

Autoavaliação de Saúde e Câncer de Mama em Mulheres de Cidade do Sul do Brasil

Self-Exam of Health and Breast Cancer in Women from a City in Southern Brazil

Autoevaluación de la Salud y el Cáncer de Mama en Mujeres de una Ciudad del Sur de Brasil

Doroteia Aparecida Höfelmann¹; Juliana Cristine dos Anjos²

Resumo

Introdução: A autoavaliação da saúde representa importante preditor de morbidade e mortalidade. **Objetivos:** Avaliar frequência de autoavaliação de saúde negativa e fatores associados em mulheres com câncer de mama atendidas por um serviço de referência no Sul do Brasil, controles da vizinhança e da unidade de saúde. **Método:** Análises desenvolvidas a partir dos dados de um estudo caso-controle em mulheres com câncer de mama. Para cada caso, um controle da vizinhança e um controle da unidade de saúde foram selecionados. A associação entre o desfecho e as demais variáveis foi investigada por meio das razões de chances (RC) e intervalos de confiança de 95% (IC 95%), pela análise multivariável de regressão logística não condicional, estratificada para cada um dos três grupos investigados. **Resultados:** Avaliadas 170 mulheres com câncer de mama, e o mesmo número para cada tipo de controle. A frequência de autoavaliação de saúde negativa entre os casos (38,8%) foi inferior àquela observada entre os controles da unidade de saúde (61,2%), e similar àquela verificada entre os controles da vizinhança (41,2%). Observaram-se diferenças marcantes na direção e magnitude da associação das variáveis com o desfecho para os grupos estudados. Para os casos, variáveis socioeconômicas (maior idade, renda e escolaridade) e psicossociais (apoio social) apresentaram maior relevância. Entre os controles, destacaram-se comportamentos relacionados à saúde, adoção de condutas preventivas e variáveis ligadas à situação de saúde. **Conclusão:** Doença e condição socioeconômica influenciaram os fatores associados à autoavaliação de saúde. **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Neoplasias da Mama; Auto-Avaliação Diagnóstica; Fatores Socioeconômicos; Estudos de Casos e Controles; Mulheres

¹ Professora do Curso de Nutrição da Universidade do Vale do Itajaí. Mestre em Saúde Pública e Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). SC, Brasil.

² Nutricionista. Mestranda em Saúde Coletiva pela UFSC. (SC), Brasil.

Endereço para correspondência: Doroteia Aparecida Höfelmann. Rua Uruguai, 458 - Centro. Itajaí (SC), Brasil. Caixa Postal 360 – CEP: 88302-202. E-mail: doroph@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A autoavaliação de saúde representa importante preditor de morbidade e mortalidade¹⁻², mesmo após ajuste para diversos fatores de prognóstico clínico. A variável contribui significativamente para explicar morbidade e mortalidade, e vai além de medidas mais objetivas de saúde. A autoavaliação de saúde representa uma percepção integrada do indivíduo que engloba aspectos subjetivos como bem-estar, satisfação e controle sobre a vida¹.

Em estudo dinamarquês com pacientes sobreviventes de diferentes tipos de câncer participantes de um programa de reabilitação, os autores observaram que mais da metade referiu autoavaliação de saúde boa/excelente, enquanto 40% selecionaram a categoria “regular”³. Estudo² verificou que, em pacientes ambulatoriais com câncer avançado, a autoavaliação de saúde representou um preditor de sobrevivência válido, confiável e responsivo a mudanças no estágio da doença. Além disso, a qualidade de vida relacionada à saúde, que inclui autoavaliação de saúde física e mental, foi um preditor independente do benefício e toxicidade do tratamento quimioterápico⁴.

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua frequência e, sobretudo pelos efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade; mas, acima dessa faixa etária, sua incidência cresce rápida e progressivamente. Esse tipo de câncer representa nos países ocidentais uma das principais causas de morte em mulheres⁵.

Em estudo realizado em Santa Catarina, observou-se uma taxa de sobrevida de 76,6% para mulheres com câncer de mama, sendo que idade inferior a 30 anos, analfabetismo e grau de estadiamento da doença ao diagnóstico estiveram associados à menor sobrevida⁶.

A informação sobre sobreviventes de câncer tem aumentado nas últimas décadas, principalmente nos países de alta renda. Assim como também o número de pessoas vivendo com diagnóstico da doença. O número total de registros de casos de sobreviventes de câncer em 2002 era estimado em aproximadamente 25 milhões; e, para 2050, a estimativa é de cerca de 70 milhões. Esse aumento é parcialmente explicado pela elevação na frequência geral de câncer, em uma população mundial que também cresce. Por outro lado, programas de detecção de tipos comuns de câncer estão identificando muito mais casos, geralmente em estágios relativamente mais precoces⁷.

Dessa forma, o interesse em aspectos relacionados à saúde e à qualidade de vida de mulheres com câncer têm crescido nas últimas décadas⁸, inclusive no Brasil⁹, embora no país, as autoras não tenham identificado nenhum

estudo sobre autoavaliação de saúde em portadores de câncer de mama.

Conhecer os fatores associados à autoavaliação de saúde negativa em mulheres com câncer permite identificar subgrupos mais vulneráveis, e programar estratégias com impacto na sobrevida das pacientes. O objetivo deste trabalho foi avaliar frequência de autoavaliação de saúde negativa e fatores associados em mulheres com câncer de mama atendidas por um serviço de referência no Sul do Brasil, controles da vizinhança e da unidade de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional do tipo caso-controle realizado em 2008, em mulheres com câncer de mama atendidas por uma unidade de referência no tratamento da doença, localizada em Joinville, Santa Catarina.

A cidade de Joinville está situada na região norte de Santa Catarina, é a mais rica e populosa do Estado e a terceira mais populosa da região Sul, com uma população que ultrapassou os 515 mil habitantes em 2010¹⁰.

