

SABERES E PRÁTICAS DE MULHERES SOBRE O CÂNCER DE MAMA, PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE

Sheila Milena Pessoa dos Santos¹, Camila de Lima Ferreira Guimarães², Roberta Lima Gonçalves¹, Elisabete Oliveira Colaço³, Larissa Lima Alves⁴, Juliana Andreia Fernandes Noronha¹, Gisetti Corina Gomes Brandão¹, Graziela Brito Neves Zboralski Hamad¹

1 Doutora em Enfermagem. Docente na Universidade Federal de Campina Grande;

2 Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande;

3 Especialista em Saúde da Família. Docente na Universidade Federal de Campina Grande;

4 Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande;

RESUMO

O câncer de mama é o tipo mais comum entre as mulheres. O conhecimento acerca dessa neoplasia é essencial para a prática da prevenção do câncer de mama e, conseqüentemente, para a redução do diagnóstico tardio e a melhoria do prognóstico das mulheres acometidas. O objetivo foi conhecer os saberes e as práticas de mulheres sobre o câncer de mama, prevenção e detecção precoce. Foi realizado um estudo compreensivo, com abordagem qualitativa. Por meio de um instrumento semiestruturado foram entrevistadas 18 mulheres. Os dados foram tratados por meio da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. Como resultados emergiram quatro categorias: O frágil conhecimento sobre câncer de mama; Os saberes sobre fatores de risco e proteção; As práticas em saúde com foco no câncer de mama; e Fatores que dificultam a atenção ao câncer de mama. Observou-se que as mulheres possuem conhecimento frágil sobre o câncer de mama, destacando-se as crenças sobre a doença. Portanto, esse conhecimento mostra-se insuficiente para a adesão à hábitos e comportamentos saudáveis.

Palavras-chave: Câncer de mama; Detecção precoce de câncer; Saúde da mulher.

WOMEN'S KNOWLEDGE AND PRACTICES ON BREAST CANCER, PREVENTION AND EARLY DETECTION

ABSTRACT

Breast cancer is the most common type among women. Knowledge about this neoplasm is essential for the practice of preventing breast cancer and, consequently, for reducing the late diagnosis and improving the prognosis of the women affected. The objective was to know the users' knowledge and practices about breast cancer, prevention and early detection. A comprehensive study was carried out, with a qualitative approach. Through a semi-structured instrument, 18 women were interviewed. The data were treated using the technique of content analysis in the thematic modality. As a result, four categories emerged: The fragile knowledge about breast cancer; Knowledge about risk and protection factors; Health practices with a focus on breast cancer; Factors that hinder attention to breast cancer. In this study it was possible to



observe that women have fragile knowledge about breast cancer, highlighting the beliefs about the disease. Therefore, this knowledge is insufficient to adhere to healthy habits and behaviors.

Keywords: Breast Neoplasms; Early Detection of Cancer; Women's Health.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é resultante da perda do controle da divisão celular, com capacidade de gerar células anormais e com potencial para invasão de outras estruturas orgânicas (1). Na maior parte do mundo, esse é o tipo de câncer predominante entre as mulheres (2). No Brasil, excetuando-se os tumores de pele do tipo não-melanoma, o câncer de mama é a neoplasia mais frequente na população feminina, com estimativa de 66.280 novos casos para o ano de 2020. Quanto à mortalidade, em 2019, estimou-se 18.295 óbitos. Destes, 18.068 foram mulheres e 227 foram homens (3).

A incidência de casos de câncer de mama relaciona-se a três fatores principais: ambientais e comportamentais, que levam em conta questões como obesidade, sedentarismo, consumo de bebidas alcólicas e exposição à radiação ionizante; da história reprodutiva e hormonal, que estão relacionados à menarca precoce, nuliparidade, primeira gravidez tardia ou menopausa tardia, uso de contraceptivos hormonais combinados e terapia de reposição hormonal; e, por último, os fatores genéticos e hereditários, que correspondem a apenas 5% a 10% dos casos e resultam de história familiar de câncer de ovário, câncer de mama na família antes dos 50 anos, parentes com câncer de mama masculino e alteração nos genes BRCA1 e BRCA2 (1).

O conhecimento acerca desses fatores é essencial para a prática da prevenção do câncer de mama e, conseqüentemente, para redução do diagnóstico tardio e melhoria do prognóstico das mulheres acometidas. Enfatiza-se que a identificação dos fatores de risco e das manifestações da doença em estágios iniciais pode colaborar para busca pelos serviços de atenção primária pelas mulheres e o encaminhamento adequado para o atendimento especializado pelos profissionais, promovendo um melhor resultado terapêutico (4).

Como estratégia de detecção precoce do câncer de mama, a realização do rastreamento, por meio da mamografia bianual, é recomendada no Brasil para mulheres entre 50 a 69 anos (3). Tal modalidade de exame por imagem é capaz de detectar o câncer de mama precocemente em mulheres que não apresentam sintomas, possibilitando o tratamento de lesões curáveis, no estágio inicial, com o uso de terapias mais conservadoras (5).



A prevenção e a detecção precoce do câncer de mama devem ser alcançadas por meio de ações desenvolvidas pelas mulheres e pelos profissionais de saúde, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS). Entretanto, estudos mostram que profissionais e usuárias encontram dificuldades para implementar estratégias eficientes de prevenção e rastreio. Em estudo realizado com profissionais da APS, constatou-se bom conhecimento sobre a forma de diagnóstico clínico e identificação dos fatores de risco. No entanto, questões sobre idade e periodicidade recomendadas para a realização de exames, educação em saúde e ações de promoção da saúde foram avaliadas como insuficientes (6).

