

INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS DA PERSONALIDADE NA INTENÇÃO DE REALIZAR O AUTO-EXAME DA MAMA

Maria Alice D'Amorim¹
Universidade Gama Filho

RESUMO - Em um estudo acerca do Auto Exame da Mama (AEM), baseado na Teoria da Ação Planejada (Ajzen, 1985,1988), setenta mulheres, com idade de 20 a 60 anos, responderam a um questionário sobre o AEM e a duas escalas, uma sobre a imagem corporal e a outra medindo o nível de racionalidade-emocionalidade. As mulheres cujo nível de escolaridade era mais alto e as que trabalhavam fora apresentaram uma imagem mais favorável. Nenhuma relação significativa foi encontrada entre as três medidas utilizadas. Os resultados do questionário sobre a AEM confirmaram os dados obtidos em dois estudos anteriores sobre este tema, utilizando o mesmo modelo. A influência das crenças normativas e norma subjetiva sobre a intenção comportamental estava presente nos três estudos: os seus resultados são comparados e discutidos.

Palavras-chave: auto-exame da mama, imagem corporal, racionalidade, emocionalidade.

INFLUENCE OF PERSONALITY VARIABLES ON INTENTION OF PERFORMING BREAST SELF EXAMINATION

ABSTRACT - In a study about Breast Self Examination (BSE) based on the Theory of Planned Action (Ajzen, 1985, 1988), seventy women aged between 20 and 60 years answered a questionnaire about BSE and two scales, one on body image and the other measuring their degree of emotionality x rationality. Women who had jobs and a higher level of education presented a more favorable body image. No significant relationships were found between the three measures. Questionnaire results confirmed the data obtained on two previous studies on the subject using the same model. The influence of normative beliefs and the subjective norm, on behavioral intention, was present in all three studies: their results are compared and discussed.

Key-words: breast self exam, body image, rationality-emotionality.

Esta pesquisa é a terceira de uma série, abordando aspectos demográficos e psicológicos ligados à motivação para realizar o auto-exame da mama. A importância

¹ Endereço: Rua Santa Clara 289, Apto 904, 22041-010 Rio de Janeiro RJ.

M. A. D'Amorim

de se promoverem campanhas de divulgação da técnica do auto-exame e de se encorajar o hábito de executá-lo mensalmente não pode ser exagerada, já que um dos fatores que podem favorecer o combate aos danos causados pelo câncer mamário é o diagnóstico precoce (Baker, 1982).

A relação entre o estágio do câncer da mama no diagnóstico e a prática do auto-exame foi estudada nos estados de New York e Massachusetts por Greenwald e colaboradores (1978) e por Foster e colaboradores (1978) em Vermont. As duas pesquisas mostram que o auto-exame leva à detecção e ao diagnóstico do câncer de mama em um estágio inicial, diminuindo a probabilidade de metástase e aumentando a de sobrevivência. Greenwald e colaboradores (1978) sugerem que a mortalidade por câncer de mama pode ser reduzida em cerca de 20 por cento com a prática do auto-exame.

O auto-exame da mama tem sido amplamente divulgado como prática preventiva do câncer, porém, só recentemente, surgiu o interesse sobre os fatores sócio-psicológicos que determinam esta prática. Estudos sobre este comportamento demonstram que as mulheres, embora conscientes das recomendações médicas, não estão suficientemente informadas acerca da técnica deste exame, sendo que os levantamentos mostram que apenas cerca de 25 por cento das mulheres praticam o auto-exame mensalmente (Foster e colaboradores, 1978). O nível da prática é pois insuficiente, considerando especificamente a frequência da recomendação médica e as campanhas de divulgação deste hábito, realizadas nos Estados Unidos.

Constata-se a necessidade de estudar os antecedentes sócio-psicológicos deste comportamento, ligando a frequência com que a mulher faz o auto-exame à sua confiança nele, como detector do câncer, aos seus sentimentos acerca do próprio nível de risco, e a sua valorização das práticas de saúde (Howe, 1981).