A amostra foi inicialmente calculada para identificar uma razão de chances (RC) de 2,10 para fatores de risco para câncer de mama entre casos e controles. Considerado um nível de confiança de 95% (IC 95%) e um poder do estudo de 80%, o que indicou 143 casos. Ao resultado, foi acrescido um percentual de 20% para compensar eventuais perdas e/ou recusas e garantir maior poder ao estudo, o que totalizou 173 casos. Para cada um dos casos, foram selecionados dois controles pareados por idade (mais ou menos cinco anos): uma paciente que tivesse procurado o serviço por outro motivo que não o câncer de mama, e uma vizinha da paciente-caso, o que permitiu estimar uma amostra de aproximadamente 519 mulheres. Foram consideradas elegíveis para o estudo mulheres que residiam na cidade de Joinville e que haviam descoberto a doença entre os anos de 2000 a 2007.

Foram excluídos mulheres que não residiam em Joinville e os óbitos (identificados por meio da consulta aos dados da Vigilância Epidemiológica da cidade); restaram 404 casos; destes, 183 casos (43,7%) não foram encontrados. O contato para marcar a entrevista com as participantes foi realizado por telefone. Foram realizadas três tentativas por telefone para encontrar as mulheres selecionadas; aquelas não encontradas, mas que residiam nas proximidades de algum caso que havia aceitado participar da pesquisa, tiveram suas residências localizadas e foram convidadas a participar da mesma.

Os controles vizinhos foram selecionados partindo da primeira residência à esquerda do caso visitado. Os controles do posto foram selecionados no Posto de Atendimento

Médico (PAM), enquanto aguardavam o atendimento por outro motivo que não o câncer de mama ou outros tipos de cânceres, de acordo com o pareamento por idade (mais ou menos cinco anos) e residência em Joinville.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário que abordou as seguintes características: *Demográficas*: faixa etária (até 49 anos; acima de 49 anos); cor (branca; preta ou parda). *Socioeconômicas*: escolaridade (até 8 anos; acima de 8 anos); atividade remunerada (sim; não); renda familiar *per capita* em salários mínimos em tercís (1º tercís: 0 a 0,57; 2º: 0,58 a 1,04; 3º: 1,05 a 5,00). *Reprodutivas*: aborto (sim; não); menopausa (sim; não). *Histórico da doença*: câncer de mama na família (em parente de primeiro grau: sim; não); presença de outro tipo de câncer. *Hábitos de saúde*: peso e estatura referidos, obesidade (sim: índice de massa corporal (IMC)) de 30,00 kg/m² ou mais; não: IMC abaixo de 30,00 kg/m²)¹¹; tabagismo atual (sim; não); consumo alcoólico semanal (bebo: 1 dose ou mais; não bebo); e prática de atividade física (sim: três a cinco vezes na semana por mais de 40 minutos; não: menos de três vezes na semana por menos de 40 minutos). *Condutas preventivas*: frequência do autoexame de mamas (uma vez ao mês; raramente/nunca), frequência de realização de exame citopatológico, mamografia e ultrassom (sim; não). *Psicossociais*: presença frequente de dores de cabeça; problemas para dormir; sentimentos de nervosismo, angústia e depressão; tensão psicológica; apoio financeiro (amigo próximo com quem possa contar em caso de necessidade financeira); apoio social (amigo com quem “desabafar” caso necessário); satisfação e controle sobre a vida. *Situação de saúde*: presença de doença crônica; incapacidade física que limite em algum grau a realização de atividades domésticas ou profissionais; uso regular de medicamento.

Para as mulheres com câncer de mama, foram adicionalmente coletadas variáveis relacionadas ao histórico da doença: tempo de diagnóstico (tercís: 0-2, 3 a 4 e 5 a 13 anos) e tipo (quimioterapia, radioterapia, cirurgia) de tratamentos realizados.

A autoavaliação de saúde foi questionada por meio da seguinte questão: “Em geral, você diria que atualmente a sua saúde está: muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim”. Para análise, as três últimas categorias foram agrupadas para criar a autoavaliação de saúde negativa. Além disso, a autoavaliação de saúde comparativa em relação a outras pessoas da mesma idade foi questionada.

As entrevistas foram realizadas nas residências das mulheres pertencentes aos grupos dos casos e controles e/ou no próprio PAM. Para garantir a qualidade da digitação, os questionários foram duplamente digitados, e então conferidos no programa Epi Info (*Center for Disease Control and Prevention*, EUA).

As frequências de autoavaliação de saúde negativa foram comparadas entre os grupos por meio do teste qui-quadrado de Pearson. Os três grupos analisados: casos, controles da unidade de saúde e controles da vizinhança foram estratificados; e, então, a associação entre as variáveis investigadas com a autoavaliação de saúde foi analisada em cada um deles. As RC brutas e ajustadas e os respectivos IC 95% foram calculados por meio da regressão logística não condicional, para cada estrato analisado. Adotou-se o modelo hierárquico para entrada das variáveis na análise ajustada¹². Primeiramente, foram incluídas as características demográficas, seguidas pelas variáveis socioeconômicas, reprodutivas, relacionadas ao histórico da doença, hábitos de saúde, condutas preventivas, psicossociais e estado de saúde. Variáveis com valor de $p \leq 0,25$ foram incluídas na análise multivariável; para permanência no modelo, adotou-se o nível de significância de 5%. As análises foram realizadas por meio do Stata SE 9.0 (*Stata Corp. College Station*, EUA).

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, sob protocolo de número 646/07. As mulheres que fizeram parte desta pesquisa assinaram um termo de consentimento por escrito livre e devidamente esclarecido, a identidade das mesmas foi protegida durante e após o processo de coleta dos dados e divulgação dos resultados.

RESULTADOS

Entre os 221 casos elegíveis para participar do estudo, houve 25 recusas (11,3%), e 26 casos (11,8%) não foram encontrados, restando 170 que foram entrevistados, o mesmo número de cada um dos tipos de controle (vizinhança e posto) participaram da pesquisa. A média de idade dos casos e controles avaliados foi de 56,2 anos (desvio-padrão de 10,7 anos), e variou de 31 a 84 anos. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes nas médias de idade entre os casos e os dois tipos de controles selecionados (casos: 55,9 anos; controles vizinhança: 55,9 anos, $p=0,647$; controles do posto: 57,2 anos, $p=0,388$).

A maioria das avaliadas possuía idade acima de 49 anos (71,7%) e tinha até oito anos de estudo (76,9%). Entre os controles da vizinhança, observou-se tendência à maior realização de atividade remunerada (40,6% *vs* 25,9% e 15,9% para casos e controles da vizinhança, respectivamente). Controles da unidade de saúde foram aqueles que mais referiram doenças crônicas (57,1% *vs* 47,1% e 42,3% para casos e controles da vizinhança, respectivamente).

