através do programa de educação pública da Canadian Cancer Society, que tem promovido o método do AEM e procurado avaliar seu efeito por meio de pesquisas de opinião pública. Essas pesquisas demonstraram que a proporção de mulheres que praticavam o AEM mensal ou ocasionalmente aumentou de 20% em 1960 para 38% em 1971. Em 1975 uma terceira pesquisa dessa mesma sociedade também demonstrou aumento na proporção de mulheres que praticavam o AEM. Os resultados foram os seguintes: Dentre as mulheres que costumavam examinar suas mamas, 36% o faziam mensalmente, 27% ocasionalmente, 36% nunca haviam examinado suas mamas e 1% não conheciam o AEM. Com relação a idade e nível educacional os achados se assemelham aos de outros pesquisadores anteriormente mencionados, ou seja, a prática do AEM aumenta à medida que aumenta o nível educacional e diminui após 45 anos de idade. As mulheres que não praticavam o AEM forneceram as seguintes razões: a) ouviram falar mas não conheciam o AEM (26%); b) eram examinadas pelo médico (21%); c) não se preocupavam com câncer de mama (19%); d) não sabiam como fazer o AEM (14%); e) era muito trabalhoso (5%); f) tinham medo de encontrar alguma coisa grave (4%); e g) nunca ouviram falar no AEM (3%). Identificou-se também neste estudo que 55% das mulheres não estavam interessadas em aprender a técnica do AEM. Isto requer, segundo os autores, um novo enfoque para o AEM como prática de saúde. The Canadian Cancer Society tem ensinado

a técnica do AEM através de projeções de filmes e distribuição de panfletos, porém ressalta que as mulheres são mais beneficiadas quando a técnica é ensinada por demonstrações feitas pelo médico, o que conduz a um exame mais completo. Os autores não fazem referência quanto a população e número da amostra estudada.

Apesar da evidência, no estudo sobre o aumento gradual na proporção de mulheres que realizavam o AEM, observou-se percentagens significativas de mulheres que praticavam o AEM irregularmente e de mulheres que nunca praticavam o AEM. Parece importante a investigação destes aspectos, uma vez que, a frequência do exame é um fator que está fortemente relacionado à detecção precoce do câncer de mama.

Embora alguns autores apresentem restrições a respeito da prática do AEM e de sua eficiência na detecção precoce do câncer de mama, outros estudiosos tem enfatizado claramente as vantagens e as razões para que as mulheres pratiquem o AEM.

Moore (1978) tecendo considerações sobre o AEM afirma que, este exame, além de ser feito pela própria mulher, não envolve custo e não é radioativo e isto deveria ser enfatizado à mulher que está aprendendo a técnica do AEM. Quando a técnica é bem ensinada, se for praticada de forma apropriada e constante, pode salvar a vida da mulher pela detecção precoce do câncer. Moore (1978) refere-se à evidência de que a maioria dos tumores são descobertos pela própria mulher e considera importante que os estudiosos relatem em seus

trabalhos, se o tumor foi descoberto por ocasião do AEM ou acidentalmente. É possível que, mesmo a descoberta acidental seja mais frequente em mulheres que costumam realizar o AEM e isto deve ser investigado. As possíveis dificuldades enfrentadas pela mulher ao praticar o AEM são discutidas, principalmente o medo provocado pela idéia de detectar um tumor maligno. O autor recomenda que sejam feitos estudos para elucidar esses aspectos.

Relatos semelhantes foram feitos por Haagensen (1971) sobre sua experiência com pacientes portadoras de câncer. No período de 1942 a 1967, em 1669 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, 85,3% dos tumores foram detectados pela própria mulher, enquanto que apenas 14,7% dos diagnósticos foram feitos por exame médico. Um fato considerado trágico, pelo autor, é que comumente as mulheres mesmo após a descoberta do tumor, demoram um longo tempo até consultarem um médico, ocasionando atraso no diagnóstico. O autor dá ênfase à prática do AEM e ao ensino da maneira correta de como praticá-lo e acrescenta que, embora o médico desempenhe um importante papel na detecção precoce do câncer de mama, a maioria das mulheres não comparecem à consulta médica com frequência que assegure a possibilidade de detecção do câncer em um estágio precoce. Visando a detecção do câncer de mama a mulher deveria consultar o médico pelo menos cada três meses e para isto não há médicos suficientes, não há tempo disponível e o custo seria muito elevado, portanto, o melhor é ensinar a própria mulher a examinar suas mamas.



Alguns autores ressaltam a importância da combinação da prática do AEM com o exame médico periódico, segundo esses estudiosos, neste caso, a mulher adquire maior confiança na prática do AEM e diminui a possibilidade de atraso no diagnóstico, o que é extremamente importante na detecção de câncer de mama.

A necessidade de estimular as mulheres a praticarem o AEM é enfatizada por Miller, Chamberlain e Tsechkovski (1985). Esses autores salientam que a prática do AEM exige da mulher um comportamento ativo, logo, é necessário motivá-las a assumir este novo papel e encorajá-las a procurar o médico em caso de encontrar anormalidades. O AEM conforme entendem Miller et al (1985) não deve ser substituído por outros métodos de detecção precoce de câncer, assim, a mulher deve ser também orientada para a necessidade do exame da mama que deve ser feito anualmente pelo médico ou por enfermeira treinada. Além disso deve ser desenvolvido um programa para ensinar o AEM. O programa deveria incluir principalmente a população feminina considerada de alto risco destacando-se o fator idade e história de câncer na família. Para estes autores a incidência de câncer de mama, por idade, varia em diferentes países, mas de um modo geral as mulheres com idade acima de 35 ou 40 anos podem ser consideradas como parte da população de risco para efeito de serem incluídas no programa de educação para o ensino do AEM.

Sumarizando, a revisão dos estudos evidenciou que:

- Na maioria dos casos é a própria mulher que detecta o câncer de mama.
- Embora haja controvérsias, alguns estudos mostram associação significativa entre prática de AEM e detecção precoce de câncer de mama.
- Muitas mulheres não praticam o AEM.
- Dentre as mulheres que praticam o AEM muitas não o fazem regularmente.
- A prática mensal do AEM poderá diminuir a descoberta acidental do câncer de mama, pela própria mulher, possibilitando a detecção do câncer em estágios mais favoráveis devido a frequência com que pode ser feito.
- O AEM não envolve custo, não apresenta risco para a mulher e pode ser feito no próprio domicílio.
- O AEM deve ser considerado prática complementar ao exame médico periódico.
- A prática do AEM poderá conduzir à reações de medo e pânico acarretando um comportamento de "fuga" com relação ao AEM, portanto, é necessário que um novo enfoque seja dado à prática do AEM a fim de reduzir tensões emocionais e estimular as mulheres a realizarem o AEM.
- Os profissionais da área da saúde, principalmente os médicos e os enfermeiros tem um importante papel no que se refere ao ensino do AEM, no sentido de orientar

as mulheres sobre a necessidade de fazer o AEM e como fazê-lo corretamente.

### Estudos sobre Atitudes em Relação a Câncer

Atitudes face a câncer tem merecido especial atenção por parte dos cientistas sociais, principalmente daqueles que atuam na área da saúde. O interesse dos pesquisadores parece refletir a necessidade de melhor conhecimento sobre atitudes em relação a câncer e como essas atitudes poderão interferir nos comportamentos preventivos que representam ações fundamentais para o controle do câncer.

Richardson e Woolcott (1967) conduziram uma pesquisa com 984 indivíduos, homens e mulheres adultos visando a identificação de conhecimentos, crenças e atitudes em relação a câncer. Também foram coletados dados sobre ansiedade face a câncer. Os resultados revelaram que, o câncer foi considerado por 66,6% da amostra como a doença mais temida. A variável ansiedade foi medida em homens e mulheres separadamente. Os autores não apresentam detalhes no que se refere à forma como foi medida a ansiedade. Os resultados mostraram que houve uma diferença significativa entre os homens com mais de 60 anos e aqueles com idade abaixo de 60 anos. Os homens com idade acima de 60 anos mostraram um nível mais elevado de ansiedade quanto à possibilidade de ter câncer. Não houve diferenças significativas entre homens e mulheres com diferentes idades. Quanto a experiência pessoal com câncer, a maioria

dos respondentes disseram que tinham um amigo ou familiar portador de câncer, 2% dos homens e 1% das mulheres disseram que eles mesmos tiveram câncer e mais de um terço dos entrevistados referiram conhecer alguma pessoa já curada do câncer.

Com respeito a suscetibilidade para ter o câncer o estudo revelou que, cerca de metade dos respondentes acreditavam que tanto os homens como as mulheres tinham igual possibilidade de ter câncer. Quanto aos demais respondentes, as mulheres disseram que o câncer é mais frequente em mulher, e os homens disseram que o câncer é mais comum em homens. As seguintes variáveis foram referidas, pelos entrevistados, como possíveis causas de câncer: a) fumo, b) traumas físicos, c) ansiedade, d) "sangue fraco" e e) multiparidade. No que se refere a possibilidade de cura de câncer, 40% dos 984 respondentes disseram que câncer não é curável. Essa crença foi mais frequentemente sustentada pelas pessoas: a) com idade acima de 60 anos, b) com baixo nível educacional e c) com baixo nível sócio-econômico. Quanto a prevenção de câncer, apenas um quinto dos entrevistados disseram já ter feito algum exame preventivo. Entre os indivíduos que nunca tinham feito exame preventivo de câncer, as mulheres solteiras com mais de 60 anos foram as mais resistentes em considerar necessário o exame preventivo de câncer; o mesmo ocorrendo com as mulheres divorciadas, separadas e viúvas. As mulheres com mais de 60 anos, acham desnecessário que mais informações

sobre câncer sejam fornecidas à população, entretanto, 80% de todos os indivíduos da amostra manifestaram desejo de receber mais informações sobre câncer.

Destaca-se no estudo de Richardson e Woolcott o fato das mulheres com mais de 60 anos apresentarem relutância para fazer exames preventivos de câncer, uma vez que, as pesquisas evidenciam que dentre os tipos de câncer mais frequentes na população feminina, o câncer de mama tem incidência bastante elevada no grupo das mulheres mais idosas.