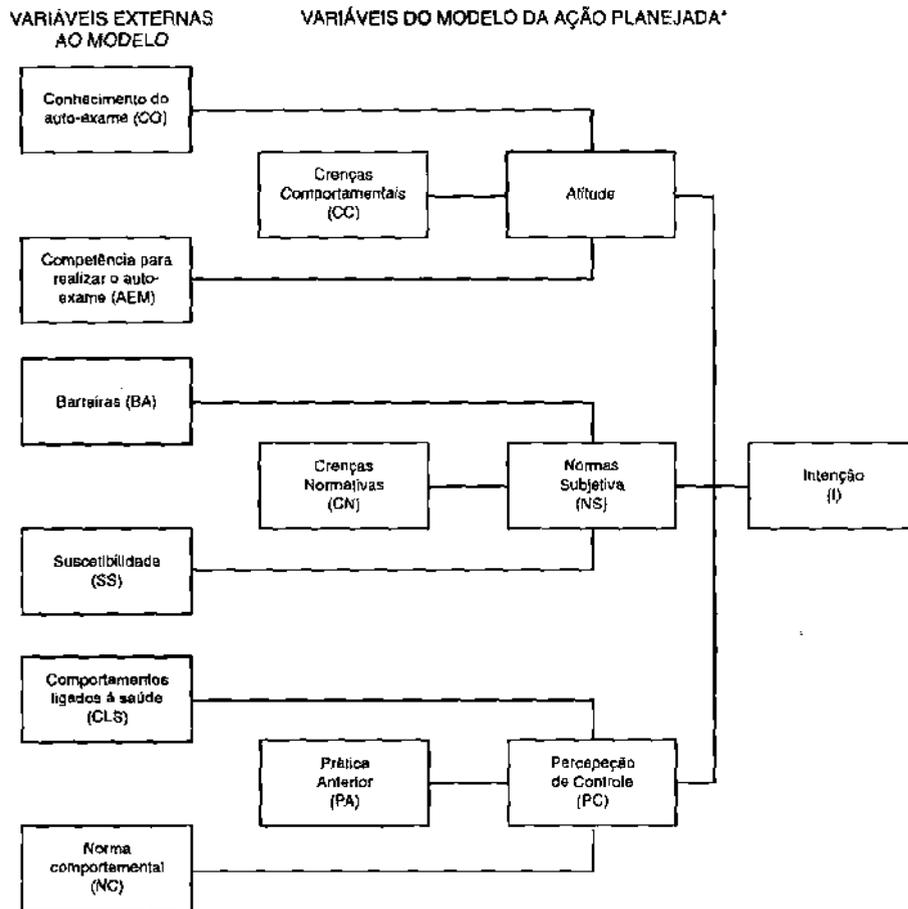
O perfil demográfico da mulher que realiza o auto-exame da mama foi estudado por Huguley e Brown (1981), e inclui um nível mais alto de escolaridade e, em geral, a experiência de trabalhar fora de casa.

Na primeira pesquisa (D'Amorim, 1990) foi utilizado um modelo teórico baseado na Teoria da Ação Racional (Ajzen & Fishbein, 1980), e na segunda serviu de apoio a Teoria da Ação Planejada (Ajzen, 1985, 1987, 1988). Ao modelo teórico básico foram acrescentadas outras variáveis ligadas ao tema estudado: o sentimento de suscetibilidade ao câncer mamário (Ronis & Kaiser, 1989), as barreiras à realização do auto-exame (Hill, Gardner & Rassaby, 1985), o exemplo de outras pessoas, ou norma comportamental (Grube, Morgan & McGee, 1986), a confiança na própria capacidade para realizar o auto-exame (Celentano & Holtzman, 1983) e os comportamentos ligados à saúde (Calnan, 1985; Calnan & Rutter, 1984, 1988).

Os resultados do segundo estudo (D'Amorim, 1992) provocaram alterações no modelo teórico. As barreiras à realização do comportamento (BA), e o sentimento de suscetibilidade ao câncer mamário (SS), apareceram ligados à norma subjetiva (NS), e não à atitude (AT). Esta última estava relacionada aos conhecimentos acerca do auto-exame (CO) e à confiança na própria capacidade para realizá-lo (AEM), variável ligada também à norma subjetiva. A norma comportamental (NC) revelou-se ligada à percepção de controle do comportamento (PC), variável que diferencia os dois modelos utilizados, e está estreitamente relacionada à prática anterior. O novo modelo pode ser visto na Figura 1.

Personalidade e o auto-exame da mama

No primeiro estudo, as variáveis norma subjetiva (NS), o nível de escolaridade e o fato de viver maritalmente ou não, explicaram 55 por cento da variância encontrada na intenção comportamental (I). No segundo, as respondentes foram separadas em dois grupos segundo praticassem ou não o auto-exame da mama. As mulheres que afirmavam realizar o auto-exame tiveram 36 por cento da variância encontrada na intenção explicada pela norma subjetiva (NS), a percepção de controle (PC), e a confiança na própria capacidade de realizar o auto-exame (AEM); entre as que não praticam o auto-exame, 28 por cento da variância da intenção estava ligada às crenças normativas (CN) e ao nível de escolaridade.



* Ajzen, I. (1988)

Figura 1 - Modelo utilizado com base nos resultados obtidos no estudo anterior (D'Amorim, 1992)

M. A. D'Amorim

O estudo atual visa verificar a possível influência de duas variáveis nitidamente psicológicas: a avaliação do esquema corporal (Farias & Carvalho, 1987) e a tendência à racionalidade ou emocionalidade (Assmar & Rodrigues, 1989).

As pesquisas acerca da percepção da própria atratividade sexual mostram uma distorção na avaliação das mulheres acerca do nível de valorização do corpo feminino pelos homens (Fallon & Rozin, 1985). Um estudo do significado do corpo para as mulheres, de Franzoi e Shields (1984), resultou na elaboração de uma escala de estima do corpo com três fatores: o primeiro inclui elementos do corpo que só podem ser alterados através de cirurgia, como os seios, e foi chamada de atração sexual; o segundo engloba elementos mutáveis com o exercício, tendo como base o controle do peso; o terceiro, ligado à condição física, inclui características como a agilidade e a resistência diante do esforço. Em trabalho posterior (Franzoi & Herzog, 1986), uma correlação positiva foi encontrada entre a estima do corpo e medidas de auto-estima, explicando 21,6 por cento da variância na auto-estima. Em outro estudo (Franzoi & Herzog, 1987), encontraram como elementos importantes da própria atratividade, para as mulheres, o rosto, o peso e a aparência física. De modo geral, os 35 elementos corporais usados na pesquisa receberam melhores avaliações por parte dos homens.

