

## APOYO SOCIAL Y RASTREO DE CÁNCER UTERINO Y DE MAMA ENTRE LAS TRABAJADORAS DE ENFERMERÍA

Isis Teixeira e Silva<sup>1</sup>  
Rosane Harter Griep<sup>2</sup>  
Lúcia Rotenberg<sup>3</sup>

*Estudio epidemiológico, seccional, realizado en tres hospitales públicos de Río de Janeiro, en Brasil, con el objetivo de analizar la asociación entre el apoyo social y las prácticas de detección precoz de cáncer uterino y de mama entre trabajadoras de enfermería. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario multidimensional referente a variables socio demográficas y ocupacionales, a la realización del Papanicolaou, al auto examen de las mamas y al apoyo social (escala Medical Outcomes Study). Las asociaciones estadísticas fueron evaluadas a través de la prueba chi-cuadrado con niveles de significancia de 5%. Se utilizó la regresión logística para el análisis multivariado. De manera consistente, mayores niveles de apoyo social aumentaron las chances de la realización de prácticas adecuadas, del examen Papanicolaou y del auto examen de las mamas, después de ajuste por variables socios demográficos y ocupacionales. Esos resultados corroboran las hipótesis sobre la contribución positiva del apoyo social para la práctica regular de cuidados con la salud.*

*DESCRIPTORES: apoyo social; autoexamen de mamas; frotis vaginal; autocuidado; salud laboral; enfermería*

## APOIO SOCIAL E RASTREAMENTO DE CÂNCER UTERINO E DE MAMA ENTRE TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM

*Estudo epidemiológico, seccional, realizado em três hospitais públicos do Rio de Janeiro, Brasil, com o objetivo de analisar a associação entre o apoio social e práticas de detecção precoce de câncer uterino e de mama entre trabalhadoras de enfermagem. Os dados foram coletados através de questionário multidimensional referente a variáveis sociodemográficas, ocupacionais e à realização do Papanicolaou, autoexame das mamas e apoio social (escala Medical Outcomes Study). Associações estatísticas foram avaliadas através do teste qui-quadrado com níveis de significancia de 5%. Utilizou-se a regressão logística para análise multivariada. De maneira consistente, maiores níveis de apoio social aumentaram as chances de realização de práticas adequadas do exame Papanicolaou e de autoexame das mamas, após ajuste por variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Esses resultados corroboram as hipóteses sobre a contribuição positiva do apoio social para a prática regular de cuidados com a saúde.*

*DESCRITORES: apoio social; auto-exame de mama; esfregaço vaginal; autocuidado; saúde do trabalhador; enfermagem*

## SOCIAL SUPPORT AND CERVICAL AND BREAST CANCER SCREENING PRACTICES AMONG NURSES

*This cross-sectional epidemiological study was carried out at three public hospitals in Rio de Janeiro, RJ, Brazil. It aimed at analyzing the association between social support and cervical and breast cancer early detection practices among nurses. Data were collected through a multidimensional questionnaire focusing on socio-demographic and occupational variables, the performance of the breast self-exam, the Papanicolaou smear test, and social support (Medical Outcomes Study scale). Statistical associations were evaluated through the Chi-square test ( $p < 0.05$ ). Logistic regression tests were used for multivariate analysis. Higher levels of social support consistently increased the chances of individuals reporting adequate practices concerning breast self-examination and having Pap smear tests performed, regardless of socio-demographic or occupational variables. These results corroborate the hypotheses that social support has a positive effect on the regular practice of self-care.*

*DESCRIPTORS: social support; breast self-examination; vaginal smears; self care; occupational health; nursing*

<sup>1</sup>Enfermera, Maestría en Enfermería, e-mail: isistx@gmail.com; <sup>2</sup>Enfermera, Doctor en Salud Pública, Investigador del Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz, Brasil, e-mail: rohgriep@ioc.fiocruz.br; <sup>3</sup>Doctor en Psicología, Investigador del Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz, Brasil, e-mail: rotenber@ioc.fiocruz.br.

## INTRODUCCIÓN

Con más de 10 millones de nuevos casos todos los años, el cáncer se volvió una de las más amenazadoras enfermedades en todo el mundo<sup>(1)</sup>. Entre las mujeres, el cáncer de mama es el más frecuente y, probablemente, el más temido, debido a su alta frecuencia y efectos psicológicos, que afectan la percepción de la sexualidad y la propia imagen personal<sup>(2)</sup>. El cáncer del cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más común en Brasil<sup>(1)</sup>.