Com a finalidade de estudar crenças e sentimentos sobre o câncer, poliomelite, tuberculose e doença mental, Jenkins (1966) entrevistou 436 indivíduos, sendo 202 homens e 234 mulheres com idade entre 20 e 39 anos. Um instrumento, The Semantic Differential for Health (SDH), foi aplicado à amostra. O autor sugere que o SDH é sensível para captar diferenças quanto às percepções das pessoas no que se refere à crenças e sentimentos sobre doenças. Os seguintes achados foram encontrados: Das quatro doenças em estudo, o câncer foi considerado como a doença que atinge o maior número de pessoas e muitos respondentes disseram que acreditavam ter maior possibilidade de serem acometidos por câncer do que por tuberculose, poliomelite ou doença mental. Com relação a idade, o câncer foi percebido como doença que atinge com mais frequência as pessoas na meia idade e na velhice. Jenkins também observou que, das quatro doenças, o câncer foi percebido como a causa

mais comum de morte.

O estudo de Jenkins (1966) também mostrou que as pessoas acreditam que o câncer é a doença mais dolorosa, mais temida e a mais grave dentre as doenças estudadas. O câncer foi percebido como doença que: a) causa muita preocupação, b) é difícil ou impossível de se prevenir e c) é uma doença misteriosa. O autor considera que os respondentes revelaram atitudes mais desfavoráveis face a câncer do que as atitudes relacionadas com as outras três doenças.

Investigação semelhante foi realizada por Antonovsky (1972) com o objetivo de estudar crenças e sentimentos sobre as seguintes doenças: câncer, cardiopatias, doença mental e cólera. A amostra constituiu-se de 1770 indivíduos, homens e mulheres com idade acima de 20 anos. O instrumento utilizado para coleta de dados foi o mesmo utilizado por Jenkins (1966), The Semantic Differential for Health. Os resultados encontrados revelaram que: das quatro doenças em estudo, o câncer foi considerado como a doença mais grave e fatal, que deixa marcas e incapacidades. Os escores médios obtidos nos itens de fatalidade do câncer foram significativamente mais altos do que os escores das outras doenças. O câncer foi percebido como a doença mais difícil de ser prevenida, como pode ser observado pela distribuição das médias dos escores: câncer (7.35); doença cardíaca (6.38); doença mental (5.77) e cólera (3.57).

Os achados do estudo de Antonovsky no que concerne à prevenção de câncer, gravidade e fatalidade dessa doença, se assemelham àqueles encontrados por Jenkins (1966) anteriormente apresentados neste trabalho.

Brooks (1979) faz uma explanação sobre atitudes face a câncer, tanto das pessoas leigas como dos profissionais da área da saúde especificamente médicos e enfermeiros. A autora refere que, o estudo das atitudes em relação a câncer pode fornecer informações úteis para o planejamento de intervenções assistenciais, em todos os níveis de prevenção. Brooks (1979) enfatiza a importância do diagnóstico precoce e acrescenta que a quantidade e a qualidade dos cuidados médicos e de enfermagem serão influenciados pelo estágio no qual o câncer for diagnosticado. Para Brooks (1979) a demora no diagnóstico de câncer pode ocorrer por diversos fatores destacando-se diferentes tipos de medo tais como: a) medo do contexto médico de um modo geral, incluindo: hospitais, médicos, cirurgias e as experiências negativas de outros pacientes; b) medo da separação da família, abrangendo: hospitalização, perda de responsabilidade, perda de independência, perda de interação social e morte e; c) medo da própria doença, que inclui: dor, estigma social, deformidades, incapacidades, isolamento social, desamparo e morte. Os diversos aspectos do medo, segundo a autora, são importantes porque eles podem afetar o comportamento do paciente em diferentes situações no

decorrer da doença. Isto pode requerer uma diversidade de estratégias de intervenções assistenciais.

Como as atitudes dos profissionais também são importantes, Brooks (1979) sugere que estudos cuidadosos sejam feitos para clarificar o papel do médico tanto nas circunstâncias em que o paciente demora para procurar o médico atrasando o diagnóstico como no atraso que ocorre entre o diagnóstico e o início do tratamento. Quanto à formação de atitudes, Brooks refere com base em outros estudos, que as atitudes são inicialmente adotadas de outras pessoas e posteriormente são modificadas ou reforçadas. Assim, no caso de atitudes face a câncer, os profissionais da área da saúde, incluindo os enfermeiros, poderão desempenhar um relevante papel na formação de atitudes do público de modo geral.

A American Cancer Society (ACS) (1980) realizou uma pesquisa que teve por finalidades: a) identificar atitudes face a câncer e b) identificar atitudes em relação a testes que visam a detecção de câncer. Foram entrevistadas 1553 pessoas de ambos os sexos com idade a partir de 18 anos. Os resultados revelaram que: em média, os respondentes subestimaram a incidência de câncer manifestando a crença de que apenas uma entre sete pessoas poderá desenvolver câncer. As estatísticas médicas estimam que uma entre quatro pessoas tem a probabilidade de ter câncer. Por outro lado foi revelado um certo pessimismo com relação a mortalidade. A média dos entrevistados manifestou a crença de que, uma



pessoa entre cinco com diagnóstico de câncer consegue sobreviver, no entanto, as estatísticas médicas indicam que a estimativa de sobrevivência é de uma entre três pessoas portadoras de câncer. Sobre o tratamento de câncer foi observado no estudo da ACS (1980) que, a maioria dos respondentes (80%) consideraram mais efetivo o tratamento cirúrgico, do que a quimioterapia e a radioterapia. A cirurgia foi referida como o tipo de tratamento que causa menos efeitos negativos, no entanto nenhum desses tratamentos foi considerado ótimo.

A pesquisa da ACS (1980) ainda revelou que um número considerável de pessoas mostraram desconhecer alguns dos sinais de alarme eventualmente indicativos de câncer. No que se refere aos testes para detecção de câncer os seguintes achados foram encontrados: A prática do auto-exame da mama (AEM) embora tenha sido relatada por 67% das mulheres, estas não o faziam corretamente e apenas uma minoria realizava o AEM mensalmente. Quanto ao exame para detecção de câncer de colon e reto, apenas 17% dos respondentes sabiam que um exame digital pode ser feito para detectar esses tipos de câncer e poucas pessoas (cerca de 14%) sabiam que o mesmo exame também pode detectar câncer de próstata. A realização de exame preventivo para câncer cérvico-uterino foi referida por 86% das mulheres da amostra, porém muitas mulheres não tinham conhecimento preciso sobre a finalidade de exame. Apenas 16% das entrevistadas estavam conscientes de que o teste de

Papanicolau visa a detecção do câncer cêrvico uterino e não detecta o câncer endometrial. Na mesma pesquisa também foram investigadas as crenças associadas ao hábito de fumar e sua relação com o câncer de pulmão. Os seguintes resultados foram encontrados: A maioria dos respondentes, incluindo os fumantes e os não fumantes, manifestaram a crença de que o cigarro é a principal causa do câncer. Os indivíduos que tinham o hábito de fumar reconheciam que estavam prejudicando a saúde, no entanto, continuavam fumando. Dentre as pessoas que tinham o hábito de fumar 71% acreditavam na possibilidade de cura do câncer do pulmão se detectado precocemente, o que os pesquisadores da ACS (1980) consideraram um otimismo exagerado, uma vez que, o câncer de pulmão apresenta pouca possibilidade de cura.

- O estudo realizado pela ACS (1980) sugere que mais informações e orientações devem ser fornecidas à população a fim de que suas crenças, atitudes e ações possam contribuir para a prevenção e detecção precoce de câncer.

Os pesquisadores tem se preocupado em estudar atitudes face a câncer tanto da população de um modo geral como dos profissionais da área da saúde. E os pacientes portadores de câncer, quais seriam seus sentimentos e crenças sobre a própria doença?

Dodd, Chen, Lindsey e Piper (1985) procuraram identificar atitudes face a câncer entre pacientes

portadores de câncer. O estudo foi realizado em um hospital de ensino em Taipei, na China. A amostra não probabilística constituiu-se de 40 pacientes, de ambos os sexos, com idade entre 17 e 77 anos e que consentiram em participar do estudo. A distribuição dos pacientes por diagnóstico foi a seguinte: 10 pacientes tinham câncer de nasofaringe; 18 eram portadores de câncer cêrvico uterino, 10 tinham leucemia e 2 pacientes tinham outros tipos de câncer. Todos os pacientes foram submetidos a um dos tipos usuais de tratamento de câncer (quimioterapia, radioterapia, cirurgia), isolados ou a uma combinação desses tratamentos.

Os resultados dos estudos de Dodd et al (1985) mostraram que: A maioria (60%) dos pacientes referiram desconhecer a causa do câncer de que eram portadores.<sup>x</sup> Dentre os pacientes que atribuíram alguma causa, as seguintes respostas foram dadas: a) situações estressantes prolongadas, b) acúmulo de desconforto físico, c) tabagismo e alcoolismo e d) outras respostas (muitos filhos, pouca higiene e má personalidade). As respostas pertencentes ao item (d) foram dadas por 4 pacientes portadores de câncer cêrvico uterino. Quanto à percepção do paciente sobre o significado do câncer,<sup>x</sup> 37,5% dos pacientes consideraram que tinham uma doença grave, com poucas esperanças de recuperação e que estavam se preparando para a morte; 17,5% disseram que não se

preocupavam com a doença, 12,5% disseram que o câncer influenciou suas emoções, 12,5% referiram que o câncer limitou suas atividades para o trabalho devido a necessidade de mais repouso, 10% disseram que o câncer significava dor e sofrimento e 10% dos pacientes deram outras respostas que não foram relatadas pelas autoras. O estudo de Dodd et al (1985) ainda revelou que: A maioria dos pacientes (77%) que tinham um prognóstico favorável, do ponto de vista médico,<sup>x</sup> acreditavam que sua doença era potencialmente curável. No entanto a maioria dos pacientes (65%) com câncer avançado, logo, com prognóstico mais desfavoráveis também acreditavam na possibilidade de cura do câncer. No que se refere à escolaridade as autoras relataram que os pacientes com baixo nível de escolaridade apresentaram atitudes mais favoráveis face a câncer e seu tratamento do que os pacientes com níveis mais elevados de escolaridade.

Embora não sejam numerosas as investigações sobre atitudes face a câncer, a revisão dos estudos demonstrou o interesse dos pesquisadores na identificação de sentimentos e crenças que possam estar interferindo nos comportamentos das pessoas, principalmente no que se refere à prevenção e detecção precoce de câncer, bem como a procura imediata dos serviços médicos por aqueles que tenham evidenciado alguma suspeita de câncer.

Estudos baseados no Modelo de crença, atitude, intenção e comportamento de Fishbein e Ajzen (1975).