O emprego da escala de racionalidade-emocionalidade de Assmar e Rodrigues (1989) visa verificar o pressuposto de uso racional da informação presente na Teoria da Ação Planejada (Ajzen, 1988); a confirmação do menor nível de racionalidade entre as mulheres que não praticam o auto-exame orientaria o pesquisador na elaboração de mensagens para uma campanha de prevenção.

MÉTODO

Sujeitos

Setenta mulheres entre 20 e 60 anos, com média de 34,9 e desvio padrão de 10,3, responderam aos instrumentos. A maioria tinha o segundo grau completo ou o superior incompleto (71,4), tendo o outro grupo o primeiro grau completo ou o segundo grau incompleto (28,6). Dentre as respondentes, 35,7 viviam sós e 64,3 com um companheiro. Do total do grupo, 58,6 tinham filhos e 71,4 trabalhavam fora de casa.

Procedimento

As mulheres foram entrevistadas por uma auxiliar de pesquisa, em Brasília ou em cidades-satélites; a coleta ocorreu, na maioria dos casos, em forma de auto-aplicação ou, no caso de dificuldade no preenchimento, este foi feito pela entrevistadora. Das pessoas abordadas, apenas quatro recusaram-se a preencher o questionário.

As aplicações foram feitas na Universidade de Brasília, parque de diversão, órgãos públicos, empresas particulares, escolas e residências. A greve das universidades limitou o número de mulheres entrevistadas, prejudicando a distribuição prevista, que incluía respondentes de três níveis de idade, de 20 a 30, de 31 a 45 e 46 a 60 anos,

2 A autora agradece o trabalho da aluna Angela Anastácio Silva, que realizou a coleta de dados como parte do estágio de Bacharelado.

para cada um dos três níveis de escolaridade: primeiro grau, segundo grau e superior. O modelo 3 x 3 incluiria um mínimo de 30 sujeitos por categoria.

Instrumentos

Escala de Avaliação do Esquema Corporal. Esta escala, construída por Farias e Carvalho (1987), destina-se, segundo os autores, a complementar dados obtidos através de técnicas projetivas no que se refere à avaliação do esquema corporal.

A escala contém itens positivos e negativos a serem avaliados pelos sujeitos numa dimensão de concordância de 1 a 4, cuja ordem varia segundo o sentido dos itens. Um escore alto significa maior valorização do corpo.

A fidedignidade da forma final da escala foi testada pelo método *split-half*, sendo obtido um escore de 0,50 com o teste Spearman-Brown e 0,75 pelo método Roulon. A validade foi calculada com dois grupos de 32 sujeitos cada; a correlação de Pearson com um Alpha de 0,005 produziu um coeficiente de validade de 0,62.

A escala de Racionalidade-Emocionalidade (RACEMO). A escala RACEMO, construída por Assmar e Rodrigues (1989), procura caracterizar as pessoas segundo o traço que estas privilegiem na orientação de sua conduta, a racionalidade ou a emocionalidade.

A escala consta de 10 itens que descrevem uma tendência racional e 10 que privilegiam a posição emocional, sendo os primeiros considerados positivos e os últimos, negativos. Os sujeitos devem, usando uma escala de sete pontos, dizer se as afirmações convêm ou não, indo as respostas de certamente sim a certamente não; a avaliação é invertida para os itens emocionais, ficando assim claro que escores mais altos significam maior tendência à racionalidade.

A fidedignidade da escala foi calculada e um *Alpha* de *Crombach* de 0,77 foi obtido. O coeficiente resultante do método *split-half de Spearman-Brown* foi de 0,82. A validade interna foi calculada para cada item pela diferença das médias dos dois grupos com escores extremos (20 por cento); todos os testes rde *Student* foram significativos, com um p 0,001. A validade externa foi calculada utilizando pessoas reconhecidas como extremamente racionais pelos amigos (11) e pessoas vistas como emocionais (16); os escores médios dos dois grupos tiveram, no teste ruma diferença significativa com p 0,001.

Uma análise fatorial com rotação *Varimax* e *eigenvalue* superior a 2,0 forneceu dois fatores que explicaram 73 da variância obtida.

Questionário Acerca do Conhecimentos e Prática do AEM. O questionário consta de cinco perguntas cobrindo dados pessoais, quatro ligadas a aspectos gerais da saúde e 17 ligadas às onze variáveis do modelo teórico, num total de 26 questões. A Tabela 1 mostra a correspondência entre as variáveis e os itens do questionário que se encontra no Anexo I.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fidedignidade e validade das escalas empregadas

A Escala de Avaliação do Esquema Corporal teve sua fidedignidade determinada através do cálculo do *Alpha* de *Crombach*, obtendo-se 0,684. A seguir, foi utilizado o

método de *split-half*, quando foi obtido um coeficiente de 0,744 com o teste de *Spearman-Brown*. A validade da escala foi medida, comparando-se, para cada um dos 26 itens, as médias obtidas por 30 por cento das respondentes com escores extremos; 19 dos 26 itens diferenciaram entre os dois grupos; apenas os itens, 2, 3, 7, 9, 10, 16 e 20 não alcançaram diferenças significativas no teste *t* de *Student*.

A Escala de Racionalidade-Emocionalidade produziu um *Alpha* de *Crombach* de 0,621. A seguir, foi usado o método *split-half*, sendo obtido um coeficiente de 0,431. A validade, medida através da comparação das medidas respondentes com escores extremos, usando o critério de 30 por cento, mostrou a capacidade de discriminar estes dois grupos em 19 dos itens; apenas no caso dos itens 1, 2, 3, 4, 6, 12 e 15 o nível de significação do *t* de *Student* não alcançou o mínimo exigido. Deve-se notar que, dentre estes sete itens, seis se referem à racionalidade.