Debido a la alta letalidad y secuelas físicas y emocionales que esos dos tipos de cáncer ocasionan, es de suma importancia la prevención e identificación precoz<sup>(3)</sup> que aumentan, considerablemente, las chances de cura<sup>(1)</sup>. La detección precoz envuelve, por un lado, la oferta de los exámenes por los servicios de salud y, por otro, las acciones voluntarias de búsqueda de esos servicios. Sin embargo, diversos factores pueden influenciar la adhesión a las prácticas de detección de cáncer de mama y de cuello uterino. Entre estos, se destacan aspectos relacionados a la condición socioeconómica, tales como: escolaridad, renta, habitar en zona rural o urbana<sup>(4)</sup>. Otros factores se relacionan al mayor o menor acceso de las mujeres a los programas y servicios de salud que disponen de los exámenes de rastreo, tener servicio de salud regular o profesional médico de referencia, así como la percepción del estado de salud por las propias mujeres, presencia de casos de cáncer entre conocidos o familiares y el estilo de vida<sup>(4)</sup>. Además de estos, diversos estudios internacionales<sup>(5-9)</sup> han postulado que el apoyo social también puede promover cuidados preventivos de salud.

El apoyo social se refiere a los recursos disponibles en la red social del individuo, en situaciones de necesidad<sup>(10)</sup>, y pueden ser mensurados a través de la percepción individual del grado con que relaciones interpersonales corresponden a determinadas funciones, por ejemplo, apoyo emocional, material y afectivo<sup>(11)</sup>. La fuerza de la teoría de redes sociales está en la suposición de que la estructura social de la red, por sí sola, es altamente responsable por la determinación de actitudes y comportamientos individuales, a través del acceso a recursos, oportunidades y estímulo de comportamientos<sup>(9-10)</sup>. La idea central es que los comportamientos del

estilo de vida, exposición a eventos que causan estrés en la vida, experiencias de estrés crónico y los recursos psicológicos de los individuos son generados en el contexto de la estructura social en que las personas viven<sup>(10)</sup>.

En el contexto de los estudios de enfermería brasileña, la importancia del apoyo social ha sido enfatizada en años más recientes<sup>(11-14)</sup>. Sin embargo, pocos estudios nacionales evaluaron la relación del apoyo social con prácticas preventivas femeninas. Reconocer la importancia del apoyo social en diferentes contextos de la salud es fundamental, tanto en la planificación de los cuidados de enfermería como en el desarrollo de investigaciones que tengan aplicación práctica en esos cuidados<sup>(12)</sup>.

Este artículo presenta parte de los resultados de la investigación "Género, trabajo y salud en profesionales de enfermería: morbilidad y su asociación con el trabajo nocturno, largas jornadas y trabajo doméstico", siendo que el objetivo general de ese estudio mayor es estudiar las relaciones entre la organización del trabajo hospitalario y la salud y bienestar de los profesionales de enfermería. Este artículo tiene como objetivo identificar, en un contexto de trabajadoras de enfermería, que actúan en hospitales, la asociación entre apoyo social referido y determinadas prácticas de detección precoz de cáncer femenino (citología vaginal y auto examen de las mamas).

## MÉTODOS

Estudio epidemiológico seccional que comprendió el conjunto de las profesionales de asistencia de enfermería de tres hospitales públicos de Río de Janeiro. De un total de 1.505 trabajadoras elegibles, 1.307 (86,8%) adhirieron al estudio. La recolección de datos fue realizada entre junio de 2005 y febrero de 2006, durante el horario de trabajo de las profesionales de enfermería, en locales que permitieron la privacidad de las respuestas. El cuestionario fue aplicado por entrevistadores entrenados, después tres rodadas de pruebas y estudio piloto, conteniendo informaciones: socio demográficas (edad, escolaridad, situación conyugal, hijos, renta *per capita*, color/raza); ocupacionales (función que