Para o estudo de uma ciência em formação, como é o caso da enfermagem, com matéria ou objeto ainda em busca de delimitação, o caminho tem sido trabalhar-se com conceitos centrais em modelos teóricos ou paradigmas que procurem guiar o conhecimento da realidade (Oliveira, 1985).

Com o objetivo de examinar a extensão na qual o Modelo de Fishbein e Ajzen (1975) poderia predizer o comportamento relacionado à Prática do auto-exame da mama (AEM), Horne, McDermott e Gold (1986) estudaram uma amostra de 163 mulheres com idade de 20 a 67 anos de idade, trabalhadoras em um estabelecimento de ensino superior. Foi aplicado à amostra um questionário elaborado com base no protocolo descrito por Fishbein e Ajzen (1975). O comportamento de interesse foi definido pelas autoras por "desempenho de auto-exame da mama em um período de 4 semanas."

A seguinte hipótese nula foi formulada: O modelo de intenções comportamentais não é um preditor significativo de intenções de mulheres na prática do AEM, em um período de 4 semanas. As mulheres foram classificadas em categorias segundo o relato da prática de AEM realizada nos três meses que precederam a coleta de dados. As categorias foram as seguintes: (a) "não praticantes", (b) "praticantes com frequência boa" e (c) "praticantes com frequência ótima".

Outro objetivo do estudo de Horne et al (1986) foi

examinar os subcomponentes do Modelo de Fishbein e Ajzen (1975) por categoria de praticante do AEM. O modelo fornece um marco teórico para medida de atitude e de normas subjetivas. O componente atitude tem duas variáveis: (a) as crenças sobre o resultado da realização do AEM e (b) avaliação dos resultados das crenças comportamentais. A norma subjetiva é um outro componente também influenciado por duas variáveis: (a) a expectativa das pessoas significativas (crença normativas) e (b) motivação para agir de acordo com as expectativas das pessoas significativas. Com referência aos subcomponentes do modelo a seguinte hipótese nula foi elaborada: Não há diferença entre os grupos de mulheres não praticantes de AEM, praticantes com frequência boa e frequência ótima no que se refere às suas crenças sobre os resultados da prática do AEM, avaliação desses resultados, crenças normativas e motivação para agir de acordo com as expectativas das pessoas significativas. A análise estatística foi feita utilizando-se: (a) frequências, percentagens e médias, (b) teste de regressão linear múltipla, análise de variância (ANOVA) e o método de Scheffé.

Os resultados demonstraram que 46 mulheres (28,6%) relataram praticar o AEM uma ou mais vezes por mês (frequência ótima), 67 respondentes (41,1%) referiram ter praticado o AEM uma ou duas vezes nos últimos três meses (frequência boa) e 48 mulheres (30,3%) foram identificadas como não praticantes. Os resultados da análise de regressão

múltipla indicaram que o Modelo de Fishbein e Ajzen (1975) foi um preditor significativo de intenções das mulheres para a realização do AEM; os seguintes valores foram encontrados:  $F(2,142) = 20.15$  ( $p < 0,05$ ) e  $R^2 = 0,22$ . A hipótese relacionada às praticantes de frequência boa foi rejeitada; os valores encontrados foram:  $R^2 = 0,16$  e  $F(2,59) = 5,70$  ( $p < 0,05$ ). As hipóteses referentes às praticantes de frequência ótima e não praticantes não foram rejeitadas. A análise da avaliação das consequências da realização do AEM evidenciou um  $F(2,154) = 9.07$  ( $p < 0,05$ ). A análise de Scheffé mostrou que as praticantes com frequência ótima diferem das não praticantes mas não diferem das praticantes com frequência boa. A análise das crenças normativas revelou um  $F(2,159) = 6,11$  ( $p < 0,05$ ). O teste de Scheffé demonstrou que as mulheres não praticantes diferiram tanto daquelas com frequência ótima como das praticantes com frequência boa. A hipótese nula relacionada à motivação para agir não foi rejeitada  $F(2,156) = 1,96$  ( $p = 0,05$ ).

Para Horne et al (1986) o Modelo de Fishbein e Ajzen (1975) foi capaz de prever intenções para a prática do AEM para as praticantes de frequência boa mas não para as praticantes com frequência ótima ou para as mulheres não praticantes. Segundo as autoras, é possível que as categorias de "ótimo" e "não praticantes" representem tipos extremos de comportamentos em saúde e talvez o modelo seja capaz de prever apenas comportamentos

moderados.

Althoff (1985) conduziu uma pesquisa visando estabelecer relação entre atitude de mães face ao aleitamento materno e o incentivo por elas recebido nas maternidades. O Modelo de crença, atitude, intenção e comportamento de Fishbein e Ajzen (1975) foi utilizado como marco teórico do estudo excluindo-se os aspectos referentes ao comportamento. A amostra não probabilística foi constituída por 180 mães internadas em duas maternidades, 90 mães em cada instituição. As maternidades foram rotuladas de A e B. Para a coleta de dados foram desenvolvidos, pela autora, três instrumentos: (a) uma escala de Atitude das Mães face ao Aleitamento materno (AMAM), (b) um questionário sobre o Incentivo à Amamentação recebido pelas mães nas Maternidades (IAM), visando a obtenção de dados sobre informações (IAM<sub>i</sub>) e apoio (IAM<sub>a</sub>) e (c) um questionário para o levantamento das variáveis estranhas. A análise dos dados foi feita com a utilização do teste U de Mann Whitney, teste W de Wilcoxon, coeficiente de correlação de Pearson e médias. As hipóteses de pesquisa foram as seguintes: H<sub>1</sub> = A atitude das mães na maternidade que possui incentivo à amamentação será mais favorável do que naquela que não tiver incentivo e H<sub>2</sub> = Existe relação positiva entre atitude das mães face ao aleitamento materno e o incentivo à amamentação por elas recebido na maternidade, a partir da internação até o segundo dia pós-parto. Os resultados obtidos evidenciaram que: Com relação à primeira hipótese a análise estatística



efetuada pelos testes U e W revelou uma probabilidade  $p= 0.37$  o que significa que, a um nível de significância de 0.05 não se pode afirmar que os escores obtidos pelas mães nas duas maternidades são diferentes, logo, não se pode afirmar que as atitudes das mães são diferentes nas duas maternidades. Quanto à segunda hipótese a análise estatística feita pelos coeficientes de correlação de Pearson entre os escores obtidos pelas mães na escala AMAM e nos questionários  $IAM_a$  e  $IAM_i$ , revelaram um coeficiente de 0.23 ( $p= 0,01$ ) entre AMAM e IAM; e 0.08 ( $p= 0.20$ ) entre AMAM e  $IAM_a$  na maternidade A, enquanto que na maternidade B, os coeficientes 0.13 ( $p= 0.10$ ) entre AMAM e  $IAM_i$ , e 0.21 ( $p= 0.02$ ) entre AMAM e  $IAM_a$ . A inconsistência desses resultados segundo a autora, não permitiu afirmar a relação entre atitude das mães face ao aleitamento materno e o incentivo por elas recebido na maternidade, desde a internação até o segundo dia pós-parto.

Com relação ao marco teórico do estudo Althoff (1985) referiu que as mães estudadas demonstraram predisposição aprendida para responder favoravelmente em relação ao aleitamento materno conforme afirma Fishbein e Ajzen (1975), porque ouviram falar sobre as vantagens e responderam consistentemente às perguntas dos instrumentos que enfatizaram estes aspectos. Apesar de não se identificar a existência de incentivo de informação e apoio nas maternidades, constatou-se que a maioria das mães possuíam crenças e atitudes favoráveis ao aleitamento materno e

e todas tinham a intenção de amamentar. Isto, segundo a autora, leva a crer que o Modelo de Fishbein e Ajzen (1975) facilitou o direcionamento metodológico do estudo, sendo portanto um modelo apropriado para o estudo de atitudes de mães face ao aleitamento materno.

Gonçalves (1980) também utilizou o Modelo de Fishbein e Ajzen (1975) em estudo que teve por objetivo desenvolver um instrumento de medida de atitude em relação ao velho. O instrumento contendo 46 itens foi construído sob a forma de escala Likert e aplicado a uma população de 138 pessoas adultas de 18 a 55 anos de idade. A escala de Medida de Atitude dos Adultos em Relação ao Velho (MAARV), após teste de confiabilidade pela análise de correlação item-total de Pearson passou a conter, em sua forma final 26 itens. A autora referiu que os resultados obtidos em seu estudo permitem planejar passos para o refinamento do instrumento em pesquisas futuras. Como principal limitação Gonçalves (1980) referiu-se à impossibilidade técnica, no momento da análise dos dados, para determinar o coeficiente Alpha de Cronback na confiabilidade do instrumento.

Embora a autora tenha utilizado o modelo de Fishbein e Ajzen (1975) como marco teórico, não foi identificado no estudo o relacionamento dos componentes do modelo com os resultados obtidos.

Com a finalidade de investigar a intenção comportamental e o comportamento no uso de drogas, Cook, Lounsbury e Fontenelle (1980) utilizaram o Modelo de Fishbein e Ajzen

(1975) estudando uma amostra de 349 estudantes universitários. A média de idade dos participantes foi de 20 anos e 52% pertenciam ao sexo feminino. Um questionário com 12 itens foi aplicado à amostra e as questões referiram-se a: (a) frequência de uso de drogas, (b) atitudes em relação ao uso de drogas, (c) preocupação com a segurança psicológica e (d) normas subjetivas. A análise estatística no que se refere aos componentes atitudes e normas subjetivas, foi feita com a utilização de média e desvio padrão. O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para examinar a relação entre: (a) frequência do uso das drogas e atitudes face ao uso das drogas e (b) atitudes face às consequências do uso das drogas e normas subjetivas. As drogas selecionadas para o estudo foram: maconha, anfetamina, tranquilizantes e cerveja.

Os resultados mostraram que tanto os fatores atitudinais como as normas subjetivas foram altamente relacionadas com a frequência do uso das drogas. Não foi estatisticamente significativa a correlação entre atitude face às consequências do consumo de anfetamina e de cerveja. Uma correlação moderada foi encontrada entre a frequência do uso das drogas e o consumo de maconha e de tranquilizantes. Foi evidenciada uma correlação de moderada para alta entre os três fatores: atitude face ao uso de drogas, normas subjetivas e atitudes face aos resultados do uso das drogas. Os achados do estudo de Cook et al (1980) apoiaram a proposta do Modelo de Fishbein e Ajzen (1975) para desempenho do comportamento, no

caso do uso das 4 drogas enfocadas no estudo. Os resultados sugerem que atitudes em relação às consequências do uso de drogas podem não ser apropriadas para a predição do uso de drogas.