Tabela 1 - Correspondência entre as variáveis usadas e as questões do instrumento.

Variáveis	Questões	Total
Dados pessoais (DP)	01 a 05	05
Comportamentos ligados à saúde (CLS)	06 a 09	04
Suscetibilidade (SS)	10 a 13	04
Conhecimento acerca do comportamento (CO)	14 a 15	02
* Percepção de controle (PC)	16	01
Competência para realizar o auto-exame (AEM)	17	01
* Prática anterior (PA)	18	01
Norma comportamental (NS)	19	01
* Atitude (AT)	20	01
* Crenças comportamentais (CC)	21	01
Barreiras percebidas (PA)	22	01
* Norma subjetiva (NS)	23	01
* Crenças normativas (CN)	24 a 25	02
* Intenção comportamental (I)	26	01
* Variáveis do modelo da Teoria da Ação planejada		26

Valores das escalas e variáveis pessoais

Os escores totais de ambas as escalas tiveram suas médias comparadas para os vários níveis das variáveis pessoais de idade, vivência conjugal, ter ou não filhos, escolaridade e trabalho. Apenas a Escala de Avaliação do Corpo apresentou diferenças no caso das variáveis trabalho ($F(1,68) = 15,894$; $p = 0,0002$), e escolaridade ($F(1,68) = 16,662$; $p = 0,001$). As mulheres com nível de escolaridade mais alto e as que trabalham fora apresentam médias superiores às dos grupos opostos, mostrando maior preocupação com o corpo.

para cada um dos três níveis de escolaridade: primeiro grau, segundo grau e superior. O modelo 3x3 incluiria um mínimo de 30 sujeitos por categoria.

Instrumentos

Escala de Avaliação do Esquema Corporal. Esta escala, construída por Farias e Carvalho (1987), destina-se, segundo os autores, a complementar dados obtidos através de técnicas projetivas no que se refere à avaliação do esquema corporal.

A escala contém itens positivos e negativos a serem avaliados pelos sujeitos numa dimensão de concordância de 1 a 4, cuja ordem varia segundo o sentido dos itens. Um escore alto significa maior valorização do corpo.

A fidedignidade da forma final da escala foi testada pelo método *split-half*, sendo obtido um escore de 0,50 com o teste Spearman-Brown e 0,75 pelo método Roulon. A validade foi calculada com dois grupos de 32 sujeitos cada; a correlação de Pearson com um Alpha de 0,005 produziu um coeficiente de validade de 0,62.

A escala de Racionalidade-Emocionalidade (RACEMO). A escala RACEMO, construída por Assmar e Rodrigues (1989), procura caracterizar as pessoas segundo o traço que estas privilegiem na orientação de sua conduta, a racionalidade ou a emocionalidade.

A escala consta de 10 itens que descrevem uma tendência racional e 10 que privilegiam a posição emocional, sendo os primeiros considerados positivos e os últimos, negativos. Os sujeitos devem, usando uma escala de sete pontos, dizer se as afirmações convêm ou não, indo as respostas de certamente sim a certamente não; a avaliação é invertida para os itens emocionais, ficando assim claro que escores mais altos significam maior tendência à racionalidade.

A fidedignidade da escala foi calculada e um *Alpha* de *Crombach* de 0,77 foi obtido. O coeficiente resultante do método *split-half de Spearman-Brown* foi de 0,82. A validade interna foi calculada para cada item pela diferença das médias dos dois grupos com escores extremos (20 por cento); todos os testes *f* de *Student foram* significativos, com um *p* 0,001. A validade externa foi calculada utilizando pessoas reconhecidas como extremamente racionais pelos amigos (11) e pessoas vistas como emocionais (16); os escores médios dos dois grupos tiveram, no teste *t* uma diferença significativa com *p* 0,001.

Uma análise fatorial com rotação *Varimax* e *eigenvalue* superior a 2,0 forneceu dois fatores que explicaram 73 da variância obtida.

Questionário Acerca do Conhecimentos e Prática do AEM. O questionário consta de cinco perguntas cobrindo dados pessoais, quatro ligadas a aspectos gerais da saúde e 17 ligadas às onze variáveis do modelo teórico, num total de 26 questões. A Tabela 1 mostra a correspondência entre as variáveis e os itens do questionário que se encontra no Anexo I.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fidedignidade e validade das escalas empregadas

A Escala de Avaliação do Esquema Corporal teve sua fidedignidade determinada através do cálculo do *Alpha* de *Crombach*, obtendo-se 0,684. A seguir, foi utilizado o

Resultados ligados às variáveis do modelo utilizado

Os resultados serão inicialmente analisados de modo descritivo. Numa fase posterior verificar-se-á as relações entre as variáveis do modelo e o seu valor preditivo em relação à intenção comportamental.

Variáveis ligadas à atitude (A). A atitude foi, em geral, favorável à prática do auto-exame da mama, com 61,4 por cento das mulheres a considerando útil e 34,3 por cento indispensável. As crenças comportamentais abrangeram, como razões principais da realização do auto-exame da mama, descobrir o câncer antes que se propague, 54,3 por cento enquanto é curável, 32,8 por cento, e suprir a falta deste exame na consulta médica, 12,9 por cento. Duas outras variáveis apareceram no segundo estudo, ligadas à atitude (D'Amorim, 1992). O conhecimento do auto-exame (CO) e a confiança na capacidade para realizá-lo (AEM). A maioria das mulheres já tinha ouvido falar do auto-exame da mama (87,1 por cento, especialmente através do médico (30,0 por cento) e dos meios de comunicação (57,2 por cento). A confiança na própria capacidade para realizar o auto-exame apresentou dois tipos de resposta; 50 por cento tem confianças e a outra metade não a tem.