O tempo médio de diagnóstico do câncer foi de 3,7 anos, e variou de 0 a 13 anos. A maior parte das mulheres

com câncer passou pelo tratamento cirúrgico (98,8%) e, aproximadamente, três quartos delas pela quimioterapia (78,2%) e radioterapia (76,5%). O tempo de diagnóstico da doença não esteve associado à autoavaliação de saúde ($p=0,25$), bem como o tipo e a quantidade de tratamentos recebidos.

A autoavaliação de saúde como ruim ou muito ruim foi de 17,1% entre os controles do posto; 9,4% para os casos e 5,9% para os controles da vizinhança. A frequência de autoavaliação de saúde negativa foi 40% menor entre os casos (38,8%), quando comparados aos controles agrupados (61,2%) (RC 0,61 IC95% 0,42-0,88, $p=0,009$); 60% menor em relação aos controles da unidade de saúde (61,2%) (RC 0,40 IC95% 0,26-0,62, $p\leq 0,001$); e similar àquela observada entre os controles da vizinhança 41,2% (RC 0,9 IC 95% 0,6-1,4, $p=0,658$).

Entre as mulheres com câncer, maior idade, escolaridade e renda contribuíram para uma melhor avaliação da saúde. Para os casos, todas as variáveis psicossociais investigadas atingiram o nível mínimo de significância para entrar na análise ajustada (25%). Contudo, permaneceram associadas com o desfecho após ajuste para outras variáveis distais: presença frequente de dores de cabeça; sentimentos

de nervosismo, angústia e depressão; bem como a ausência de apoio social e controle sobre a vida. Casos que referiram presença de incapacidade física com prejuízo das funções domésticas e profissionais apresentaram chances 3,5 vezes maiores de avaliarem negativamente sua saúde (Tabela 1).

A associação entre idade e autoavaliação de saúde seguiu direção oposta entre casos e controles da vizinhança. Para o segundo grupo, a maior idade representou pior autoavaliação de saúde. A presença frequente de dores de cabeça e a insatisfação com a vida estiveram associadas à pior autoavaliação de saúde (Tabela 2).

Para os controles da unidade de saúde, a frequência de realização de condutas preventivas estiveram associadas à melhor autoavaliação de saúde. Todas as mulheres insatisfeitas com a vida avaliaram sua saúde negativamente (Tabela 3).

A análise da avaliação de saúde comparada com outras pessoas da mesma idade indicou que, entre as mulheres com câncer de mama, a chance de avaliar a saúde como pior foi 2,58 vezes maior (IC 95% 0,98-6,82 $p=0,055$) entre as mais jovens, do que entre aquelas com mais de 50 anos, enquanto entre os controles agrupados foi 33% menor (0,67 IC 95% 0,33-1,32, $p=0,250$).

Tabela 1. Razões de Chance (RC) brutas e ajustadas, e respectivos intervalos de confiança (IC 95%) da associação entre autoavaliação de saúde e variáveis em mulheres com câncer de mama de Joinville, Santa Catarina, 2008. Regressão logística não condicional, modelo hierárquico ($n=170$)

Variáveis/Categorias	n	%	RC _{bruta} (IC 95%)	P*	RC _{ajustada} (IC 95%)	P**
Demográficas						
Faixa etária				0,129		
Acima de 49 anos	43	35,3	1,00			
Até 49 anos	23	47,9	1,69 (0,86 – 3,33)			
Cor				0,087		
Branca	57	36,8	1,00			
Preta/parda	9	60,0	2,58 (0,87 – 7,62)			
Socioeconômicas						
Escolaridade				0,152		
Acima de 8 anos	12	29,3	1,00			
Até 8 anos	54	41,9	1,74 (0,82 – 3,71)			
Renda				0,099		
1º tercil	27	50,0	1,00			
2º tercil	19	32,8	0,49 (0,23 – 1,05)			
3º tercil	20	34,5	0,53 (0,25 – 1,13)			
Reprodutivas						
Aborto				0,804		
Não	40	38,1	1,00			
Sim	26	40,0	1,08 (0,57 – 2,04)			
Menopausa				0,310		
Não	12	48,0	1,00			
Sim	54	37,2	0,64 (0,27 – 1,51)			

Legendas: a= Número igual a zero em uma das caselas, impossibilidade cálculo RC; * Teste de Wald; **Ajustada para variáveis significativas.

Tabela 1. Razões de Chance (RC) brutas e ajustadas, e respectivos intervalos de confiança (IC 95%) da associação entre autoavaliação de saúde e variáveis em mulheres com câncer de mama de Joinville, Santa Catarina, 2008. Regressão logística não condicional, modelo hierárquico (n=170) (continuação)

Variáveis/Categorias	n	%	RC _{bruta} (IC 95%)	P*	RC _{ajustada} (IC 95%)	P**
Histórico da doença						
Câncer de mama na família				0,296		
Não	46	36,5	1,00			
Sim	20	45,4	1,45 (0,72 – 2,91)			
Outro câncer				0,834		
Não	61	38,6	1,00			
Sim	5	41,7	1,14 (0,35 – 3,74)			
Quimioterapia				0,533		
Não	16	43,2	1,00			
Sim	50	37,6	0,79 (0,38 – 1,66)			
Cirurgia				0,257		
Não	0	00	1,00			
Sim	66	39,3	*			
Radioterapia				0,84		
Não	15	37,5	1,00			
Sim	51	39,2	1,08 (0,52 – 2,23)			
Quantidade tratamentos				0,302		
1	9	50,0	1,00			
2	13	30,2	0,43 (0,14 – 1,34)			
3	44	40,4	0,68 (0,25 – 1,84)			
Tempo diagnóstico				0,234		
0 a 2 anos	23	34,8	1,00			
3 a 4 anos	26	48,1	1,74 (0,83 – 3,62)			
5 a 13 anos	17	34,0	0,96 (0,44 – 2,09)			
Hábitos de saúde						
Obesidade				0,240		
Não	50	41,7	1,00			
Sim	16	32,0	0,66 (0,33 – 1,32)			
Fumo atual				0,465		
Não	58	37,9	1,00			
Sim	8	47,1	1,46 (0,53 – 3,98)			
Consumo alcoólico				0,253		
Não	55	37,2	1,00			
Sim	11	50,0	1,69 (0,69 – 4,16)			
Atividade física /lazer				0,076		
Sim	4	20,0	1,00			
Não	62	41,3	2,82 (0,90 – 8,84)			
Condutas preventivas						
Autoexame				0,851		
1 vez ao mês	59	39,07	1,00			
Raramente/nunca	7	36,84	0,91 (0,34 – 2,44)			
Preventivo				0,349		
Sim	50	37,04	1,00			
Não	16	45,71	1,43 (0,68 – 3,03)			
Mamografia				a		
Sim	66	38,8	a			
Não	0	0				
Ultrassom				a		
Sim	66	39,29	a			
Não	0	0				

Legendas: a= Número igual a zero em uma das caselas, impossibilidade cálculo RC; * Teste de Wald; **Ajustada para variáveis significativas.