Os estudos sugerem que o Modelo de Fishbein e Ajzen (1975) é adequado para o direcionamento de pesquisas na área social nos aspectos de crenças, atitudes, intenções comportamentais e comportamento.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGIA

Este capítulo contém a descrição das etapas do desenvolvimento do estudo e inclui nove tópicos como segue: o tipo de pesquisa, as variáveis, as hipóteses, a fonte de obtenção dos dados, o local da pesquisa, população e amostra, os instrumentos para a coleta de dados, os procedimentos para coleta de dados e os procedimentos para análise de dados.

#### Tipo de Pesquisa

É um estudo descritivo correlacional de nível 2, segundo Brink e Wood (1978, p. 78).

#### Variáveis

As variáveis principais do estudo são: prática do auto-exame da mama (AEM) e atitudes face a câncer.

As variáveis secundárias são: (a) nível de instrução, (b) contato direto com pacientes portadores de câncer, familiares ou amigos com câncer, (c) idade e (d) paridade.

#### Codificação das Variáveis

As variáveis foram codificadas como segue: prática de

auto-exame da mama, 1= sim e 2= não; porque faz o auto-exame da mama, 1= não acha necessário, 2= não está acostumada, 3= não tem interesse, 4= não sabe examinar, 5= nunca teve problema, 6= por medo, 7= faz o exame das mamas durante a consulta médica, 8= outros; quando faz o auto-exame da mama, 1= uma semana antes da menstruação, 2= uma semana após a menstruação e 3= em qualquer dia do mes; nível de instrução, 1= primeiro grau incompleto, 2= primeiro grau completo ou segundo grau incompleto, 3= segundo grau completo ou curso superior incompleto e 4= curso superior completo; contato com pessoas portadoras de câncer (incluindo pacientes, família ou amigos), 1= sim e 2= não; paridade, 1= nulipara, 2= 1 filho ou mais; idade, em anos de acordo com as respostas obtidas no Questionário Preliminar.

Para a descrição das variáveis foram utilizadas percentagens e médias.

### Hipóteses

Cinco hipóteses foram formuladas para este estudo.

1. Existe relação entre prática de AEM e atitudes face a câncer, das mulheres que trabalham na FHSC.
2. Existe relação entre prática de AEM e idade das mulheres com 35 anos ou mais, que trabalham na FHSC.
3. Existe relação entre prática de AEM e nível de

- instrução das mulheres que trabalham na FHSC.
4. Existe relação entre o AEM praticado pelas mulheres que trabalham na FHSC e contato direto com pacientes portadores de câncer, familiares ou amigos com câncer.
  5. Existe relação entre prática do AEM e paridade das mulheres que trabalham na FHSC.

#### Fonte de Obtenção dos Dados

O presente estudo utilizou os dados secundários que se encontram disponíveis no Departamento de Enfermagem e no Departamento de Ciências Estatísticas e de Computação da Universidade Federal de Santa Catarina. Os dados foram coletados por Neves, Rodrigues, Santos, Hasse, e Radtúnz (1986 b). Assim, as etapas seguintes referem-se ao estudo de Neves et al (1986 b): (a) local da pesquisa, (b) população e amostra, (c) instrumento para coleta de dados e (d) procedimentos para coleta de dados. Estas etapas são descritas no presente trabalho a fim de informar sobre a metodologia utilizada por Neves et al (1986 b).

#### Local da Pesquisa

O estudo de Neves et al (1986 b) foi realizado em 4 hospitais, três institutos e 1 setor de administração central da Fundação Hospitalar de Santa Catarina localizados no Município de Florianópolis e em 2 hospitais da mesma instituição localizadas no município de São José. As unidades selecionadas

foram: (a) dois hospitais gerais, (b) três hospitais especializados, (c) uma maternidade, (d) um instituto de cardiologia, (e) um instituto de reabilitação, (f) um instituto hemoterápico e (g) um setor de administração central. Dessas unidades da FHSC as seguintes admitem pacientes portadores de câncer: (a) os dois hospitais gerais e (b) o setor de ginecologia da maternidade.

#### População e Amostra

A população do estudo de Neves et al (1986 b) constituiu-se de mulheres servidoras da Fundação Hospitalar de Santa Catarina nos municípios de Florianópolis e de São José. Para evitar que as atitudes das mulheres fossem resultantes de cursos ou campanhas de educação sobre câncer, assegurou-se que nos últimos anos nenhuma atividade dessa natureza havia sido realizada pela FHSC.

A partir de uma relação nominal fornecida pela FHSC de um mil trezentas e quarenta servidoras nos locais selecionadas para o estudo foram distribuídos às mulheres, em junho de 1985, um Questionário Preliminar (Anexo 1) contendo dados necessários à composição dos estratos para a seleção da amostra. Foram preenchidos um mil duzentos e vinte e três questionários pelas mulheres que estavam exercendo suas ocupações no período determinado para essa coleta de dados. No entanto, foram eliminados os questionários das mulheres que deixaram de responder às questões sobre nível de instrução e contato com pessoas portadoras de câncer, resultando em um mil cento e cinquenta e nove



mulheres que passaram a compor a população do estudo.

A amostra probabilística estratificada foi selecionada utilizando-se a técnica de amostragem proporcional e constituiu-se de mulheres que foram sorteadas nos 8 estratos obtidos de uma combinação de variáveis como segue: (a) nível de instrução (primeiro grau incompleto; primeiro grau completo e segundo grau incompleto; segundo grau completo e superior incompleto; e superior completo) e (b) contato com pacientes portadores de câncer, familiares ou amigos com câncer (sim e não). A Tabela 1 apresenta: (a) composição dos 8 estratos da população, resultante da combinação das variáveis conforme proposto para este estudo e (b) o número de mulheres nos estratos dos quais a amostra foi selecionada. Em cada estrato foram sorteadas entre 41% a 42% das mulheres. A fim de repor eventuais perdas de sujeitos foram sorteadas entre 28% a 35% das mulheres da amostra e incluídas como reserva. Assim determinada, a amostra prevista constituiu-se de quatrocentas e noventa e oito mulheres, porém, após a aplicação da Escala de Atitude em Relação a Câncer, foram eliminados os questionários das mulheres que não responderam todos os itens da escala. Portanto, a amostra resultou em quatrocentas e trinta e quatro mulheres.

O presente estudo utilizou os dados obtidos pela amostra total do estudo de Neves et al (1986 b).

Tabela 1

## Composição dos Oitos Estratos da População

## Alvo para seleção da Amostra

Estrato	Nível de Instrução	Contato com Câncer	Número de mulheres no estrato	Número de mulheres na amostra	Número de mulheres na amostra incluindo reserva
1	1º Grau incompleto	Não	129	55	72
2	1º Grau completo ou 2º Grau incompleto	Não	105	45	59
3	2º Grau completo ou Superior incompleto	Não	112	48	63
4	Superior	Não	40	17	23
5	1º Grau incompleto	Sim	170	73	95
6	1º Grau completo ou 2º Grau incompleto	Sim	250	108	140
7	2º Grau completo ou Curso Superior incompleto	Sim	272	117	152
8	Curso Superior completo	Sim	81	35	45

## Instrumentos para Coleta de Dados

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados: (a) um Questionário Preliminar e (b) uma Escala de Atitude em Relação a Câncer (EAC), de Rodrigues, Franco, Cartana, Herrera e Santana (1986), modificada por Neves, Rodrigues, Santos, Hasse e Radünz (1986 a).

### Questionário Preliminar

Este questionário inclui em seu conteúdo, dentre outras, as variáveis de interesse para o estudo que são: (a) idade, (b) nível de instrução, (c) relato sobre auto-exame de mama, (d) contato com pacientes portadores de câncer, familiares ou amigos com câncer, (e) época do mês que realiza o AEM e (f) paridade. O Questionário Preliminar, além de proporcionar dados para análise exploratória das variáveis, teve como finalidade auxiliar no processo de amostragem e fornecer informações sobre a identificação das servidoras e seus locais de trabalho. Isto foi necessário para possibilitar a localização das mulheres por ocasião da etapa seguinte da coleta de dados. Assim, este questionário foi aplicado previamente à população, em junho de 1985.

### Escala de Atitude em Relação a Câncer

#### O Instrumento original.

A EAC foi desenvolvida por Rodrigues et al (1984) como parte das atividades acadêmicas da disciplina Métodos Quantit

tativos de Pesquisa do Curso de Mestrado em Enfermagem, sob orientação da professora Eloita P. Neves. Para efeito de publicação o trabalho referente ao desenvolvimento da EAC foi preparado na disciplina Metodologia da Pesquisa II sob orientação das professoras Lúcia H. T. Gonçalves e Silvia N. Dau.

#### O Instrumento modificado.

A Escala de Atitude em Relação a Câncer (EAC) utilizada no estudo de Neves et al (1986 b) foi o instrumento desenvolvido por Rodrigues et al (1986) e modificado por Neves et al (1986 a). As modificações feitas por Neves et al (1986 a) foram as seguintes: (a) acréscimo de seis novos itens e (b) alterações feitas em vinte itens. Os itens novos foram elaborados com base nos resultados de entrevistas feitas com três mulheres (2 donas de casa e 1 enfermeira). As entrevistas abertas foram conduzidas com a finalidade de coletar os dados sobre opiniões e sentimentos das entrevistadas a respeito de câncer, que serviram de guia para o acréscimo de novos itens. As alterações feitas nos vinte itens por Neves et al (1986 a) tiveram por finalidade melhorar a compreensão dos mesmos. As modificações foram feitas com base em suas experiências pessoal e profissional. Da escala de Rodrigues et al (1986) foram mantidos doze itens sem modificações. Assim, a escala modificada por Neves et al (1986 a) contém 38 itens, sendo 19 considerados indicativos de atitudes favoráveis e 19 itens indicativos de atitudes

desfavoráveis (Anexo II). A EAC modificada por Neves et al (1986 a) foi aplicada à 434 mulheres servidoras em instituições de saúde. A confiabilidade da EAC foi obtida pelo método de consistência interna, calculado pelo coeficiente de correlação item-total de Pearson e pelo coeficiente alpha de Cronbach. A análise dos itens, obtida pela correlação de cada item com o número total de itens, evidenciou que os coeficientes de correlação de 10 dos 38 itens variaram entre 0.25 e 0.40. Outros 18 itens apresentaram coeficientes menores que 0.25 e 10 itens apresentaram coeficientes negativos. A tabela 2 apresenta a correlação item-total dos 38 itens da EAC. O coeficiente alpha de Cronbach obtido foi 0.61. A EAC foi utilizada para análise dos achados do estudo de Neves et al (1986 b) que também forneceu dados para o presente estudo.