Variáveis ligadas à percepção de controle (PC). A percepção de controle foi favorável à realização do auto-exame da mama, com 63,2 por cento das mulheres considerando fácil praticá-lo e 36,8 por cento, difícil. A prática anterior (PA) apresentou 44,3 por cento que nunca praticaram o auto-exame, e 34,3 por cento que o praticam com frequências incorretas e 21,4 por cento que o fazem mensalmente. O exemplo das amigas, ou norma comportamental (NC), parece ter pouca influência, já que 90 por cento das respondentes afirmam que menos de 25 por cento de suas amigas praticam o auto-exame da mama.

Os comportamentos ligados à saúde (CLS), foram investigados através de quatro perguntas; a percepção da própria saúde, considerada por 65,8 por cento das respondentes como boa ou muito boa, por 21,4 por cento como satisfatória e por 12,8 por cento como regular ou ruim. A segunda questão referia-se à visita ao médico, que 50,0 por cento afirmam fazer ao menos uma vez por ano, 4,3 por cento de dois em dois anos e 45,7 por cento quando têm um problema. O exame ginecológico objeto da terceira pergunta é feito por 74,3 por cento ao menos uma vez por ano, por 11,4 por cento a cada dois anos, porém, 14,3 por cento nunca o realizaram. A mamografia já foi realizada por 22,9 por cento das respondentes.

Variáveis ligadas à norma subjetiva (NS). O item referente à norma subjetiva, que deve avaliar de modo geral a influência das pessoas relevantes, mostra uma tendência de 81,4 por cento das respondentes a sentirem a opinião destas pessoas como favorável à prática do auto-exame; o médico é visto por 78,5 por cento das mulheres como recomendando esta prática, sendo este comportamento também percebido como encorajado pela família por 80,0 por cento das respondentes.

Na pesquisa anterior (D'Amorim, 1992), as barreiras à realização do comportamento (BA) e o sentimento de suscetibilidade à doença (SS) apresentaram relações com a norma subjetiva e serão aqui analisadas. A suscetibilidade ao câncer mamário foi abordada através de duas questões de opinião, acerca da gravidade da doença e da probabilidade da respondente vir a sofrer dela; além destas, duas questões fatuais

indagaram se alguma parenta consanguínea já tinha sofrido de um câncer mamário e se a respondente já havia experimentado problemas nos seios. As respostas a estas questões podem ser vistas na Tabela 2.

As principais barreiras ao comportamento de realizar o auto-exame da mama são: o esquecimento (61,8 por cento), o fato de não saber fazê-lo (13,2 por cento), de não querer pensar no assunto (7,4 por cento), a falta de tempo (5,9 por cento), outras preocupações (5,9 por cento) e considerar que o exame provoca a flacidez dos seios (2,9 por cento).

Tabela 2 - Percepção da suscetibilidade ao câncer mamário: percentagens.

QUESTÕES DE OPINIÃO		QUESTÕES FATUAIS	
O Câncer é uma doença:		Quantas parentes suas já tiveram câncer de mama?	
Incurável	18,6	Nenhuma	87,1
Curável d tratamento	40,0	Uma	12,9
Curável d cirurgia	41,4		
Possibilidade de você ter câncer mamário:		Você já teve problemas nos seios?	
Nenhuma	1,4	Nenhum	76,8
Abaixo da média	25,7	Caroços	5,9
Na média	42,9	Displasia	13,0
Acima da média	27,1	Glândulas inflamadas	1,4
Já tive um	2,9	Câncer	2,9

Análise das relações entre todas as variáveis utilizadas

Correlações de Pearson foram calculadas entre todas as variáveis medidas através dos três instrumentos usados. As correlações significativas podem ser vistas na Figura 2.

As modificações sofridas pelo modelo em seu teste empírico, no estudo anterior (D'Amorim, 1992), mantiveram-se em parte. A norma subjetiva continuou a influenciar a intenção comportamental e manteve as ligações positivas com as crenças normativas, o sentimento de suscetibilidade à doença e a competência para realizar o auto-exame, além de sua correlação negativa com as barreiras à realização do comportamento. Apenas a relação com os comportamentos ligados à saúde passou da norma subjetiva para a percepção de controle. Esta última continuou relacionada à prática anterior, passando a ligar-se à competência para realizar o auto-exame e à atitude e, somente através desta última, à intenção comportamental.

A variável atitude influenciou a intenção, criando também ligações com a prática anterior e a percepção de controle; as demais variáveis a ela ligadas não apresentaram correlações significativas.

Uma regressão múltipla foi calculada, tendo como variável dependente a intenção comportamental e incluindo todas as demais como variáveis independentes. O resultado pode ser visto na Tabela 3. Apenas as crenças normativas e a prática anterior são previsoras da intenção, explicando 33,6 por cento de sua variância.

As respondentes foram então divididas em dois grupos, segundo a sua prática anterior do auto-exame. Os resultados aparecem na Tabela 4.