ejerce en el hospital, tiempo que trabaja en enfermería, trabajo en otro hospital, vínculo de empleo y carga horaria semanal). El apoyo social fue mensurado a través de la escala *Medical Outcomes Study — Social Support Survey* (MOS-SS), desarrollada en inglés<sup>(15)</sup> y traducida y validada para el portugués<sup>(16)</sup>. Se trata de una escala con 19 ítems, comprendiendo cinco dimensiones funcionales de apoyo social<sup>(15)</sup>: *material* (4 preguntas - provisión de recursos prácticos y ayuda material); *afectivo* (3 preguntas - demostraciones físicas de amor y afecto); *emocional* (4 preguntas - expresiones de afecto positivo, comprensión y sentimientos de confianza); *interacción social positiva* (4 preguntas - disponibilidad de personas para divertirse o relajarse) e *información* (4 preguntas - disponibilidad de personas para obtención de consejos u orientaciones). Para cada ítem, se debe indicar con qué frecuencia se consideraba disponible cada tipo de apoyo, en caso de necesidad: nunca, raramente, a veces, casi siempre, o siempre<sup>(15-16)</sup>.

A pesar de que la escala de apoyo social originalmente hubiese sido desarrollada para el uso de cinco dimensiones, la técnica de análisis factorial demostró, tanto en su versión original<sup>(15)</sup> como en el contexto brasileño<sup>(16)</sup>, que la dimensión emocional no puede ser discriminada de la dimensión información. Además de eso, los resultados de la evaluación en portugués<sup>(16)</sup> indicaron que los ítems de apoyo de interacción social positiva no se discriminaron de los ítems de apoyo afectivo, pasando a constituir una única dimensión (afectivo/interacción social positiva). Por lo tanto, se optó, en los análisis realizados en este estudio, por utilizar tres dimensiones de apoyo: 1-“material”, 2-“emocional/información” y 3-“afectivo/interacción social positiva”. Para facilitar comparaciones entre esas dimensiones, se realizó la estandarización por medio del cociente entre las sumas de los puntos obtenidos en el conjunto de las preguntas de cada dimensión y el valor máximo de puntos posibles de ser obtenidos, de acuerdo con el número de preguntas de cada dimensión, y el resultado de ese cociente fue multiplicado por 100<sup>(11-12)</sup>. Ese puntaje, entonces, fue dividido en tercios, indicando que a mayor puntaje alcanzado, mayor sería el nivel de apoyo social.

La práctica del auto examen de las mamas (AEM) fue investigada a través de la pregunta *¿Con qué frecuencia realiza el auto examen de las mamas, con el objetivo de descubrir*

*endurecimientos cutáneos o cualquier anomalía?*, clasificada en dos categorías<sup>(17)</sup>: 1- practica - incluye todas aquellas que realizan el AEM “todo los meses” o “casi todos los meses” y 2- no practica - incluye todas aquellas que realizan el AEM “raramente” o “nunca”.

La frecuencia de realización del examen Papanicolaou fue investigada a través de la pregunta *¿Cuándo fue la última vez que hizo un examen preventivo de cáncer de cuello uterino?* y fue clasificada en dos categorías: 1- práctica inadecuada - para aquellas que respondieron “nunca lo hice”, “entre 2 y 3 años”, “entre 3 y 5 años” y “hace más de 5 años” y 2- práctica adecuada - para las respuestas “hace menos de 1 año”, “entre 1 y 2 años”<sup>(18)</sup>.

Fueron realizados análisis univariados y bivariados para verificación de la asociación entre los niveles de apoyo social y las prácticas de rastreo, evaluadas con cada una de las covariables socio demográficas estudiadas (edad, escolaridad, situación conyugal, raza/color, renta *per capita*, tener hijos) y ocupacionales (función en el hospital, trabajo en otro local, vínculo, tiempo en enfermería y carga horaria semanal). En esa etapa, se utilizó la prueba chi-cuadrado de *Pearson* para verificar si las asociaciones encontradas presentaban significancia estadística en nivel de 10% ( $p < 0,10$ ), valiéndose de ese criterio para la selección de posibles variables de confusión. Aquellas asociadas tanto a la exposición como al resultado fueron probadas en los modelos multivariados a través de la técnica de regresión logística.

El proyecto de investigación fue aprobado por los Comités de Ética de los hospitales donde fue realizado el estudio y por el CONEP, con el n° 10228, para donde fue encaminado por envolver financiamiento – una parte - de institución extranjera.