#### Procedimentos de Coleta de Dados

Os dados obtidos por Neves et al (1986 b) foram coletados em três etapas como segue:

Na primeira etapa, em junho de 1985, o Questionário Preliminar, auto-aplicado, foi distribuído para um mil duzentas e vinte e três mulheres servidoras da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, que estavam presentes nos seus locais de trabalho naquele período, no momento da aplicação do questionário e que concordaram em respondê-lo. As finalidades do Questionário Preliminar foram descritas anteriormente. Os questionários foram codificados pelo

Correlação item-total dos 38 itens da escala EACobtidas por 434 mulheres servidoras em instituições de saúde

Item	Correlação item-total	Item	Correlação item-total
1	0.05	20	0.21
2	0.10	21	0.40
3	0.39	22	-0.03
4	0.12	23	0.24
5	0.18	24	0.23
6	-0.05	25	-0.02
7	0.19	26	0.10
8	0.39	27	0.21
9	-0.07	28	0.23
10	0.22	29	0.10
11	-0.09	30	0.05
12	0.10	31	0.19
13	0.36	32	-0.01
14	0.24	33	0.26
15	0.34	34	0.15
16	-0.00	35	0.23
17	-0.04	36	0.20
18	0.32	37	0.25
19	-0.17	38	-0.10

computador do seguinte modo: (a) os dois primeiros dígitos identificavam a unidade de trabalho e (b) os três últimos dígitos identificavam o número do sujeito. Das cinco pesquisadoras componentes do grupo de estudo de Neves et al (1986 b) duas participaram da coleta de dados nessa etapa, com mais três assistentes de pesquisa. Embora fazendo parte desse grupo, a pesquisadora do presente estudo não participou da coleta de dados nessa etapa.

A segunda etapa foi representada por um estudo piloto realizado por Neves et al (1986 b). A EAC foi aplicada a 30 mulheres servidoras em um dos hospitais da FHSC, incluindo dentre os locais selecionados para o estudo. A amostra foi selecionada de acordo com o processo de amostragem anteriormente descrito. As finalidades do estudo piloto foram: (a) testar a metodologia no que se refere aos procedimentos de seleção da amostra e (b) identificar eventuais dificuldades nas entrevistas e no preenchimento dos questionários, possibilitando as correções necessárias antes da realização do estudo global. A coleta de dados foi feita por seis entrevistadoras incluindo a participação desta pesquisadora.

Como não houve necessidade de modificações no instrumento e nos procedimentos, as mulheres selecionadas, para o estudo piloto foram incluídas no estudo global.

Na terceira etapa da coleta de dados a EAC foi aplicada a 434 mulheres servidoras na FHSC que estavam presentes nos seus locais de trabalho no momento da aplicação da esca

la e que concordaram em respondê-la. O período desta etapa correspondeu aos meses de novembro e dezembro de 1985 e primeira quinzena de janeiro de 1986. As servidoras que estavam em férias ou licença prolongada foram eliminadas do estudo, e aquelas que não estavam presentes nos seus locais de trabalho no momento da coleta de dados foram procuradas até 3 vezes, pela entrevistadoras, e no caso de não serem localizadas foram substituídas por outras mulheres componentes de um grupo de reservas conforme o planejamento do estudo.

Participaram da coleta de dados nessa etapa as cinco pesquisadoras incluindo a autora do presente estudo e mais uma assistente de pesquisa. As entrevistadoras, de posse da listagem das mulheres componentes da amostra localizavam-nas nos seus locais de trabalho. Dois procedimentos foram utilizados para administração da EAC: (a) às mulheres com escolaridade a nível de primeiro grau completo ou mais, a escala foi entregue para ser respondida individualmente, em presença da pesquisadora, mas sem a participação desta. Somente foram dados esclarecimentos referentes aos aspectos do preenchimento da escala, sem interpretar o conteúdo dos itens e (b) às mulheres com escolaridade a nível de primeiro grau incompleto a EAC foi entregue para ser respondida individualmente, sem participação da pesquisadora, devendo esta proceder a leitura de um exemplar da escala em seu poder, em voz alta, item por item, aguardando o preenchimento feito pela própria servidora. Também neste caso não se permiti



tiu esclarecimentos quanto a interpretação do conteúdo dos itens, pela entrevistadora. A cada respondente foi assegurada a garantia do anonimato e o respeito à sua intimidade quanto as informações fornecidas.

#### Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados foram analisados de acordo com o Statistical Package for the Social Sciences (1975) no Departamento de Ciências Estatísticas e de Computação da Universidade Federal de Santa Catarina.

O teste "t" de Student foi utilizado para analisar os dados referentes às hipóteses de números 1 e 2.

Para analisar os dados referentes às hipóteses de números 3, 4 e 5 utilizou-se o teste Qui-quadrado.

O nível de significância estabelecido foi de 0,05.

## CAPÍTULO IV

### APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo contém a análise, interpretação e discussão dos resultados desta investigação cujo objetivo foi identificar a relação entre prática de auto-exame de mama e atitudes face a câncer, das mulheres da população. A forma de apresentação inclui a descrição dos dados referentes às variáveis e dos dados relacionados aos testes das hipóteses.

#### Apresentação dos Dados Referentes às Variáveis

A amostra constituída por 434 mulheres foi examinada de acordo com as seguintes características: idade, nível de instrução, contato direto com pacientes portadores de câncer, familiares ou amigos com câncer, paridade, motivos para não praticar o auto-exame da mama (AEM) e época do mes, considerando o período menstrual, no qual as mulheres praticavam o AEM.

#### Idade

A idade das componentes da amostra variou de 21 a 61

anos com média de 34 anos. Das 431 mulheres que forneceram dados com relação à idade foram encontradas 120(27,8%) na faixa etária de 20 a 29 anos, 211(48,9%) na faixa etária de 30 a 39 anos, 80(18,5%) na faixa etária de 40 a 49 anos, 19(4,4%) na faixa etária de 50 a 59 anos e apenas 1 mulher na faixa etária de 60 a 69 anos. Na faixa etária de 35 e mais anos de idade foram encontradas 182 mulheres (42,2%).

### Nível de Instrução

Quanto ao nível de instrução, as 433 mulheres componentes da amostra que forneceram respostas foram distribuídas da seguinte forma: 113 (31,8%) o primeiro grau completo ou o segundo grau completo ou o segundo grau incompleto, 141(32,5%) o segundo grau completo ou curso superior incompleto e 41(9,4%) tinham o curso superior completo.

### Paridade

Das 381 mulheres que forneceram dados sobre a paridade, independente de sua faixa etária, 320(84,4%) tinham um filho, ou mais enquanto que 61(16,0%) eram nulíparas. Dentre as 182 mulheres com 35 e mais anos de idade, 156 (85,7%) tinham um filho ou mais e 26 (14,3%) eram nulíparas.

### Época da Realização do Auto-exame da Mama, Considerando o Período Menstrual

A prática do AEM foi referida por 311 mulheres(71,7%). Observa-se que a maioria das respondentes praticavam o AEM,

achados semelhantes foram encontrados por Senie et al (1981) e Bennett et al (1983). Dentre as mulheres que referiram praticar o AEM 36 (11,3%) o faziam uma semana antes da menstruação, 31 (9,7%) uma semana após a menstruação e 252 (79,0%) em qualquer dia do mes. No presente estudo não foram obtidos dados acerca da periodicidade do AEM, o que seria relevante face a importância da frequência da prática do AEM como um método de detecção precoce de câncer de mama. Embora os autores não indiquem uma frequência básica para a prática do AEM, Miller et al (1985) sugerem que a repetição frequente do exame facilita a detecção de modificações nas mamas e Bennett et al (1983) enfatizam a prática mensal do AEM.

No que se refere ao período do mes no qual as mulheres praticavam o AEM nota-se que a maioria o fazia em qualquer dia do mes. Sabe-se que existe a recomendação para que o AEM seja feito aproximadamente uma semana após a menstruação. Tem se procurado justificar essa orientação pelas modificações que podem ocorrer nas mamas nos períodos pré-menstrual e menstrual face as alterações hormonais. Nessas ocasiões as mamas podem estar mais sensíveis e a palpação pode torna-se uma prática desconfortável, além disso, pode ser mais difícil a detecção de anormalidades. Por outro lado, nos Estados Unidos as mulheres tem sido orientadas para fazerem o AEM sempre no mesmo dia do mes independente do ciclo menstrual, pois além de priorizar a prática mensal do AEM, contribui para que a mulher conheça

melhor o seu próprio corpo e evita o esquecimento da prática mensal do AEM.

#### Motivos para não Realizar o Auto-exame da Mama

Das 123 mulheres (28,3%) que referiram não praticar o AEM, 91 (73,9%) não o faziam pelos seguintes motivos: (a) 13 (14,3%) não achavam necessário; (b) 2 (2,2%) não estavam acostumadas; (c) 29 (31,9%) não tinham interesse; (d) 14 (15,4%) não sabiam examinar; (e) 22 (24,2%) nunca tiveram problemas; (f) 2 (2,2%) tinham medo; (g) 3 (3,3%) o exame das mamas era feito pelo médico durante a consulta periódica; e (h) 6 (6,6%) outros motivos. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos realizados pela Gallup Organization (1973) e por Phillips e Brennan (1976).

É importante salientar que, das 123 mulheres não praticantes de AEM, 32 (26%) não forneceram respostas quanto aos motivos para não praticar o AEM. Que razões teriam as mulheres para se omitirem em responder esta questão? Seria por medo do julgamento dos pesquisadores que eram profissionais da saúde? Seria por desconhecimento das mulheres quanto a existência do AEM? O presente estudo não proporcionou respostas que evidenciassem o desconhecimento das mulheres face a existência do AEM. Autores como Phillips e Brennan (1976) e Keller et al (1980) encontraram em seus estudos mulheres que nunca tinham ouvido falar em AEM. Por outro lado, é possível que, dentre as mulheres que não forneceram informações sobre os motivos para não

praticar o AEM houvesse aquelas que, desconhecendo o AEM sentiram-se constrangidas em referi-lo, preferindo deixar a questão sem resposta. Cabe ressaltar que os dados referentes aos motivos para não praticar o AEM foram obtidos por meio de pergunta aberta; assim, as componentes da amostra teriam que elaborar suas próprias respostas ao invés de assinalar itens alternativos. Isto poderia constituir-se em obstáculo principalmente para as mulheres de baixo nível de instrução.