Tabela 1. Razões de Chance (RC) brutas e ajustadas, e respectivos intervalos de confiança (IC 95%) da associação entre autoavaliação de saúde e variáveis em mulheres com câncer de mama de Joinville, Santa Catarina, 2008. Regressão logística não condicional, modelo hierárquico (n=170) (continuação)

Variáveis/Categorias	n	%	RC _{bruta} (IC 95%)	P*	RC _{ajustada} (IC 95%)	P**
Psicossociais						
Dores de cabeça				<0,001		<0,001
Não/raramente	28	25,93	1,00		1,00	
Frequentemente	38	61,29	4,52 (2,32 – 8,82)		4,24 (2,00 - 9,00)	
Problemas para dormir				0,158		
Não/raramente	34	34,34	1,00			
Frequentemente	32	45,07	1,57 (0,84 – 2,93)			
Nervosismo, angústia				<0,001		<0,001
Não/raramente	13	17,57	1,00		1,00	
Frequentemente	53	55,21	5,78 (2,81 – 11,90)		4,57 (2,05 - 10,18)	
Tensão psicológica				0,001		
Não/um pouco	46	32,62	1,00			
Sim/bastante	20	68,97	4,59 (1,94 – 10,87)			
Apoio financeiro				0,209		
Sim	29	34,12	1,00			
Não	37	43,53	1,49 (0,80 – 2,77)			
Apoio social				0,004		0,005
Sim	48	33,80	1,00		1,00	
Não	18	64,29	3,53 (1,51 – 8,23)		4,07 (1,54 - 10,75)	
Controle sobre a vida				0,001		0,039
Totalmente	49	33,56	1,00		1,00	
Absolutamente não	17	70,83	4,81 (1,87 – 12,37)		3,02 (1,06 - 8,65)	
Satisfação com a vida				0,040		
Sim	44	34,38	1,00			
Não	22	52,38	2,10 (1,04 – 4,26)			
Estado de saúde						
Doença crônica				0,027		
Não	42	46,67	1,00			
Sim	24	30,00	0,49 (0,26 – 0,92)			
Incapacidade física				<0,001		0,007
Não	9	15,79	1,00		1,00	
Sim	57	50,44	5,43 (2,43 – 12,10)		3,50 (1,42 - 8,64)	
Uso medicamentos				0,233		
Não	7	28,00	1,00			
Sim	59	40,69	1,76 (0,69 – 4,49)			

Legendas: a= Número igual a zero em uma das caselas, impossibilidade cálculo RC; * Teste de Wald; **Ajustada para variáveis significativas.

Tabela 2. Razões de Chance (RC) brutas e ajustadas, e respectivos intervalos de confiança (IC 95%) da associação entre autoavaliação de saúde e variáveis em controles da vizinhança de mulheres com câncer de mama de Joinville, Santa Catarina, 2008. Regressão logística não condicional, modelo hierárquico (n=170) (continuação)

Variáveis/Categorias	Controles vizinhos					
	n	%	RC _{bruta} (IC 95%)	P*	RC _{ajustada} (IC 95%)	P**
Demográficas						
Faixa etária				0,012		
Acima de 49 anos	55	47,83	1,00		1,00	0,012
Até 49 anos	15	27,27	0,41 (0,20 – 0,82)		0,41 (0,20 – 0,82)	
Cor				0,867		
Branca	61	40,94	1,00			
Preta/parda	9	42,86	1,08 (0,43 – 2,73)			
Socioeconômicas						
Escolaridade				0,413		
Acima de 8 anos	17	36,17	1,00			
Até 8 anos	53	43,09	1,34 (0,67 – 2,67)			
Atividade remunerada				0,163		
Sim	24	34,78	1,00			
Não	46	45,54	1,57 (0,83 – 2,95)			
Renda				0,224		
1º tercil	18	34,62	1,00			
2º tercil	27	42,19	1,38 (0,65 – 2,94)			
3º tercil	25	46,30	1,63 (0,74 – 3,56)			
Reprodutivas						
Aborto				0,091		
Não	48	37,50	1,00			
Sim	22	52,38	1,83 (0,91 – 3,70)			
Menopausa				0,018		
Não	17	28,81	1,00			
Sim	53	47,75	2,26 (1,15 – 4,44)			
Hábitos de saúde						
Obesidade				0,032		0,042
Não	49	36,84	1,00		1,0	
Sim	21	56,76	2,25 (1,07– 4,71)		2,19 (1,03 – 4,65)	
Fumo atual				0,402		
Não	62	42,47	1,00			
Sim	8	33,33	0,68 (0,27 – 1,68)			
Consumo alcoólico				0,437		
Não	58	42,65	1,00			
Sim	12	35,29	0,73 (0,34 – 1,60)			
Atividade física lazer				0,049		
Sim	4	20,00	1,00			
Não	66	44,00	3,14 (1,00 – 9,85)			
Histórico da doença						
Câncer de mama na família				0,205		
Não	57	43,85	1,00			
Sim	13	32,50	0,62 (0,29 – 1,30)			
Outro câncer				0,692		
Não	68	41,46	1,00			
Sim	2	33,33	0,71 (0,13 – 3,96)			

Legendas: * Teste de Wald; **Ajustada para variáveis significativas.