## RESULTADOS

De las trabajadoras de enfermería evaluadas, 28,4% estaban en el intervalo de edad de 46 a 55 años, 43,3% eran casadas, 59,6% tenían hijos. Además de eso, 53,9% refirieron haber cursado la enseñanza media; 36,8% se auto referían como blancas y 31,8% tenían renta *per capita* entre R\$ 350,00 y R\$ 699,00 (Tabla 1).

Tabla 1 – Distribución socio demográfica de las trabajadoras de enfermería estudiadas (n=1307)

Variabes	n*	%
<b>Edad (años)</b>		
18 a 25	259	19,8
26 a 35	237	18,1
36 a 45	278	21,3
46 a 55	371	28,4
56 o más	153	11,7
<b>Escolaridad</b>		
Fundamental completo	97	7,4
Medio completo	704	53,9
Superior completo	504	38,6
<b>Situación conyugal</b>		
Casado	566	43,3
Viudo/separado/divorciado	277	21,2
Soltero	460	35,2
<b>Raza</b>		
Negra	312	24
Parda	455	34,9
Blanca	479	36,8
Amarilla o indígena	56	4,3
<b>Renta familiar per capita</b>		
<R\$ 350,00	188	14,4
Entre R\$ 350,00 y R\$ 699,99	416	31,8
Entre R\$ 700,00 y R\$ 1.049,99	282	21,6
≥R\$ 1.050,00	407	31,1
<b>Hijos</b>		
Si	779	59,6
No	528	40,4

\*excluyese la categoría "no informado"

Casi la mitad de las entrevistadas eran técnicas, 29,5% enfermeras y 21,4% auxiliares de enfermería; 51,9% fueron admitidas para la función de auxiliar de enfermería; 36,3% refirieron tener otro empleo en enfermería y 51,1% tenía vínculo temporario con la institución. Un tercio refirió trabajar hace menos de cinco años en enfermería o entre 21 y 30 años. Más de la mitad (53,7%) del grupo refirió trabajar solamente en el horario diurno, 26% solamente en la noche y 20,3% en horarios nocturnos y diurnos. En cuanto a la carga horaria, 52,4% refirió trabajar más de 40 horas semanales, considerando todos los empleos (Tabla 2).

Se identificó asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre las dimensiones de apoyo

social y las variables socio demográficas evaluadas. Los resultados mostraron que las más jóvenes, de mayor escolaridad, mayor renta, casadas, sin hijos y auto referidas como blancas fueron clasificadas con puntajes más elevados de apoyo social (resultados no presentados en tablas).

Tabla 2 - Características ocupacionales de las trabajadoras de enfermería estudiadas

Variabes	n*	%
<b>Categoría profesional de acuerdo con la escolaridad</b>		
Enfermero	386	29,5
Técnico	642	49,1
Auxiliar	279	21,4
<b>Función que ejerce en el hospital</b>		
Enfermero	365	27,9
Técnico	264	20,2
Auxiliar	678	51,9
<b>Trabaja en otro local</b>		
Si	475	36,3
No	832	63,7
<b>Vínculo de empleo</b>		
Permanente	637	48,9
Temporario	666	51,1
<b>Tiempo que trabaja en enfermería</b>		
0 a 5 años	434	33,2
6 a 10 años	118	9
11 a 20 años	253	19,4
21 a 30 años	442	33,8
31 o más	60	4,6
<b>Horario de trabajo</b>		
Diurno	701	53,7
Nocturno	340	26
Mixto	265	20,3
<b>Carga horaria semanal</b>		
Hasta 40h	622	47,6
De 41 a 60h	431	33
≥61h	254	19,4

\* excluyese la categoría "no informado"

En cuanto a las prácticas de detección del cáncer femenino, se observó que casi 83% realizaron el preventivo entre 1 y 2 años. Sin embargo, 3,7% nunca lo realizaron y 12,7% lo realizaron hace más de dos años. En relación al AEM, cerca de 8,4% de las entrevistadas refirió nunca haberlo realizado, 53,9% lo realizan raramente o a veces y 36,6% casi todos los meses o todos los meses (Tabla 3).