#### Contato Direto com Pacientes Portadores de Câncer, Familiares ou Amigos com Câncer

A maioria das mulheres componentes da amostra 285 (65,8%) referiu contato com pacientes portadores de câncer, familiares ou amigos com câncer enquanto que 148 mulheres (34,1%) não tiveram contato.

#### Apresentação dos Dados Relacionados às Hipóteses

##### Hipótese Número 1

A primeira hipótese de pesquisa afirmava a existência de relação entre prática de auto-exame da mama (AEM) e atitudes, face a câncer, das mulheres componentes da população. O escore médio obtido na EAC pelas mulheres do grupo 1, ou seja, pelas mulheres que praticavam o AEM foi de 118,30 enquanto que a média dos escores obtidos na EAC pelas mulheres do grupo 2, que não praticavam o AEM foi

de 115,80. Essa diferença, no entanto, não foi significativa estatisticamente. O resultado do teste "t" de Student (bilateral), apresentado na Tabela 3 revelou os valores de  $t_o = 1,94$ ,  $t_c = 1,96$ ,  $g.l. = 379$ ,  $p > 0,05$ . Isto evidencia que as mulheres que referiram praticar o AEM tinham atitudes face a câncer semelhantes às aquelas que não praticavam o AEM. Portanto a hipótese que afirmava existir relação entre prática de AEM e atitudes face a câncer não foi confirmada ao nível de significância de 0,05. Entretanto nota-se que o escore médio obtido na EAC pelas mulheres que praticavam o AEM (118,29) foi maior do que o escore médio obtido na EAC pelas mulheres que não praticavam o AEM (115,85) o que pode indicar traços de diferenças entre as atitudes das mulheres que praticavam o AEM comparando com as atitudes das mulheres que não praticavam o AEM. Isto, porém, não permite sugerir que a diferença entre as médias seja representativa de atitudes favoráveis ou desfavoráveis face a câncer.

Tabela 3

Resumo do Teste "t" de Student Referente à Hipótese Número 1

Escore	Número de Casos	Média dos Escores	Desvio Padrão	Erro Padrão	Valor de "t"	g.l.
Grupo 1	278	118,30	10,92	0,65	1,94	379
Grupo 2	103	115,80	11,00	1,08		

É necessário refletir sobre a maneira como foram obtidos os dados referentes à prática do AEM e atitudes face a câncer, e considerar as possíveis influências de fatores que poderiam refletir-se no resultado do teste "t".

Com relação à prática do AEM, é oportuno lembrar que os dados foram obtidos por meio de relato pessoal por escrito e não pelo desempenho do AEM demonstrado pela própria mulher. Pode-se questionar se todas as mulheres que disseram praticar o AEM, realmente o praticavam. Talvez a maneira de formular as perguntas no questionário tenha influenciado as respostas das mulheres quanto a praticar ou não o AEM, pois, aquelas que referissem não praticar o AEM teriam que, a seguir relatar o motivo pelo qual não o praticavam, para isso teriam que dispor de mais tempo para refletir sobre a resposta. Acrescenta-se o fato de que as mulheres foram abordadas no momento em que estavam trabalhando. Estas condições poderiam influenciar as respostas das mulheres interferindo no resultado do teste "t" quando a variável prática de AEM foi associada à atitudes face a câncer.

No que se refere aos dados sobre atitudes face a câncer, cabe ressaltar que a Escala de Atitude em Relação a Câncer (EAC) utilizada para medir as atitudes das mulheres da amostra, não alcançou o índice mínimo de confiabilidade ou seja, 0,70 conforme estabelecido por Nunnally (1978).



### Hipótese Número 2

A segunda hipótese afirmava a existência de relação entre prática de AEM e idade das mulheres da população. A média da idade das mulheres do grupo 1 (praticantes de AEM) foi de 34 anos, enquanto que a média da idade das mulheres do grupo 2 (não praticantes de AEM) foi de 35 anos. A análise estatística efetuada pelo teste "t" de Student revelou os valores de  $t_o = -1,63$ ,  $t_c = 1,96$ ,  $g.l. = 429$ ,  $p > 0,05$ . Logo, não se pode afirmar que haja relação significativa entre prática de AEM e idade na população estudada, portanto, a segunda hipótese que afirmava existir relação entre prática de AEM e idade também não foi confirmada ao nível de significância de 0,05.

Tabela 4

#### Resumo do teste "t" de Student referente à Hipótese Número 2

Idade	Número de Casos	Média da Idade	Desvio Padrão	Erro Padrão	Valor de "t"	g.l.
Grupo 1	310	34,40	7,23	0,41		
					-1,63	429
Grupo 2	121	35,70	8,68	0,79		

Como se pode observar na tabela 4, que apresenta o resultado do teste "t", a média da idade das mulheres que não praticavam AEM foi discretamente superior à média da idade das mulheres que praticavam o AEM, podendo essa diferença indicar que as mulheres com mais idade encontravam-se

no grupo daquelas que não praticavam AEM. Apesar de existirem estudos sobre a prática do AEM, mostrando que as mulheres com mais idade tendem a não praticar o AEM (The Gallup Organization, 1973; Huguley e Brown, 1981; Foster et al, 1978), neste estudo não houve evidência estatística de que as mulheres mais idosas não praticassem o AEM.

### Hipótese Número 3

A terceira hipótese declarava a existência de relação entre prática de AEM e nível de instrução das mulheres da população. Esta hipótese foi analisada utilizando-se o teste Qui-quadrado cujos resultados são os seguintes:  $\chi^2_0 = 17,95$ ,  $\chi^2_c = 7,8$ , g.l. = 3,  $p < 0,05$ . A hipótese que afirmava existir relação entre prática de AEM e nível de instrução foi confirmada ao nível de significância de 0,05, podendo-se afirmar que existe associação significativa entre prática de AEM e nível de instrução das mulheres da população estudada. Por outro lado, o coeficiente V de Cramer revelou um valor de 0,20, o que indica que as variáveis prática de AEM e nível de instrução estão fracamente associadas.

A Tabela 5 apresenta a distribuição da frequência das mulheres da amostra, segundo a prática do AEM e o nível de instrução. Pode-se verificar, pelos dados expostos na tabela que a frequência de mulheres que referiram praticar o AEM aumentou à medida que se elevou o nível de instrução, sendo que, dentre as mulheres que tinham o curso superior apenas um número reduzido referiu não praticar o AEM. Estes achados

assemelham-se àqueles encontrados por McCusker e Morrow (1980) e Senie et al (1981).

Tabela 5

Distribuição da Frequência das Mulheres Segundo a Prática do Auto-exame da Mama e o Nível de Instrução

Nível de Instrução	Número de Casos	Auto-exame da Mama Sim	Não
Primeiro Grau Incompleto	113	66	47
Primeiro Grau Completo ou Segundo Grau Incompleto	138	103	35
Segundo Grau Completo ou Curso Superior Incompleto	141	105	36
Curso Superior Completo	41	37	4
Sem resposta	1		

$\chi^2 = 17,95$  com g.l. = 2,  $p < 0,05$

Convém ressaltar a importância da prática do AEM como um dos métodos de detecção precoce de câncer de mama e por outro lado o aumento da incidência de câncer de mama em mulheres com níveis sócio-econômico e educacional mais elevados. Senie, Rosen e Kinne (1980) afirmam que, dentre as mulheres com altos níveis sócio-econômico e educacional, o risco de ter câncer de mama é duas vezes maior do que nas mulheres que não apresentam essas características. Segundo Senie et al (1980) o aumento do índice de mortalidade por

cancêr de mama tem sido associado, dentre outros fatores, ao excesso de gordura consumida na alimentação. Isto vem sendo observado nos países industrializados nos quais os níveis sócio-econômico e educacional são mais elevados.

#### Hipótese Número 4

A quarta hipótese afirmava existir relação entre prática de AEM e contato direto com pacientes portadores de câncêr, familiares ou amigos com câncêr, das mulheres da população.. A análise estatística efetuada pelo teste Qui-quadrado evidenciou os seguintes valores  $\chi^2_0 = 12,06$ ,  $\chi^2_c = 3,84$ , g.l. = 1, p < 0,05. Pelo resultado do teste a quarta hipótese foi confirmada ao nível de significância de 0,05. Logo, pode-se afirmar que existe associação entre prática de AEM e contato direto com pacientes portadores de câncêr, familiares ou amigos com câncêr, na população estudada.

Os dados apresentados na Tabela 6 mostram que o número de mulheres praticantes de AEM no grupo que referiu contato com pessoas portadoras de câncêr é proporcionalmente maior do que o número de mulheres praticantes de AEM no grupo que não teve contato com pessoas portadoras de câncêr.

Tabela 6

Distribuição da Frequência das Mulheres Segundo a Prática do AEM e o Contato Direto com Pacientes Portadores de Câncer, Familiares ou Amigos com Câncer

Contato Direto com Pessoas Portadoras de Câncer	Número de Casos	Auto-Exame da Mama Sim	Mama Não
Sim	285	220	65
Não	148	90	58
Sem resposta	1		

$$\underline{\chi^2} = 12,06 \text{ com } \underline{g.l.} = 1, \underline{p} < 0,05$$

Achados semelhantes foram encontrados por Huguley e Brown (1981) em estudo no qual o contato com mulheres portadoras de câncer de mama, na família foi associado com o aumento do número de mulheres que praticavam o AEM. Isto sugere que o contato com pessoas portadoras de câncer pode estimular as mulheres conduzindo-as à prática do AEM.

Hipótese Número 5

A quinta hipótese referia existir relação entre prática do AEM e paridade das mulheres da população com 35 e mais anos de idade. Para analisar esta hipótese também foi utilizado o teste Qui-quadrado. Os seguintes valores foram encontrados:  $\underline{\chi^2_o} = 0,13$ ,  $\underline{\chi^2_c} = 3,84$ ,  $\underline{g.l.} = 1$ ,  $\underline{p} > 0,05$ . Esses valores revelam que ao nível de significância de 0,05 a hipótese não foi

confirmada, assim, pode-se afirmar que não existe associação entre prática de AEM e paridade para as mulheres da população estudada. Conforme demonstra a Tabela 7 a maioria das mulheres referiram praticar o AEM tanto no grupo das nulíparas como no grupo das mulheres que tinham um filho ou mais. Embora o teste não tenha evidenciado significância estatística parece importante o fato de que a grande maioria das mulheres nulíparas praticavam o AEM, uma vez que a prática do AEM pode levar à detecção precoce do câncer de mama e a nuliparidade segundo Marchant (1982) e Senie et al (1980) tem sido associada ao aumento do risco de câncer de mama.