Tabela 2. Razões de Chance (RC) brutas e ajustadas, e respectivos intervalos de confiança (IC 95%) da associação entre autoavaliação de saúde e variáveis em controles da vizinhança de mulheres com câncer de mama de Joinville, Santa Catarina, 2008. Regressão logística não condicional, modelo hierárquico (n=170) (continuação)

Variáveis/Categorias	Controles vizinhos					
	n	%	RC _{bruta} (IC 95%)	P*	RC _{ajustada} (IC 95%)	P**
Condutas preventivas						
Autoexame				0,077		
1 vez ao mês	36	35,64	1,00			
Raramente/nunca	34	49,28	1,75 (0,94 – 3,27)			
Preventivo				0,262		
Sim	54	39,13	1,00			
Não	16	50,00	1,56 (0,72 – 3,37)			
Mamografia				0,841		
Sim	50	41,67	1,00			
Não	20	40,00	0,93 (0,48 – 1,83)			
Ultrassom				0,733		
Sim	27	42,86	1,00			
Não	43	40,19	0,90 (0,48 – 1,68)			
Psicossociais						
Dores de cabeça				0,091		
Não/raramente	44	36,97	1,00			
Frequentemente	26	50,98	1,77 (0,91 – 3,44)			
Problemas para dormir				0,005		0,014
Não/raramente	37	33,33	1,00		1,0	
Frequentemente	33	52,93	2,54 (1,33 – 4,85)		2,40 (1,20 – 4,84)	
Nervosismo, angústia				0,007		
Não/raramente	23	29,87	1,00			
Frequentemente	47	50,54	2,40 (1,27 – 4,53)			
Tensão psicológica				0,126		
Não/um pouco	48	37,80	1,00			
Sim/bastante	22	51,16	1,72 (0,86 – 3,46)			
Apoio financeiro				0,707		
Sim	44	42,31	1,00			
Não	26	39,39	0,89 (0,47 – 1,66)			
Apoio social				0,843		
Sim	58	40,85	1,00			
Não	12	42,86	1,09 (0,48 – 2,47)			
Controle sobre a vida				0,007		
Totalmente	48	35,82	1,00			
Absolutamente não	22	61,11	2,82 (1,32 – 6,00)			
Satisfação com a vida				0,001		0,002
Sim	40	32,79	1,00		1,0	
Não	30	62,50	3,42 (1,70 – 6,85)		3,33 (1,58 – 6,99)	
Estado de saúde						
Doença crônica				0,604		
Não	42	42,86	1,00			
Sim	28	38,89	0,85 (0,46 – 1,58)			
Incapacidade física				0,016		
Não	37	34,26	1,00			
Sim	33	53,23	2,18 (1,15 – 4,13)			
Uso medicamentos				0,014		
Não	23	30,67	1,00			
Sim	47	49,47	2,21 (1,17 – 4,18)			

Legendas: * Teste de Wald; **Ajustada para variáveis significativas.

Tabela 3. Razões de Chance (RC) brutas e ajustadas, e respectivos intervalos de confiança (IC 95%) da associação entre autoavaliação de saúde e variáveis em controles da unidade de saúde para mulheres com câncer de mama de Joinville, Santa Catarina, 2008. Regressão logística não condicional, modelo hierárquico (n=170)

Variáveis/Categorias	n	%	RC _{bruta} (IC 95%)	P*	RC _{ajustada} (IC 95%)	P**
Demográficas						
Faixa etária				0,691		
Acima de 49 anos	80	62,02	1,00			
Até 49 anos	24	58,54	0,86 (0,42 – 1,77)			
Cor				0,314		
Branca	91	59,87	1,00			
Preta/parda	13	72,22	1,74 (0,59 – 5,14)			
Socioeconômicas						
Escolaridade				0,577		
Acima de 8 anos	17	56,67	1,00			
Até 8 anos	87	62,14	1,26 (0,56 – 2,79)			
Atividade remunerada				0,281		
Sim	14	51,85	1,00			
Não	90	62,94	1,58 (0,69 – 3,61)			
Renda				0,538		
1º tercil	39	60,94	1,00			
2º tercil	32	56,14	0,82 (0,40 – 1,69)			
3º tercil	33	67,35	1,32 (0,61 – 2,88)			
Reprodutivas						
Aborto				a		
Não	61	48,03	a			
Sim	43	100,0				
Menopausa				0,169		
Não	15	50,00	1,00			
Sim	89	63,57	1,75 (0,79 – 3,86)			
Histórico da doença						
Câncer de mama na família				0,253		
Não	93	62,84	1,00			
Sim	11	50,00	0,59 (0,24 – 1,45)			
Outro câncer				0,276		
Não	99	62,26	1,00			
Sim	5	45,45	0,51 (0,15 – 1,73)			
Hábitos de saúde						
Obesidade				0,864		
Não	68	60,71	1,00			
Sim	36	62,07	1,06 (0,55 – 2,03)			
Fumo atual				0,516		
Não	93	60,39	1,00			
Sim	11	68,75	1,44 (0,48 – 4,36)			
Consumo alcoólico				0,823		
Não	100	61,35	1,00			
Sim	4	57,14	0,84 (0,18 – 3,88)			
Atividade física lazer				0,909		
Sim	10	62,50	1,00			
Não	94	61,04	0,94 (0,32 – 2,72)			

Legendas: a= Número igual a zero em uma das caselas, impossibilidade cálculo RC; * Teste de Wald; **Ajustada para variáveis significativas.

Tabela 3. Razões de Chance (RC) brutas e ajustadas, e respectivos intervalos de confiança (IC 95%) da associação entre autoavaliação de saúde e variáveis em controles da unidade de saúde para mulheres com câncer de mama de Joinville, Santa Catarina, 2008. Regressão logística não condicional, modelo hierárquico (n=170) (continuação)