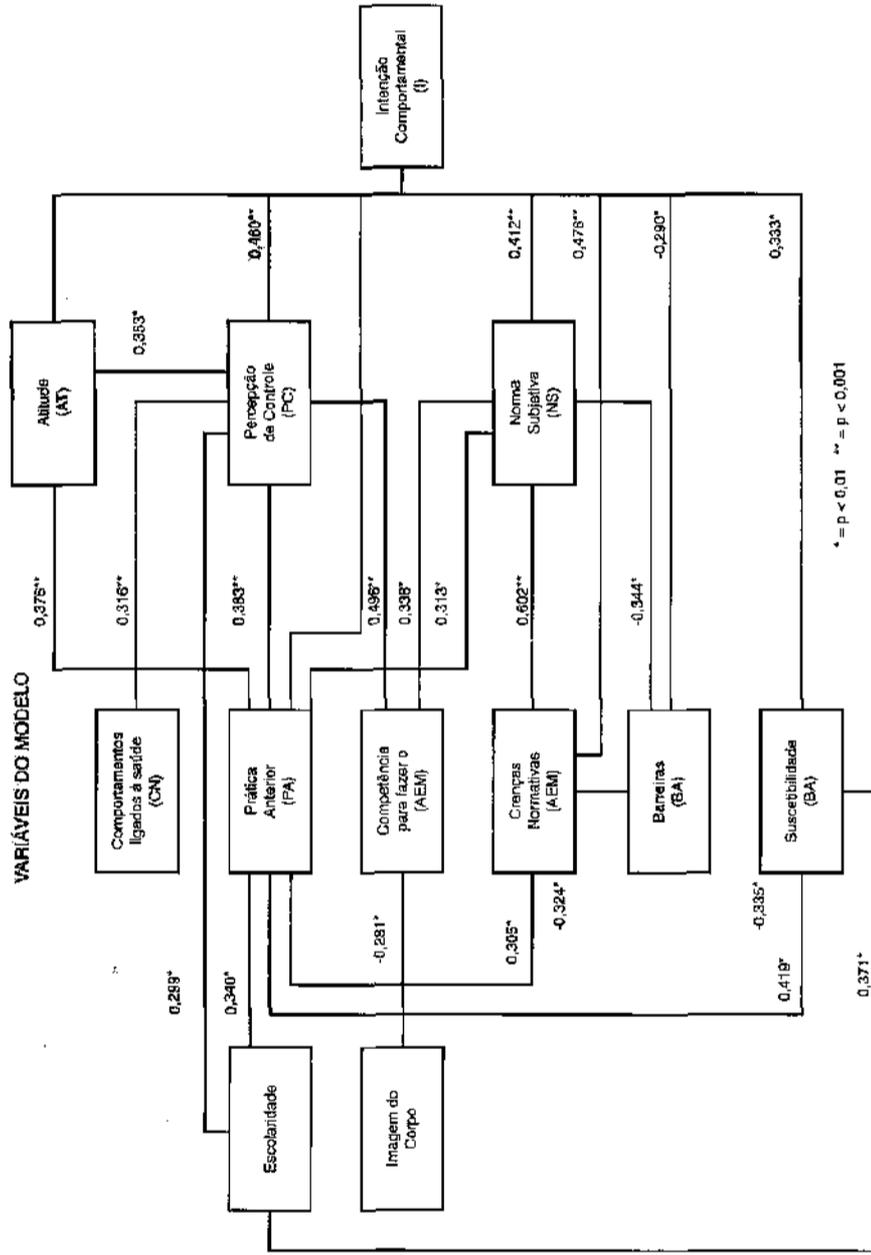


Figura 2: Correlações significativas obtidas.

Tabela 3 - Regressão múltipla: previsões da intenção.

VARIÁVEIS	R múltiplo	R ²	Beta	F	gl	P
Crenças Normativas	0,476	0,222	0,476	19,08	1/65	0,000
Prática Anterior	0,580	0,336	0,364	16,22	2/64	0,000

Tabela 4 - Regressões múltiplas para as mulheres que praticam o auto-exame e para as que não o fazem: previsores da intenção.

GRUPOS	VARIÁVEIS	R múltiplo	R ²	Beta	F	gl	P
Praticam (n = 34)	Norma Subjetiva	0,515	0,266	0,515	11,96	1/33	0,001
Não Praticam (n = 29)	Influência da Família	0,498	0,248	0,498	9,27	1/28	0,005

No caso das mulheres que já praticaram o auto-exame, a norma subjetiva explica 26,6 por cento da variância da intenção; no grupo que nunca praticou o auto-exame, 24,8 por cento desta variância é explicada pela influência da família.

Comparações entre os grupos de mulheres que praticam o auto-exame (n = 35) e as que não praticam (n = 31)

Uma série de testes t de *Student* foram calculados para cada uma das variáveis do modelo, comparando as respondentes segundo o seu nível de prática do auto-exame da mama. Para este fim, foram consideradas como participantes aquelas que afirmavam fazê-lo, fosse qual fosse a frequência declarada. Os resultados são apresentados na Tabela 5.

Como pode ser visto, a intenção de realizar o auto-exame, a atitude em relação a este comportamento, influência das normas subjetivas e a percepção de que podem exercer controle sobre o comportamento, diferenciam as mulheres que realizam das que não realizam o auto-exame da mama. Isto confirma a capacidade de discriminar os dois grupos por parte das variáveis principais do modelo de ação planejada (Ajzen, 1988).