Tabela 7

Distribuição da Frequência das Mulheres com 35 e mais Anos de Idade Segundo a Prática do AEM e a Paridade

Paridade	Número de Casos	Auto-Exame da Mama	
		Sim	Não
Nulípara	26	20	6
Um Filho ou mais	156	111	45
Sem resposta	20		

$$\chi^2 = 0,13 \text{ com g.l.} = 1, p > 0,05$$

## CAPÍTULO V

### LIMITAÇÕES, CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

#### Limitações

As seguintes limitações destacam-se neste estudo:

1. Os dados referentes à prática do auto-exame da mama foram obtidos pelo relato pessoal por escrito e não pela demonstração do desempenho do exame pelas próprias mulheres.
2. Não foram obtidos dados quanto à frequência da prática do auto-exame da mama, das mulheres da população.
3. Os dados referentes aos motivos para não praticar o auto-exame da mama, foram obtidos por meio de pergunta aberta, assim, as componentes da amostra tiveram que formular suas próprias respostas. Isto poderia fazer com que, as mulheres que tivessem dificuldades para redigir as respostas, preferissem omitir-se ou então responder que praticavam o auto-exame da mama.
4. A Escala de Atitude em Relação a Câncer (EAC) apresentou

índice de confiabilidade inferior a 0,70, portanto, não alcançou o mínimo estabelecido por Nunnally (1978).

5. Os dados foram coletados em dois momentos diferentes. Este fato pode ter ocasionado a maturação dos respondentes no período decorrente entre a administração do Questionário Preliminar e da EAC, levando como consequência a uma alteração dos escores de atitude.
6. A generalização dos resultados somente poderá ser feita para a população das 1223 mulheres servidoras da FHSC.

### Conclusões

Com base nos resultados obtidos e consideradas as limitações deste estudo pode-se concluir que:

1. Não se pode afirmar a existência de relação entre prática de auto-exame da mama e atitudes face a câncer, das mulheres da população. Portanto, o Modelo de crença, atitude, intenção e comportamento de Fishbein e Ajzen (1975), embora tenha sido útil como base teórica para guiar o direcionamento da presente pesquisa, não forneceu subsídios para afirmar a existência de associação entre atitudes face a câncer e comportamento, conforme previsto no respectivo modelo.
2. Não se pode afirmar a existência de relação entre prática



de AEM e idade das mulheres da população.

3. Pode-se afirmar que existe relação entre prática de AEM e nível de instrução na população estudada.
4. Pode-se afirmar a existência de relação entre prática de AEM e contato com pacientes portadores de câncer, familiares ou amigos com câncer, das mulheres da população.
5. Não se pode afirmar que existe relação entre prática de AEM e paridade das mulheres da população com 35 e mais anos de idade.

### Implicações

#### Implicações para a Prática, o Ensino e a Pesquisa em Enfermagem

O presente estudo representa um marco inicial importante para guiar as ações de enfermagem nas áreas educativa e assistencial no que se refere à prática do auto-exame da mama (AEM). O estudo possibilita aos enfermeiros ampliar seus conhecimentos sobre a prática do AEM e sua relevância como método de detecção precoce de câncer de mama. Isto propiciará aos profissionais condições para elaborarem estratégias adequadas para conduzir as mulheres à prática do AEM

Para o desenvolvimento da enfermagem como ciência, o ensino deverá fundamentar-se em pesquisas que possam nortear as ações dos enfermeiros em bases científicas; assim, a inclusão de estudos sobre a prática do AEM nos Cursos de Graduação em Enfermagem, propiciará oportunidades de aprendizagem sobre o AEM a partir da formação profissional básica. O presente estudo permite aos enfermeiros acrescentar aos seus conhecimentos, informações sobre a prática do AEM e sobre atitudes face a câncer. Com base neste estudo outros poderão ser realizados visando a clarificação de aspectos referentes a prática do AEM conduzindo um número cada vez maior de mulheres a praticá-lo.

#### Recomendações

Com base nos resultados, limitações e conclusões deste estudo, recomenda-se que:

1. Outros estudos sejam realizados nos quais os dados sobre a prática do AEM sejam obtidos pelo desempenho do exame demonstrado pela própria mulher, incluindo dados sobre a frequência da prática do AEM.
2. Sejam feitos estudos nos quais os dados sobre a prática do AEM e os dados sobre atitudes face a câncer sejam coletados no mesmo momento da pesquisa.

3. A EAC seja revisada e testada em amostras heterogêneas na tentativa de se obter índice mais elevado de confiabilidade.
4. Sejam feitos estudos para verificar o efeito de um determinado método instrucional sobre as modificações nos escores de atitude face a câncer e no desempenho da prática do AEM.
5. Seja determinada a validade da Escala de Atitude em relação a Câncer.
6. Sejam realizados estudos para verificar o conhecimento das mulheres sobre a prática do auto-exame da mama.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Althoff, C.R. (1985). Atitude das mães face ao aleitamento materno e incentivo à amamentação. Tese de mestrado não publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, S.C.
- Amador, M.V.P. (1975). Contribuição ao estudo do auto-exame da mama como método de detecção precoce do câncer. Tese de mestrado não publicada, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, S.P.
- American Cancer Society (1980 March/April). Conducted by Lieberman Research Inc. Public attitudes Toward cancer and cancer tests. Ca-A cancer Journal for Clinicians, 30 (2), 93-99.
- x Antonovski, A. (1972). The image of four diseases held by the urban jewish population of Israel. Journal of Chronic Diseases, 25, 375-384.
- Bennett, S.E., Lawrence, R.S. Fleischmann, K.H., Gifford, C.S., & Slack, W.V. (1983, Jan). Profile of women practicing breast self-examination. Jama, 249 (4), 488-491.
- Brink, P.J. & Wood, M.J. (1978). Basic steps in planning nursing research: from question to proposal. Massachusetts: Duxbury Press North Scituate.
- Brooks, A. (1979, December). Public and professional attitudes toward cancer: a view from Great Britain. Cancer Nursing 2 (6), 453-459.

- Brumini, R. (ed.). (1982). Câncer no Brasil - dados histopatológicos. Rio de Janeiro: Dataprev.
- Burger, D. (1979, June). Breast self-examination. American Journal of Nursing, 1088-1089.
- Cook, M.P., Lounsbury, J.W., & Fontenelle, G.A. (1980). An application of Fishbein and Ajzen's attitudes - subjective norms model to the study of drug use Journal of Social Psychology, 110, 193-201.
- Cole, P., & Austin, H. (1981, Jun.) Breast self-examination: an adjuvant to early cancer detection. American Journal of Public Health, 71 (6), 572-574.
- Davison, R.L. (1965). Opinion of nurses on cancer, its treatment and curability-a survey among nurses in public health service. British Journal of Prevention and Social Medicine, 19, 24-29.
- Dood, M.J., Chen, S., Lindsey, A.M., & Piper, B.F. (1985, August) Attitudes of patients living in Taiwan about cancer and its treatment. Cancer Nursing, 8 (4), 214-220.
- Feldman, J.G., Carter, A.C., Nicastri, A.D. & Hosat, S.T. (1981, June). Breast self-examination, relationship to Stage of breast cancer at diagnosis. Cancer, 47 (11), 2740-2745.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Beliefs, attitude, intention and behavior-an introduction to theory and

research. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing.

Foster Jr, R.S., Lang, S.P., Costanza, M.C., Worden, J.K., Haines, C.R., & Yates, J.W. (1978, August). Breast self-examination practices and breast cancer stage. The New England Journal of Medicine, 299 (6), 265-270.

Gallup Organization, Inc. for American Cancer Society (1974, Feb.). Women's attitudes regarding breast cancer. Occupational Health Nursing, 22 (2), 20-23.

Gonçalves, L.H.T. (1980). Desenvolvimento de um instrumento de pesquisa: Medida de atitude dos adultos em relação ao velho. Trabalho não publicado submetido ao concurso público para professor titular na Universidade Federal de Santa Catarina, S.C.

Greenwald, P., Nasca, P.C. Lawrence, C.E., Horton, J., McGarrah, R.P., Gabriele, T., & Carlton, K. (1979, Aug.). Estimated effect of breast self-examination and routine physician examinations on breast-cancer mortality. The New England Journal of Medicine, 299 (6), 271-273.

Haagensen, C.D. (1971). Women's role in the detection of breast diseases. In C.D. Haagensen, Diseases of breast (2nd ed.). (p.p. 88-98) Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Harris, A.M. (1979, July). Cancer health education. Radiography, XLV (535), 138-140.

- Horne, D.A., McDermott, R.J., & Gold, R.S., (1986, Jan.). Analysis of breast self-examination practice using Fishbein's model of behavioral intentions, Health Education, 16 (6). 40-44.
- Howe, H.L. (1981, March). Social factors associated with breast self-examination among high risk women. American Journal of Public Health, 71 (3), 251-255.
- Huguley Jr, C.M., & Brown, R.L. (1981, March). The value of breast self-examination. Cancer, 4, 989-995.
- Jenkins, C.D., (1966). The semantic differential for health-a technique for measuring beliefs about diseases. Public Health Report, 81 (6), 549-558.
- Keller, K., George, E. & Podell, R.N. (1980), Clinical breast examination and breast self-examination experience in a family practice population. The Journal of Family Practice, 11 (6), 887-893.
- Kelsey, J.L. (1979). A review of the epidemiology of human breast cancer. Epidemiologic Reviews, 1, 74-109.
- Kirscht, J.P., Haefner, D.P., Kegeles, S.S. & Rosenstock, I.M. (1966). A national study of health beliefs. Journal of Health and Human Behavior, 7, 284-254.
- Marchant, D.J. (1982, June). Epidemiology of breast cancer. Clinical Obstetrics and Gynecology, 25 (2), 387-392.