Tabla 3 – Descripción de las prácticas de detección del cáncer femenino entre las trabajadoras de enfermería estudiadas

Prácticas de auto cuidado femenino	n*	%
Cuando hizo el último preventivo (examen Papanicolaou)		
Nunca	48	3,7
Hace más de 2 años	166	12,7
Entre 1 y 2 años	1084	82,9
Auto examen de las mamas		
Nunca	110	8,4
Raramente/a veces	704	53,9
Casi todos los mes/todo mes	478	36,6

\* excluyese categorías "no informado"

En el análisis multivariado, ajustado por las variables socio demográficas y de ocupación que pueden no hacer la distinción debida, es decir

confundir, se observó que la probabilidad de realizar el Papanicolaou fue 58% mayor (RC=1,58; IC95%=1,07- 2,34) en el 3º tercil (niveles más altos de apoyo) cuando comparado al 1º tercil (niveles mas bajos de apoyo) de apoyo social global.

Fue posible observar que, para la dimensión de interacción social positiva/afectivo de aquellas que refirieron niveles intermediarios de apoyo social, la chance de realizar el Papanicolaou fue 70% más elevada (RC=1,70; IC95%=1,16- 2,47) y entre aquellas con niveles más altos (3er. tercio) la chance pasó para 84% (RC=1,84; IC95%=1,24- 2,71).

Sin embargo, no fue posible identificar la asociación entre apoyo material y apoyo emocional/información y la realización del examen Papanicolaou (Tabla 4).

Tabla 4 - Prevalencias y razones de chances (RC bruta y ajustada) de la realización del Papanicolaou, según el tercio de los puntajes de las dimensiones de apoyo social

Apoyo social	Papanicolaou adecuado		Papanicolaou inadecuado		RC bruta (IC 95%)	RC ajustada* (IC 95%)
	n	%	n	%		
Global						
20 a 79	305	79,2	80	20,8	1	1
80 a 95	329	83,5	65	16,5	1,32(0,92 - 1,91)	1,27(0,87- 1,85)
95,1 a 100	369	86,2	59	13,8	1,61(1,17- 2,45)	1,58(1,07- 2,34)
Material						
20 a 79	340	79,4	88	20,6	1	1
80 a 99	371	85,5	63	14,5	1,52(1,07 - 2,17)	1,43(0,98- 2,07)
100	352	85	62	15	1,47(1,03 - 2,10)	1,43( 0,98-2,08)
Emocional/información						
20 a 77,4	316	80,6	76	19,4	1	1
77,5 a 97,4	371	83,6	73	16,4	1,22(0,86- 1,74)	1,19(0,82- 1,71)
97,5 a 100	354	85,3	61	14,7	1,40(0,96- 2,02)	1,31(0,88- 1,95)
ISP/afectivo						
20 a 82,7	286	77,1	85	22,9	1	1
82,8 a 99,9	365	85,3	63	14,7	1,72(1,20- 2,47)	1,70(1,16- 2,47)
100	388	87	58	13	1,99( 1,38- 2,87)	1,84(1,24- 2,71)

\*Ajustada para las covariables que presentaron asociación estadística (p<0,10) en el análisis bivariado entre el apoyo social y el examen Papanicolaou: edad, escolaridad, situación conyugal, renta *per capita*, hijos, tiempo que trabaja en enfermería y carga horaria semanal

Los análisis ajustados por variables de confusión de la asociación de los niveles de apoyo social AEM mostraron que la chance de practicar el AEM fue 54% (RC=1,54; IC95%=1,14-2,07) mayor en el último tercio de apoyo social global, cuando comparado al 1º.

Además de eso, aquellas trabajadoras clasificadas en el 3º tercio de apoyo emocional/información tuvieron chance 43% (RC=1,43; IC95%=1,06-1,93) más elevada y en el apoyo ISP/

afectivo fue 80% (RC=1,80; IC95%=1,33- 2,44) mayor cuando comparadas a aquellas clasificadas en el 1º (niveles más bajos de apoyo social), confirmando la asociación directa entre los puntajes dimensionales de apoyo social global y la práctica de AEM (Tabla 5).

De forma semejante al examen de Papanicolaou, el apoyo material no se mostró asociado a mayores/menores chances de realización del auto examen de las mamas entre las trabajadoras evaluadas (Tabla 5).