Uma comparação dos resultados obtidos com os modelos da ação racional (Fishbein & Ajzen, 1980) e da ação planejada (Ajzen, 1988), será realizada a seguir.

Comparação dos resultados dos três estudos

O primeiro estudo teve como apoio a Teoria da Ação Racional (Ajzen & Fishbein, 1980) e os demais, a Teoria da Ação Planejada (Ajzen, 1985, 1987, 1988). A maior diferença entre as duas versões foi a introdução da variável percepção de controle na segunda teoria. As demais variáveis externas aos modelos foram introduzidas no segundo estudo de acordo com suas definições teóricas e no terceiro, segundo os

resultados empíricos obtidos no segundo. Uma análise das correlações obtidas entre a variável dependente, intenção de realizar o auto-exame da mama e as demais variáveis, pode esclarecer quais as relações constantes obtidas. A norma subjetiva manteve correlações positivas significativas com a intenção comportamental durante os três estudos; as crenças normativas, a prática anterior e o sentimento de suscetibilidade à doença o fizeram nos últimos dois estudos sendo que a suscetibilidade não foi medida no primeiro.

Uma comparação dos resultados obtidos nas regressões múltiplas realizadas nos três estudos pode ser vista na Tabela 6.

Tabela 5 - Diferenças significativas obtidas para as variáveis utilizadas segundo o nível de prática de auto-exame: médias, testes *t* e valores de *p*.

VARIÁVEIS	MÉDIAS		t	P
	PRATICAMI	NÃO PRATICAM		
Intenção (I)	4,457	3,433	-3,87	0,000
Atitude (AT)	3,457	3,032	-3,07	0,003
Norma Subjetiva (NS)	4,342	3,612	-2,38	0,021
Percepção de Controle (PC)	2,971	2,034	-4,50	0,000
Barreiras (BA)	4,254	5,193	2,90	0,041
Crenças Normativas (CN)	4,328	3,580	-2,36	0,023
Capacidade p/realizar o auto-exame (AEM)	3,114	1,967	-4,46	0,000
Suscetibilidade (SS)	2,007	1,556	-3,54	0,001
Percepção da própria saúde (S)	2,807	2,483	-2,59	0,012

O peso da norma subjetiva ou de seu antecedente, as crenças normativas, nos três estudos realizados, fica evidente nesta comparação. Esta constatação pode levar a uma proposta para uma nova fase de exploração deste tema, procurando criar um instrumento que nos forneça os subsídios necessários a uma campanha de esclarecimento nesta área.

CONCLUSÕES

O primeiro dos três estudos realizados teve como base o modelo de ação racional (Fishbein & Ajzen, 1980), utilizado de acordo com as instruções dos autores e ao qual foram acrescentadas apenas as possíveis barreiras à intenção de realizar o auto-exame da mama. A norma subjetiva, a vivência conjugal e o nível de escolaridade das respondentes explicaram 55,8 por cento da variância obtida. No segundo estudo, um desejo de explorar outras variáveis, possivelmente relevantes, levou ao emprego de um extenso questionário, tendo como espinha dorsal a teoria da ação planejada (Ajzen, 1988). Esta modificação levou a 36,2 por cento de explicação da variância, da intenção comportamental das mulheres que já praticavam o auto-exame através da variância da

norma subjetiva, percepção de controle e sentimento da própria competência para praticar o auto-exame. No caso daquelas que não realizavam o exame, 28,3 por cento da variância da intenção foi explicada pela influência do médico, da família e pelo seu nível de escolaridade.

Tabela 6 - Regressões múltiplas realizadas nos três estudos tendo como variável dependente a intenção.

ESTUDO	VARIÁVEIS	R múltiplo	R ²	Beta	t/F	P
Primeiro N = 70	1. Norma subjetiva	0,402	0,161	0,402	2.61	0,02
	2. Escolaridade	0,620	0,384	-0,646	4.10	0.00
	3. Vivência Conjugal	0.747	0.558	0.498	3.10	0.01
Segundo n = 179	1. Crenças Normativas	0.420	0.176	0.420	38.05	0.00
	2. Prática Anterior	0.475	0.226	0.228	25.70	0.00
	3. Norma Subjetiva	0.497	0.247	0.199	19.16	0.00
Praticam n = 109	1. Norma Subjetiva	0.491	0.241	0.491	34.31	0.00
	2. Percepção d/Controle	0.564	0.318	0.283	25.00	0.00
	3. Competência para fazer o AEM	0.602	0.362	0.212	20.11	0.00
Não Praticam n = 67	1. Crenças Normativas	0.380	0.144	0.380	11.14	0.00
	2. Escolaridade	0.532	0.283	-0.373	12.83	0.00
Terceiro n = 70	1. Crenças Normativas	0.476	0.222	0.476	19.09	0.00
	2. Prática Anterior	0.532	0.336	0.364	16.22	0.00
Praticam n = 34	1. Norma Subjetiva	0.515	0.226	0.515	11.96	0.00
Não Praticam	1. Crenças Normativas	0.498	0.248	0.498	9.27	0.00

No terceiro estudo, a norma subjetiva explicou 22,6 por cento da variância da intenção comportamental para as que já praticam o auto-exame e a influência da família explicou 24,8 por cento desta variância para as que não o praticam. A este estudo foram acrescentadas as variáveis de racionalidade e emocionalidade (Assmar & Rodrigues, 1989) e a de auto-avaliação do esquema corporal (Farias & Carvalho, 1987). A influência de ambas foi bastante reduzida. Um maior nível de valorização do corpo ficou associada a uma atitude mais positiva em relação à realização do auto-exame da mama ($t = -2,33$; $p = 0,027$), a uma menor confiança na capacidade de realizá-lo corretamente ($r = 2,22$; $p = 0,036$) e a um maior sentimento de suscetibilidade à doença ($f = -2,49$; $p = 0,022$).