- McCusker, J., & Morrow, G.R. (1980, May). Factors related to the use of cancer early detection techniques. Preventive Medicine, 9 (3), 388-397.
- Miller, A.B., Chamberlain, J., & Tsechkovski M. (1985). self-examination in the early detection of breast cancer-a review of the evidence, with recommendations for further research. Journal of Chronic Diseases, 38 (6), 527-540.
- Ministério da Saúde. (1980). Estatísticas de Mortalidade no Brasil. Brasília, D.F.: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Moetzingler, C.A. & Leonard, G.D. (1982, August). The management of the patient with breast cancer. Cancer Nursing, 5 (4), 287-292.
- Montoro, A.F. (1979). Grupos de alto risco de câncer de mama. In Prevenção e detecção do câncer de mama (p.p.3-8). São Paulo: Ed. McGraw-Hill do Brasil.
- Moore, F.D. (1978, August). Breast self-examination. The New England Journal of Medicine, 299 (6), 304-305.
- Neves, E.P., Rodrigues, C., Santos, E.A.K. dos, Hasse, M., Radünz, V. (1986 a). Desenvolvimento de um instrumento de medida de atitude em relação a câncer. Texto manuscrito não publicado.



- Neves, E.P., Rodrigues, C., Santos, E.A.K. dos, Hasse, M. & Radünz, U. (1986 b, Maio). Atitudes face a câncer, de mulheres servidoras em instituições de saúde em Florianópolis-S.C. Trabalho apresentado na conferência Internacional de Pesquisa em Enfermagem, Edmonton, Alberta, Canadá.
- Newell, G.R. (1981). Cancer prevention and control. Progress in Cancer Control, 57-64.
- Nunnally, J.C. (1978). Psychometric theory (2nd ed.). New York. McGraw-Hill.
- Oliveira, M.I.R. (1985, Maio). A formação do conhecimento e a enfermagem brasileira (parte 1) Anais - I Simpósio Brasileiro de Teorias em Enfermagem )p.p. 7-23)  
Florianópolis-S.C.: Editora da UFSC.
- Phillips, A.J., & Brennan, M.E. (1976, October). Reactions of canadian women to pap tests and breast self-examination. Canadian Family Physician, 22, 1261-1264.
- Richardson, A., & Woolcott, J. F. (1967). A social survey of community attitudes to cancer in Western Austrália. International Journal of Health Educacion, 10, 141-144.
- Reeder, S. Berkanovic, E., & Marcus, A.C. (1980, May-June). Breast cancer detection behavior among urban women. Public Health Reports, 95 (3), 277-281.
- Rodrigues, C., Franco, M.C., Cartana, M. do H. Herrera, M.S., & Santana, M. da G. (1986). Desenvolvimento de instrumento de medida de atitudes em relação

a câncer. Aceito para ser publicado na Revista do Centro de Ciências da Saúde - UFSC em março de 1986.

Senie, R.T., Rosen, P.P., & Kinne, D. W. (1983, October) Epidemiologic factors associated with breast cancer. Cancer Nursing, 6 (5), 367-371.

Senie, R.T., Rosen, P.P. Lesser, M.L., & Kinne, D.W. (1981, June). Breast self-examination related to breast cancer stage. American Journal of Public Health, 71 (6), 583-590.

Smith, E.M. & Burns, T.L. (1985, Jan.). The effects of breast self-examination in a population-based cancer registry - a report of differences in extent of disease Cancer, 55 (2), 432-437.

SPSS Inc. (1975) SPSSX users guide. New York: MacGraw-Hill

Stillman, U.J. (1977). Women's beliefs about breast cancer and breast self-examination. Nursing Research, 26 (2), 121-127.

Stjrnswärd, J. (1981, Set-Out.). Pode-se evitar o câncer? A Saúde do Mundo - Revista da Organização Mundial da Saúde. 2-7.

Taylor, S.E., Lichtman, R.R., Wood, J. V., Bluming, A.Z., Dosik, M.G., & Leibowitz, R.L. (1984, December). Breast self-examination among diagnosed breast cancer patients. Cancer, 54 (11), 2528-2532.

Venet, L. (1980, August). Self-examination and clinical examination of the breast. Cancer, 46 (4), 930-932.

ANEXO I

QUESTIONÁRIO PRELIMINAR

## QUESTIONÁRIO PRELIMINAR

Preocupados com a Saúde da Mulher e os meios de prevenção existentes no que diz respeito ao câncer ginecológico, convidamos todas as mulheres que trabalham nas Unidades da Função Hospitalar de Santa Catarina para conosco participarem de algumas atividades que faremos realizar brevemente.

Antes porém, necessitamos de alguns dados para dar início ao nosso trabalho e solicitamos a todas para preencherem individualmente o questionário que segue.

Contando com a participação e colaboração de todas antecipadamente agradecemos.

\* I - Dados de Identificação:

- Unidade da FHSC: \_\_\_\_\_
- Setor de Trabalho: \_\_\_\_\_
- Ocupação: \_\_\_\_\_
- Nome: \_\_\_\_\_

\* II - Assinale com um X no espaço correspondente:

1. Qual o nível de instrução?

- ( ) 1º grau incompleto
- ( ) 1º grau completo
- ( ) 2º grau incompleto
- ( ) 2º grau completo
- ( ) superior incompleto
- ( ) superior completo

Nota: Os asteriscos referem-se às partes do questionário que foram utilizadas no presente estudo.

- \* 2. Você mesma costuma examinar, de vez em quando, suas mamas?
- Sim
- Não. Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- \* 3. Em que época você costuma examinar suas mamas?
- uma semana antes da menstruação
- uma semana após a menstruação
- em qualquer dia do mes
4. Você já fez alguma vez exame preventivo de câncer uterino?
- Sim. Quantas vezes? \_\_\_\_\_
- Não. Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Há quanto tempo fez o último exame preventivo de câncer uterino?
- \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses
- Por que o fez? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- \* 6. Você trabalha ou trabalhou em contato direto com pacientes portadores de câncer?
- Sim
- Não

- \* 7. Você tem ou teve contato com pessoas de sua família ou amigos com câncer?
- ( ) Sim
- ( ) Não
- \* 8. Qual sua idade? \_\_\_\_\_ anos completos
9. Estado civil:
- Solteira ( )                      Viúva ( )
- Casada ( )                        Outro ( )
- \*10. Número de Gestações: \_\_\_\_\_
- \*11. Quantos filhos a Sra. tem? \_\_\_\_\_
12. Quantos partos normais? \_\_\_\_\_

## ANEXO II

DIRECIONAMENTO DOS ITENS INDICATIVOS DE ATITUDES  
FAVORÁVEIS (+) E ATITUDE DESFAVORÁVEIS (-)



Direcionamento dos itens indicativos de atitudes  
favoráveis (+) e atitudes desfavoráveis (-)

Item	Direcionamento	Item	Direcionamento
1	+	20	-
2	-	21	+
3	-	22	+
4	+	23	-
5	-	24	-
6	+	25	-
7	-	26	+
8	-	27	+
9	+	28	-
10	-	29	+
11	+	30	-
12	+	31	-
13	-	32	+
14	-	33	-
15	+	34	-
16	+	35	+
17	+	36	+
18	-	37	-
19	+	38	+

ANEXO III

ESCALA DE ATITUDE EM RELAÇÃO A CÂNCER

INTRODUÇÕES

Leia cuidadosamente cada frase e marque com um X uma das cinco opções: concordo completamente, concordo, não tenho opinião, discordo e discordo completamente. Você deve escolher a opção que melhor represente aquilo que acredita e sente em relação a câncer, no momento. Não existe uma alternativa correta.

	CONCORDO COMPLETAMENTE	CONCORDO	NÃO TENHO OPINIÃO	DISCORDO	DISCORDO COMPLETAMENTE	NÃO ESCREVER NESTE ESPAÇO
01. As pessoas falam muito sobre câncer						01. _____
02. As pessoas com câncer escondem sua doença						02. _____
03. Câncer é uma doença fatal						03. _____
04. Acredito que com algumas precauções posso evitar o câncer						04. _____
05. Câncer é uma doença dolorosa						05. _____
06. Tanto as pessoas boas quanto as más podem ter câncer						06. _____
07. A família de indivíduos com câncer evita falar sobre a doença						07. _____
08. Quando o câncer aparece nada mais se pode fazer						08. _____
09. Em qualquer idade as pessoas podem ter câncer						09. _____
10. As pessoas evitam falar a palavra câncer						10. _____

	CONCORDO COMPLETAMENTE	CONCORDO	NÃO TENHO OPINIÃO	DISCORDO	DISCORDO COMPLETAMENTE	NÃO ESCREVER NESTE ESPAÇO
11. Existe muita informação sobre câncer						11. _____
12. As pessoas aceitam o indivíduo com câncer						12. _____
13. Câncer é uma doença difícil de ser tratada						13. _____
14. As pessoas não querem nem pensar em câncer						14. _____
15. As pessoas curadas de câncer voltam à vida normal						15. _____
16. Tenho chance de ter câncer						16. _____
17. Existem muitas pessoas reali- zando estudos sobre câncer						17. _____
18. As pessoas com câncer são rejeitadas no emprego						18. _____
19. Cada dia aparecem mais pessoas com câncer						19. _____
20. As informações sobre câncer causam pânico						20. _____
21. Câncer é uma doença curável						21. _____
22. As pessoas com câncer não tem dificuldade de conseguir emprego						22. _____

	CONCORDO COMPLETAMENTE	CONCORDO	NÃO TENHO OPINIÃO	DISCORDO	DISCORDO COMPLETAMENTE	NÃO ESCREVER NESTE ESPAÇO
23. Câncer é uma doença misteriosa						23. _____
24. O câncer leva ao desespero						24. _____
25. Tenho medo de me aproximar de pessoas com câncer						25. _____
26. Além do tratamento médico existem outros tratamentos para o câncer						26. _____
27. As pessoas com câncer se recuperam totalmente						27. _____
28. Câncer é uma doença que deixa defeito físico						28. _____
29. Se eu tivesse câncer gostaria de saber						29. _____
30. As pessoas tem muito medo do câncer						30. _____
31. O câncer sempre deixa marcas						31. _____
32. O câncer é uma doença falada por todo o mundo						32. _____
33. As pessoas com câncer não deveriam trabalhar						33. _____
34. O câncer não pode ser descoberto no seu início						34. _____
35. O câncer ameaça a vida das pessoas						35. _____
36. Alguns tipos de câncer podem ser evitados						36. _____
37. O câncer é um castigo						37. _____
38. O câncer pode ajudar a pessoa a refletir sobre a vida						38. _____