Variáveis/Categorias	n	%	RC _{bruta} (IC 95%)	P*	RC _{ajustada} (IC 95%)	P**
Condutas preventivas						
Autoexame				0,019		0,019
1 vez ao mês	62	54,87	1,00		1,00	
Raramente/nunca	42	73,68	2,30 (1,15 – 4,62)		2,30 (1,15 – 4,62)	
Preventivo				0,043		
Sim	74	56,92	1,00			
Não	30	75,00	2,27 (1,02 – 5,03)			
Mamografia				0,626		
Sim	72	60,00	1,00			
Não	32	64,00	1,19 (0,60 – 2,35)			
Ultrassom				0,039		
Sim	31	50,82	1,00			
Não	73	66,97	1,96 (1,03 – 3,73)			
Psicossociais						
Dores de cabeça				0,686		
Não/raramente	55	59,78	1,00			
Frequentemente	49	62,82	1,14 (0,61 – 2,11)			
Problemas para dormir				0,847		
Não/raramente	52	61,90	1,00			
Frequentemente	52	60,47	0,94 (0,51 – 1,74)			
Nervosismo e angústia depressiva				0,850		
Não/raramente	27	60,00	1,00			
Frequentemente	77	61,60	1,07 (0,53 – 2,15)			
Tensão psicológica				0,577		
Não/um pouco	87	62,14	1,00			
Sim/bastante	17	56,67	0,80 (0,36 – 1,77)			
Apoio financeiro				0,398		
Sim	62	63,92	1,00			
Não	42	57,53	0,76 (0,41 – 1,42)			
Apoio social				0,429		
Sim	85	59,86	1,00			
Não	19	67,86	1,42 (0,60 – 3,35)			
Controle sobre a vida				0,139		
Totalmente	88	59,06	1,00			
Absolutamente não	16	76,19	2,22 (0,77 – 6,38)			
Satisfação com a vida				a		
Sim	70	51,47	a			
Não	34	100,0				
Estado de saúde						
Doença crônica				<0,001		<0,001
Não					1,00	
Sim					0,00 (0,00 – 0,01)	
Hipertensão				<0,001		0,019
Não					1,00	
Sim					12,38 (1,51 – 101,32)	
Diabetes mellitus				0,937		
Não						
Sim						
Incapacidade física				0,049		
Não						
Sim						
Uso medicamentos				0,603		
Não						
Sim						

Legendas: a= Número igual a zero em uma das caselas, impossibilidade cálculo RC; * Teste de Wald; **Ajustada para variáveis significativas.

DISCUSSÃO

Mulheres com e sem diagnóstico de câncer de mama apresentaram importantes diferenças na frequência de autoavaliação de saúde negativa, bem como nos fatores associados ao desfecho. O percentual de autoavaliação de saúde ruim observado para os controles da vizinhança (5,88%) foi similar àquele apontado pelos dados do Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) para a população feminina de Florianópolis (4,56%)¹³. Para os casos, o percentual foi praticamente o dobro (9,41%) e, para os controles da unidade de saúde, foi três vezes maior (17,06%).

Entre pacientes dinamarqueses com câncer de mama, participantes de estudo de intervenção para reabilitação, 36% classificaram sua saúde como regular ou ruim, 46% como boa, e 18% como excelente³. Os valores foram superiores para regular e ruim em relação àquele observado para as mulheres com câncer no presente estudo (38,82%).

Ao agrupar as três últimas categorias da variável para construir o conceito de autoavaliação de saúde negativa, observou-se que os casos avaliaram melhor sua saúde do que os controles da unidade de saúde, e do que os dois tipos de controles agrupados. Para os controles da vizinhança, as chances de avaliar negativamente a saúde foram similares, apesar de se encontrarem em situação socioeconômica mais privilegiada do que àquela das mulheres com câncer. A enfermidade frequentemente resulta em rápido declínio social. Indivíduos doentes podem perder seu trabalho e oportunidades sociais relacionadas. A dificuldade de pagar por serviços de saúde pode adicionalmente reduzir a habilidade de retornar a um estado ótimo de saúde¹⁴.

Diversas evidências literárias indicaram associação da pior condição socioeconômica, medida pela menor renda e escolaridade com a autoavaliação de saúde negativa¹⁵⁻¹⁶. Entre os grupos estudados, apenas para os casos observou-se uma tendência à pior avaliação de saúde, relacionada à menor renda e escolaridade. O impacto do câncer de mama é imenso para todas as mulheres, mas a literatura revela que, para aquelas provenientes de grupos populacionais mais social ou economicamente desprivilegiados, as consequências podem ser ainda piores¹⁷.

A carga de doença nos grupos de níveis socioeconômicos mais baixos pode ser inferida pela maior incidência de câncer em geral; pelo diagnóstico tardio de neoplasias passíveis de detecção em estágios iniciais por meio de rastreamento; pelas dificuldades de acesso ao diagnóstico e tratamento adequado; pelas incapacidades adquiridas em decorrência da doença; pelo maior risco de óbito por tipos de câncer potencialmente curáveis; pelo não tratamento

para o controle da dor e insuficiência de outros cuidados paliativos¹⁸.

O diagnóstico de câncer confronta o sujeito com a questão do imponderável, da finitude e da morte. Como toda doença potencialmente letal, traz a perda do corpo saudável, sensação de invulnerabilidade e de perda de domínio sobre a própria vida¹⁹. Apesar disso, na presente pesquisa, a percepção de saúde dos casos foi similar ou até melhor do que aquelas dos demais grupos estudados. Esse fato pode estar associado ao tipo de casos investigados: prevalentes. Um viés implícito à utilização desse delineamento de estudo é o da sobrevivência, isto é, casos com pior avaliação de saúde e/ou mais graves podem ter morrido antes da realização da pesquisa.

Ao término de todo o tratamento, mulheres com câncer, já em fase de reabilitação, avaliaram a experiência de ter tido câncer de mama e de ter passado por um tratamento doloroso, visualizando as mudanças negativas e positivas em suas vidas. O sentimento de mutilação e a sensação de não ser mais a mesma pessoa aparecem como mudanças negativas¹⁹⁻²⁰.

Em contraponto a todas as repercussões psicológicas negativas desencadeadas pelo câncer de mama, muitos aspectos positivos e experiência que essas mulheres vivenciaram são levantados e considerados. A situação de estar com câncer de mama, uma doença grave, que exigiu um tratamento doloroso e que trouxe para bem perto delas a possibilidade da morte, proporciona-lhes, por outro lado, um redimensionamento da vida e uma revisão dos valores. O reconhecimento de aspectos positivos em uma experiência tão dolorosa mostra a existência de bons recursos adaptativos e de enfrentamento nessas mulheres que se sentem aliviadas¹⁹.