Tabla 5 - Prevalencias y cocientes de chances (RC bruta y ajustada) de la práctica del AEM, según el tercio de los puntajes de las dimensiones de apoyo social

Apoyo social	Practica el AEM		No practica el AEM		RC bruta (IC 95%)	RC ajustada* (IC 95%)
	n	%	n	%		
Global						
20 a 79	124	32,4	259	67,6	1	1
80 a 95	137	34,9	255	65,1	1,12(0,83-1,51)	1,16(0,86-1,58)
95,1 a 100	183	42,9	244	57,1	1,57(1,17-2,10)	1,54(1,14-2,07)
Material						
20 a 79	139	32,5	289	67,5	1	1
80 a 99	165	38,4	265	61,6	1,30( 0,98- 1,71)	1,28(0,96-1,71)
100	166	40,3	246	59,7	1,40( 1,06- 1,86)	1,33(0,99-1,78)
Emocional/información						
20 a 77,4	134	34,4	255	65,6	1	1
77,5 a 97,4	147	33,2	296	66,8	0,94 (0,71- 1,26)	0,94(0,70-1, 26)
97,5 a 100	179	43,3	234	56,7	1,46( 1,09- 1,94)	1,43(1,06-1,93)
ISP/afectivo						
20 a 82,7	113	30,6	256	69,4	1	1
82,8 a 99,9	148	34,7	278	65,3	1,21(0,89 - 1,62)	1,25(0,92- 1,70)
100	197	44,3	248	55,7	1,80(1,35 - 2,40)	1,80(1,33- 2,44)

\*Ajustada para las covariables que presentaron asociación estadística ( $p < 0,10$ ) en el análisis bivariado entre el apoyo social y el AEM: edad, situación conyugal, hijos y trabaja en otro local

## DISCUSIÓN

El grupo estudiado presentó elevada carga de trabajo semanal, con alto porcentual de trabajadoras con más de un empleo. Esas características remiten a los aspectos ya discutidos por otros autores<sup>(19)</sup> en relación a las dobles y triples jornadas de las trabajadoras de enfermería en Brasil, que incluyen los diversos empleos en la asistencia de enfermería y el trabajo doméstico. Además de consecuencias sobre la salud de las trabajadoras con posibles riesgos para los pacientes, tales condiciones podrían también restringir el tiempo y motivación para la dedicación al auto cuidado.

No todas las mujeres refirieron hacer el rastreo del cáncer uterino y de mama de la forma adecuada. En relación al examen Papanicolaou, llama la atención en estos resultados la proporción de trabajadoras de enfermería que nunca realizaron o que lo realizaron hace más de dos años. La frecuencia de realización del examen aquí observada fue semejante a la identificada en municipios como Porto Alegre, Florianópolis, Curitiba, Río de Janeiro y San Pablo<sup>(20)</sup>. Tal semejanza es preocupante, si se considera que el estudio en esos municipios comprendió mujeres de la población en general. Esos resultados enfatizan la necesidad de pensar en la promoción de la salud entre el equipo de enfermería

En relación a la práctica del auto examen de las mamas (AEM), se encontró, aquí, proporciones menores de realización, cuando comparadas a aquellas observadas entre trabajadoras técnico

administrativas de una universidad pública de Río de Janeiro<sup>(17)</sup>. Si se considera que este estudio se refiere exclusivamente a las trabajadoras de enfermería y que, posiblemente, conocen el AEM y la forma adecuada de realizarlo, se puede resaltar cuanto el conocimiento del examen no determina su realización. Esa observación es coincidente con algunos resultados<sup>(21)</sup> que muestran que menos de un tercio de las mujeres realizaban el AEM, a pesar de que 96% de ellas refirieron conocer el examen. Es importante resaltar que el Ministerio de la Salud<sup>(1)</sup> no preconiza el auto examen de las mamas como estrategia aislada de detección precoz del cáncer de mama. La recomendación es que el examen de las mamas, por la propia mujer, haga parte de las acciones de educación para la salud que contemplen el conocimiento del propio cuerpo. Por lo tanto, en este estudio, esa práctica fue considerada una variable definidora del auto cuidado en salud.