Um maior nível de racionalidade aparece nas mulheres que consideram importante o apoio da família na realização do exame ($r = -2,24$; $p = 0,041$), nas que se sentem capazes de realizá-la bem ($f = -3,28$; $p = 0,003$) e naquelas que se sentem com melhor saúde ($t = -2,13$; $p = 0,42$).

Diante destes resultados, unidos àqueles com o instrumento principal nos três estudos, é possível estabelecer um grupo de variáveis que possam influenciar a mulher na realização do auto-exame e tentar explorá-las mais profundamente. A opinião de outros acerca do comportamento, especialmente do médico e da família, paralelamente ao sentimento de capacidade de realizá-lo bem, são os fatores situacionais mais importantes. A sensação de gozar boa saúde, a valorização do próprio corpo e o sentimento de suscetibilidade à doença são os fatores externos ao modelo que apresentaram alguma influência.

A elaboração de campanhas educacionais, que não forneçam um treinamento no comportamento e folhetos explicativos altamente detalhados, produzem poucos efeitos. Além disto, o envolvimento do médico na explicação e treinamento pessoal parece ser indispensável. Esta explicação deve ser estendida à família e sobretudo ao companheiro, tornando estas pessoas elementos renovadores do estímulo ao auto-exame da mama.

REFERÊNCIAS

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned action. Em J. Kulhl & Beckmann (Orgs), *Action Control*. New York: Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1987). Attitudes, traits and actions: dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. Em L. Berkowitz (Ed.), *Advances in social psychology*, vol. 20. New York: Academic Press.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes personality and behavior*. Milton Keynes, G.B.: Open University Press.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey.: Prentice-Hall.
- Assmar, E. & Rodrigues, A. (1989). Uma escala para medir racionalidade/emocionalidade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 41 (2), 22-28.
- Backer, L (1982). Breast câncer detection project: five years summary report. *C.A.: Câncer Journal for Clinicians*, 32(4), 194-225.
- Calnan, M. (1985). Patterns in preventive behavior: a study of women in middle age. *Social Science Medicine*, 20 (3), 263-268.
- Calnan, M & Rutter, D. (1984). Do health beliefs predict health behavior? An analysis of breast câncer self-examination. *Social Science and Medicine*, 22 (6), 673-678.
- Calnan, M. & Rutter, D. (1988). Do health beliefs predict health behavior? A follow-up analysis of breast self-examination. *Social Science and Medicine*, 26, 463-465.
- Celentano, D. & Holtzman, D. (1983). Breast self-examination competency: an analysis of self-reported practice and associated characteristics. *American Journal of Public Health*, 73(11), 1321-1323.
- D'Amorim, M.A. (1990). La motivacion para el auto examen de mama: una aplicación de la Teoria de Acción Racional. *Memórias, EVEMO*, 438-443.

M. A. D'Amorim

- D'Amorim, M.A. (1992). A motivação para realizar o auto-exame da mama; uma aplicação da Teoria de Ação Planejada. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8 (2), 169-185.
- Fallon, A. & Rozin, P.(1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 94 (1), 102-105.
- Farias, F. & Carvalho, S. (1987). Escala de auto avaliação sobre o esquema corporal. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 39(3), 23-25.
- Foster, R.S. Lang, S.P. Constanza, M.C. Worden, J.K. Haines, CR. & Yates, J.W. (1978). Breast self-examination practices and breast câncer stage. *The New England Journal of Medicine*, 299(6), 265-270.
- Franzoi, S. & Herzog, M. (1986). The body esteem scale: a convergent and discriminant validity study. *Journal of Personality Assessment*, 50(1), 24-31
- Franzoi, S. & Herzog, M. (1987). Judging physical attractiveness: what body aspects do we use? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 73(1), 19-33.
- Franzoi, S. & Shields, S. (1984). The body-esteem scale: multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 48(2), 173-178.
- Greenwald, P. Nasça, P.C.; Lawrence, CE. Horton, J. McGarrah, R.P. Gabriele, T. & Carlton, K. (1978). Estimated effect of breast examination and routine physician examinations on breast câncer mortality. *The New England Journal of Medicine*, 299(6), 271 -273.
- Grube, J.; Morgan, M. & McGee, T. (1986). Attitudes and normative beliefs as predictors of smoking intentions and behaviors: a test of three models. *Journal of Psychology*, 25, 81-93.
- Hill, D. Gardner, G. & Rassaby, J. (1985). Factors predisposing women to take precautions against breast and cervix câncer. *Journal of Applied Social Psychology*, 15(1), 59-79.
- Howe, H.L (1981). Social factors associated with breast self-examination among high-risk womem. *American Journal of Public Health*, 71, 251-255.
- Huguley, CM. & Brown, R.L (1981). Thevalue of breast self-examination. *Câncer*, 47, 989-995.
- Ronis, D. & Kaiser, M. (1989). Correlates of breast self-examination in a sample of college women; analysis of linear structural relations. *Journal of Applied Social Psychology*, 19 (13), 1068-1084.

Recebido em 17.02.1992

Aceito em 08.06.1992