Entre os controles, a associação entre idade e autoavaliação de saúde seguiu o padrão demonstrado pela maioria dos estudos; ou seja, entre aqueles situados nas categorias mais avançadas para idade, a autoavaliação de saúde foi pior^{15,21}. Em contrapartida, para os casos, a associação seguiu direção oposta: a saúde de mulheres mais jovens com câncer foi pior do que aquela de mulheres com mais de 50 anos. Tal associação pode ser explicada pela menor incidência esperada de câncer de mama na faixa etária menor de 50 anos. Dessa forma, ter câncer antes da idade considerada de maior risco pode contribuir para que as mulheres mais jovens avaliem pior sua saúde em relação a outras da mesma faixa etária, diferentemente do que ocorreu entre as mulheres mais jovens do grupo controle.

Ao analisar a qualidade de vida de mulheres com câncer participantes de uma coorte²², observaram piores escores para aspectos da dimensão de saúde mental e vitalidade para aquelas com idade menor de 50 anos. Variáveis ligadas ao tempo de diagnóstico e ao tipo e quantidade

de tratamentos realizados pela paciente com câncer não estiveram significativamente associadas à autoavaliação de saúde entre as mulheres avaliadas. Em estudo qualitativo realizado em mulheres com câncer, os autores¹⁹ verificaram que apesar do forte impacto psicológico, elas fizeram uma avaliação positiva do tratamento ao qual foram submetidas. A possibilidade de cura e a prevenção da recidiva foram os principais argumentos utilizados pelas participantes para justificarem a correção do tratamento realizado¹⁹.

Entre os grupos investigados na presente pesquisa, apenas entre as mulheres com câncer, a presença de incapacidade física com prejuízo para atividades domésticas ou laborais esteve associada à pior autoavaliação de saúde. Os resultados indicaram que dinamarqueses sobreviventes de câncer vivenciaram considerável redução da saúde física, possivelmente como efeitos físicos posteriores ao tratamento³. O câncer e suas sequelas impõem mudanças no cotidiano das mulheres. A consciência dos limites impostos após o tratamento, com incapacidade física capaz de comprometer a execução de atividades laborais rotineiras, é sentida com maior relevância por mulheres com câncer²³.

A história familiar de câncer de mama esteve positivamente associada à melhor autoavaliação de saúde entre os controles. Ter história familiar da doença e vivenciar os problemas físicos, emocionais e econômicos relacionados à doença em alguém próximo, mas não ter desenvolvido a enfermidade, pode colocar a pessoa em uma situação comparativamente mais privilegiada de saúde.

Entre os grupos investigados, no presente estudo, o grupo de mulheres com câncer foi aquele que apresentou um conceito de saúde mais ligado a fatores psicossociais, posto que todas as variáveis desse domínio investigadas atingiram o nível de significância estatística para serem incluídas na análise multivariável. Pesquisa em pacientes com neoplasia mamária demonstrou que, mesmo após o ajuste para variáveis biológicas, a fadiga permanece um significativo preditor de sobrevida livre de recidivas; e a função emocional associada à sobrevivência global. Aspectos ligados à dimensão psicossocial, como nível reduzido de tensão psicológica e de fadiga, estão associados à maior resistência ao câncer ou podem refletir bem-estar físico e mental²⁴.

O único grupo investigado, no presente trabalho, para o qual o apoio social, medido pela ausência de amigos com quem desabafar em caso de necessidade, esteve associado com a autoavaliação de saúde foi o dos casos. A doença faz com que as mulheres com câncer sejam mais vulneráveis à ausência de apoio social²³. Durante as etapas do câncer, é muito importante que a paciente tenha um suporte por parte de seus familiares e amigos; porém, algumas vezes

isso se torna difícil devido aos fortes laços afetivos que unem essas pessoas e pelo desconhecimento da evolução e tratamento da doença²⁵.

CONCLUSÃO

A associação observada entre a autoavaliação de saúde e variáveis neste estudo nem sempre é de fácil interpretação. Muitos dos aspectos estudados podem estar ligados ao melhor prognóstico das sobreviventes que aceitaram participar da pesquisa. A seleção de dois tipos de controles diferentes permite avaliar melhor o impacto do viés de seleção, visto que os controles da unidade de saúde, por exemplo, apresentaram situação socioeconômica menos privilegiada do que os demais grupos.

A análise desse tipo de dado representa uma importante ferramenta, uma vez que há dificuldade de avaliar fatores associados à autoavaliação de saúde em pacientes com câncer em estudos de base populacional; pois, apesar de a prevalência da doença ser crescente, pode ser considerada um desfecho raro, o que exige delineamentos de seleção da população de estudo como caso-controle para aumentar o poder das análises de fatores associados. Além disso, com o aumento da sobrevida de pacientes com câncer relacionado ao diagnóstico precoce, e melhoria do tratamento, torna-se importante pesquisar aspectos relacionados à saúde e à qualidade de vida de sobreviventes de câncer.

Por fim, os resultados deste estudo demonstram importantes diferenças na magnitude e direção dos fatores associados à autoavaliação de saúde nos grupos estudados. Entre os grupos avaliados no presente estudo, dois considerados mais privilegiados do ponto de vista econômico: controles da vizinhança e casos, apresentaram tendência a um conceito menos biomédico de saúde, ligado à adoção de comportamentos relacionados à saúde como atividade física e peso corporal adequado, condições socioeconômicas e, principalmente para os casos, aspectos psicossociais.

Destaca-se a necessidade de estudos prospectivos, bem como qualitativos, para identificar a relação da autoavaliação de saúde em pacientes com câncer, para melhor compreender as dimensões envolvidas na percepção de saúde de diferentes subgrupos populacionais e a sua associação com fatores ligados ao sucesso do tratamento e sobrevida.

AGRADECIMENTOS

Às mulheres avaliadas que permitiram a realização do estudo e aos funcionários do PAM, especialmente à Arlene Alayala pelo apoio na coleta de dados. À Cateline Machado pelo auxílio na coleta de dados.