Se identificó, aquí, también, una asociación entre mayores niveles de apoyo social y la adhesión a las prácticas de rastreo de cáncer uterino (citología vaginal) y de mama (AEM). Análisis ajustados mostraron que, entre las trabajadoras de enfermería que refirieron niveles más altos de apoyo social global y ISP/afectivo, también relataron frecuencia más elevada de realización del examen Papanicolaou.

El apoyo social, y sus posibles relaciones con el examen de rastreo del cáncer del cuello uterino, ha sido menos estudiado que el auto examen de las mamas. Sin embargo, ya fue identificado<sup>(5)</sup>, por

ejemplo, que tener un médico regular y poder conversar con amigas sobre aspectos relacionados a la salud está asociado a prácticas más adecuadas del examen Papanicolaou. En ese sentido, el rastreo de cáncer es un desafío relevante para mujeres de la misma edad y las amigas podrían facilitar informaciones y elucidar dudas sobre el examen. Sin embargo, la importancia de la familia, en especial del marido, en el caso de las casadas, como influyendo en esa práctica no puede ser menospreciada<sup>(5)</sup>.

Los resultados apuntaron importancia semejante del apoyo social en las dos prácticas preventivas evaluadas. Sin embargo, un estudio norteamericano<sup>(6)</sup> identificó influencia más importante del apoyo social en la adhesión al examen Papanicolaou que en el caso de exámenes de rastreo de detección del cáncer de mama en poblaciones hispánicas que viven en los Estados Unidos.

En el caso del AEM, los resultados, aquí, mostraron que entre aquellas que refirieron niveles más altos de apoyo social global, emocional/información y ISP/afectivo se identificó una frecuencia más elevada de práctica adecuada del AEM. Resultados semejantes fueron identificados en estudio que evaluó el impacto del apoyo social (utilizando la misma escala de este estudio) en las prácticas de rastreo del cáncer de mama en una población de más de 55.000 mujeres<sup>(8)</sup>, mostrando que los altos niveles de apoyo emocional/información y de interacción social positiva fueron asociados, de manera independiente, a las prácticas más adecuadas de rastreo del cáncer de mama (mamografía, AEM y examen clínico de las mamas). También, de forma semejante al presente estudio, los autores no identificaron asociación entre el apoyo material y el AEM. De hecho, las dimensiones más relacionadas al aspecto emocional (tener alguien con quien compartir sentimientos de afecto) parece tener más influencia en el auto cuidado que la dimensión relacionada a la provisión de recursos materiales<sup>(8)</sup>. Otras investigaciones<sup>(7-9)</sup> han mostrado, de forma consistente, la influencia del apoyo social en prácticas del rastreo de cáncer de mama, que incluyen el AEM.

El mecanismo que explica la influencia del apoyo social sobre comportamientos relacionados a la salud, todavía no está elucidado. Se sabe que la red social de apoyo puede proveer asistencia práctica, incentivar directamente comportamientos preventivos o crear un ambiente emocional de apoyo que colaboran o facilitan la adherencia en prácticas preventivas, ya que estarían relacionados al

*empowerment* de cuidados con la salud, a través del acceso a la información, transferencia de conocimiento e incentivo<sup>(9)</sup>. Otros autores<sup>(10)</sup> todavía relacionan la importancia de la influencia social, en que el medio social establecería normas de comportamientos más o menos aceptables, además de que determinados vínculos sociales podrían promover mayor acceso a los servicios de salud.

## CONCLUSIONES

Este estudio identificó una proporción considerable de trabajadoras de enfermería con prácticas preventivas inadecuadas en relación al rastreo de cáncer uterino y de mama, mostrando que las oportunidades de prevención están siendo perdidas en el contexto de los hospitales evaluados.

Los análisis mostraron que las trabajadoras de enfermería que refirieron niveles más elevados de apoyo social global y de interacción social positiva/afectivo relataron también frecuencias más elevadas de prácticas adecuadas en lo que se refiere al rastreo de cáncer uterino (citología vaginal). En el caso del AEM, además de esos, el apoyo social emocional/afectivo se mostró asociado a las prácticas adecuadas. Por lo tanto, este estudio corrobora los resultados de otras investigaciones que apuntan la importancia del apoyo social en la adopción de prácticas preventivas femeninas. Esa consistencia de resultados enfatiza la contribución positiva del apoyo social para la práctica regular de cuidados con la salud. Ese conocimiento precisa ser difundido entre los trabajadores de enfermería y reconocido en programas que estimulen las prácticas de rastreo de cáncer femenino. Por lo tanto, invertir en programas que valoricen y fortalezcan vínculos sociales puede contribuir para la promoción de la salud colectiva e individual<sup>(9)</sup>.

Estudios cualitativos y cuantitativos, en este momento, que eluciden mejor los atributos específicos del apoyo emocional/información y el de ISP/afectivo y su relación con las prácticas de detección de cáncer femenino, se hacen necesarios. Además de eso, la identificación de los tipos de relaciones sociales más importantes que influyen positivamente o negativamente en las prácticas de salud (por ejemplo, relación con compañeros del trabajo, profesionales de salud, personas de la familia, amigos etc.) pueden subsidiar de forma más efectiva estrategias preventivas que consideren el ambiente social.

## REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama-Viva Mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
2. Pinheiro CPO, Silva RM, Mamede MV, Fernandes AFC. Participating in a support group: experience lived by women with breast cancer. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2008; 16(4):733-8.
3. Borghesan DHP, Peloso MBSM, Carvalho DBC. Auto-exame das mamas: conhecimento e prática entre profissionais da área da saúde de uma instituição pública. *Acta Scientiarum Health Sciences*, 2003; 25(1):103-13.
4. Domenighetti G, D'Avanzo B, Egger M, Berrino F, Perneger T, Mosconi P et al. Women's perception of the benefits of mammography screening: population-based survey in four countries. *Int J Epidemiol* 2003; 32(5):816-21.
5. Seow A, Huang J, Straughan PT. Effects of social support, regular physician and health-related attitudes on cervical cancer screening in an Asian population. *Cancer Causes and Control* 2000; 11(3):223-30.
6. Suarez L, Ramirez AG, Villarreal R, Marti J, McAlister A, Talavera GA et al. Social networks and cancer screening in four U.S. Hispanic groups. *Am J Prev Med* 2000; 19:47-52.
7. Katapodi MC, Facione NC, Miaskowski C, Dodd MJ, Waters C. The influence of social support on breast cancer screening in a multicultural community sample. *Oncol Nurs Forum* 2002; 29:845-52.
8. Messina CR, Lane DS, Glanz K, West DS, Taylor V, Frishman W et al. Relationship of Social Support and Social Burden to Repeated Breast Cancer Screening in the Women's Health Initiative. *Health Psychol* 2004; 23(6):582-94.
9. Magai C, Considine N, Neugut AI, Hershman DL. Common Psychosocial Factors Underlying Breast Cancer Screening and Breast Cancer Treatment Adherence: A Conceptual Review and Synthesis. *J Women's Health* 2007; 16(1):11-23
10. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sc Med* 2000, 51:843-57.
11. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SMM. The influence of social support on strengthening families of children with chronic renal failure. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008, 16(4):692-9.
12. Pedro ICS, Galvão CM, Rocha SMM, Nascimento LC. Social support and families of children with cancer: an integrative review. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008, 16(3):477-83.
13. Pedro ICS, Rocha SMM, Nascimento LC. Social support and social network in family nursing: reviewing concepts. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008, 16(2):324-7.
14. Moraes TPR, Dantas RAS. Evaluation of social support among surgical cardiac patients: support for nursing care planning. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007, 15(2):323-9.
15. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sc Med* 1999;38:705-14.
16. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck G, Lopes C. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. *Cad Saúde Públ* 2005; 21(3):703-14.
17. Andrade CR, Chor D, Faerstein E, Griep RH, Lopes CS, Fonseca MJM. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Públ* 2005, 21(2):379-86.
18. Gamarra CJ, Paz EPA, Griep RH. Conhecimento, atitudes e prática do exame de papanicolaou entre mulheres argentinas. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(2):270-6.
19. Portela LF, Rothenberg L, Waissmann W. Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:802-8.
20. Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003. Detecção precoce de câncer de colo do útero e mama. [http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/detec\\_mama\\_colo.pdf](http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/detec_mama_colo.pdf), acessado em 14.04.2008.
21. Monteiro APS, Arraes EPP, Pontes LB, Campos MSS, Ribeiro RT, Gonçalves RE et al. Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. *Rev Bras Ginecol Obstet Rio de Janeiro* 2003; 25(3):201-5.