CONTRIBUIÇÕES

Doroteia Aparecida Höfelmann participou da concepção do trabalho, coordenação da coleta de dados, análise estatística dos dados, redação do artigo; Juliana Cristine dos Anjos participou da coleta de dados, redação do artigo, concepção da pesquisa.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

- Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med.* 2009;69(3):307-16.
- Shadbolt B, Barresi J, Craft P. Self-rated health as a predictor of survival among patients with advanced cancer. *J Clin Oncol.* 2002;20(10):2514-9.
- Høybye MT, Dalton SO, Christensen J, Larsen LR, Kuhn KG, Jensen JN, et al. Research in Danish cancer rehabilitation: social characteristics and late effects of cancer among participants in the FOCARE research project. *Acta Oncol.* 2008;47(1):47-55.
- Lee CK, Stockler MR, Coates AS, Gebiski V, Lord SJ, Simes RJ; Australian New Zealand Breast Cancer Trials Group. Self-reported health-related quality of life is an independent predictor of chemotherapy treatment benefit and toxicity in women with advanced breast cancer. *Br J Cancer.* 2010;102(9):1341-7.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [citado 2012 abr 18]. 118 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
- Schneider IJC, d'Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(6):1285-96.
- World Cancer Research Fund; American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington (DC): The Institute; 2007. 517 p.
- Montazeri A. Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of the literature from 1982 to 2008. *Health Qual Life Outcomes.* 2009;7:102.
- Conde DM, Pinto-Neto AM, Freitas Júnior R, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev bras ginecol obstet.* 2006;28(3):195-204.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE – Cidades@ [Internet]. [citado 2010 ago 16]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>
- World Health Organization; Food and Agriculture Organization of the United Nations. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: World Health Organization; 2003. 149 p. (WHO technical report series; 916).
- Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997;26(1):224-7.
- Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Públ.* 2009;43(supl 2):27-37.
- Semenza JC, Siobhan CM. Action upon the macrosocial environment to improve health: a framework for intervention. In: Galea S, [editor]. *Macrosocial determinants of population health.* New York: Springer; 2007. p. 443-61.
- Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saúde Públ.* 2010;44(5):901-11.
- Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(supl 1):S43-53.
- Polacek GN, Ramos MC, Ferrer RL. Breast cancer disparities and decision-making among U.S. women. *Patient Educ Couns.* 2007;65(2):158-65.
- Wünsch Filho V, Antunes JLF, Boing AF, Lorenzi RL. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. *Physis (Rio J).* 2008;18(3):427-50.
- Rossi L, Santos MA. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicol ciênc prof.* 2003;23(4):32-41.
- Maluf MFM, Jo Mori L, Barros ACS. O impacto psicológico do câncer de mama. *Rev bras cancerol.* 2005;51(2):149-54.
- Höfelmann DA, Blank N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. *Rev Saúde Públ.* 2007;41(5):777-87.
- Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Kahn B, Bower JE. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *J Clin Oncol.* 2003;21(22):4184-93.
- Linard AG, Dantas e Silva FA, Silva RM. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino: percepção de como enfrentam a realidade. *Rev bras cancerol.* 2002;48(4):493-8.
- Groenvold M, Petersen MA, Idler E, Bjorner JB, Fayes PM, Mouridsen HT. Psychological distress and fatigue predicted recurrence and survival in primary breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat.* 2007;105(2):209-19.
- Rodrigues DP, Melo EM, Silva RM, Mamede MV. O suporte social para atender as necessidades de mulheres mastectomizadas. *Rev bras cancerol.* 1998;44(3):231-8.

Abstract

Introduction: Self-exam of health represents important predictor of morbidity and mortality. **Objective:** To assess the frequency of negative self-exam of health and associated factors in women with breast cancer treated by a reference service in Southern Brazil, controls of the neighborhood and Health Unit. **Method:** Analysis performed from a case-control study, in which women with breast cancer, who discovered the disease between the years 2000 to 2007, were selected. For each case, a control of the neighborhood and a control of the health unit were selected. The association between the outcome and other variables was investigated by means of the odds ratios (OR) and confidence intervals of 95% (95% CI), by means of a multivariate analysis of non-conditional logistic regression, stratified for each one of the three groups investigated. **Results:** 170 women with breast cancer were evaluated, and the same number for each type of control. The frequency of negative self-exam of health among the cases (38.8%) was lower than that observed among the controls of the Health Unit (61.2%) and, similar to controls in the neighborhood (41.2%). We observed marked differences in direction and magnitude of the association of variables with outcome for both groups. For the cases, socioeconomic (older age, income and education) and psychosocial (social support) variables were more important. Among the controls, we can highlight behaviors related to health, adoption of preventive measures and variables related to health status. **Conclusion:** Disease and socioeconomic status influenced factors associated with self-exam of health.

Key words: Primary Health Care; Breast Neoplasms; Diagnostic Self Evaluation; Socioeconomic Factors; Case-Control Studies; Women

Resumen

Introducción: La autoevaluación de la salud representa un importante predictor de morbilidad y mortalidad. **Objetivos:** Evaluar la frecuencia de la autoevaluación de la salud negativa y factores asociados en las mujeres con cáncer de mama atendidas por un servicio calificado en el sur de Brasil, control del vecindario y la Unidad de Salud. **Método:** Análisis desarrolladas a partir de los datos de un estudio caso-control en mujeres con cáncer de mama, en cada caso, un control del barrio y un control de la unidad de salud fueron seleccionados. La asociación entre la enfermedad y otras variables se investigó por medio de la odds ratio (OR) e intervalos de confianza del 95% (IC 95%), por el análisis multivariado de regresión logística no-condicional, estratificados para cada uno de los tres grupos investigados. **Resultados:** Se evaluaron 170 mujeres con cáncer de mama, y el mismo número para cada tipo de control. La frecuencia de la autoevaluación de la salud negativa entre los casos (38,8%) fue inferior aquella observada observado entre los controles de la Unidad de Salud (61,2%) y similar a la observada en los controles en el barrio (41,2%). Se observaron diferencias marcadas en la dirección y la magnitud de la asociación de variables el cierre para los grupos estudiados. la enfermedad de los grupos estudiados. Para los casos, las variables socioeconómicas (edad, ingresos y educación) y psicosociales (apoyo social) son más importantes. Entre los controles los aspectos más destacados fueron relacionados con la salud, adoptar medidas preventivas y las variables relacionadas con el estado de salud. **Conclusión:** La enfermedad y el nivel socioeconómico influyen en los factores asociados con la autoevaluación de la salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Neoplasias de la Mama; Autoevaluación Diagnóstica; Factores Socioeconómicos; Estudios de Casos y Controles; Mujeres