Estudos anteriores (7,8) identificaram que a população feminina possui um reduzido conhecimento acerca dos fatores de risco para o câncer de mama e entre as que conhecem ao menos um fator de risco, poucas adotaram práticas preventivas. Para aquelas que tiveram acesso às informações, observou-se que o conhecimento sobre o câncer de mama e seus exames de detecção precoce foi construído através de meios de comunicação e de pessoas do convívio social, como amigas, familiares e profissionais de saúde. Outro estudo revelou que os saberes sobre o câncer de mama não foram suficientes para aumentar a motivação em relação ao autocuidado e influenciar a prática preventiva, pois ancoram-se em crenças negativas sobre a doença (9).

Ao identificar essas barreiras, compreende-se a relevância de se investigar o conhecimento de mulheres sobre o câncer de mama, abrangendo os fatores que dificultam e/ou favorecem o autocuidado e a busca pelos serviços de saúde. Desse modo, objetivou-se conhecer os saberes e práticas de mulheres sobre o câncer de mama, prevenção e detecção precoce.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo compreensivo com abordagem qualitativa. Portanto, buscou-se apreender as experiências de vida de forma localizada e transitória, identificando as características individuais dos participantes em seus contextos (10).

O cenário foi a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, da cidade de Campina Grande-PB, especificamente a Unidade de Saúde da Família (USF) Malvinas V, localizada no bairro das Malvinas. A escolha foi intencional devido ao fato de a unidade fazer parte do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), linha de ação “Prevenção do câncer de colo e de mama”. Nessa linha, discentes e docentes da Universidade Federal de



Campina Grande e profissionais de saúde da equipe desenvolveram ações de pesquisa, ensino e extensão sobre o tema.

A referida unidade é composta por seis microáreas, com 215 famílias cadastradas, correspondendo a 773 pessoas, das quais 425 eram do sexo feminino.

Foram incluídas mulheres a partir dos 40 anos que compareceram à Unidade Básica de Saúde da Família para realização de consulta de enfermagem de saúde da mulher, no período da coleta dos dados.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro a julho de 2014 por meio de entrevistas individuais, guiadas por um instrumento semiestruturado, contendo questões relacionadas ao perfil sociodemográfico e questões relativas à compreensão sobre o tema do estudo. As entrevistas foram realizadas num local reservado, durante a permanência das mulheres no serviço, antes do atendimento na unidade.

Ao todo foram realizadas 18 entrevistas, com duração média de 20 minutos. Utilizou-se o critério de saturação para estabelecer o encerramento da coleta (11).

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas por meio da técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade temática, proposta por Bardin (12). Foram desenvolvidas três etapas sistemáticas, quais sejam: primeira etapa, denominada de pré-análise, com leitura flutuante, permitindo ao pesquisador levantar as primeiras impressões; segunda etapa, com exploração do material, em que foram codificados os trechos, para que, posteriormente, fossem determinadas as categorias emergentes; e última etapa, tendo sido realizado o tratamento dos resultados, no qual se processou a análise e a discussão dos dados levantados ao longo das etapas.

A pesquisa foi realizada respeitando as recomendações advindas da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Desse modo, o estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro, Parecer nº 510.817. CAAE: 23174913.4.0000.5182.

RESULTADOS

A caracterização das 18 participantes revelou que a média de idade foi de 53,5 anos, com variação entre 43 a 64 anos. As mulheres relataram serem casadas (n=9) ou solteiras (n=6), havendo, ainda, divorciadas (n=2) e viúva (n=1). No que diz respeito ao nível de escolaridade, elas possuíam ensino fundamental incompleto (n=10), ensino médio completo (n=4), ensino médio incompleto (n=2), ensino superior (n=1) e não alfabetizada (n=1). A maior parte das entrevistadas



destacou sobreviver com um salário mínimo (n=7), seguido de dois salários mínimos (n=6), três salários mínimos (n=2), menos de um salário mínimo (n=2) e, também, quatro salários mínimos (n=1).

A partir da análise dos depoimentos, foram constituídas quatro categorias, a saber: 1) Frágil conhecimento sobre câncer de mama; 2) Saberes sobre fatores de risco e proteção; 3) Práticas em saúde com foco no câncer de mama; e 4) Fatores que dificultam a atenção ao câncer de mama.

Na primeira categoria, **frágil conhecimento sobre câncer de mama**, desvelou-se a apropriação das participantes sobre o assunto a partir das esparsas experiências pessoais, por vezes negativas, sobre o tema:

Eu já conheci uma senhora de idade que ela tinha no seio era uma ferida muito feia, muito profunda e o dela num teve cura de jeito nenhum (M1).
Já, já ouvi [...] minha mãe teve câncer de mama. Minha mãe teve, era no seio [...] um caroço (M5).

As falas revelam a redução do conhecimento sobre o câncer de mama no que diz respeito à realização de exames, como a mamografia:

Eu sei pouca coisa. Assim, eu sei assim, que a gente deve se prevenir, que o câncer mata. Devemos fazer os exames todos pelo menos uma vez por ano (M1).
Minha filha eu não tenho conhecimento dos processos, sei que tem que fazer todo ano a mamografia (M11).
É que tem que fazer prevenção. Tem que fazer exame, apertar as mamas vê se acha algum nódulo (M16).

Evidenciou-se a relação entre câncer de mama e os sintomas, principalmente aqueles em estágio avançado:

Eu tenho o caso de uma colega minha que ela era casada, mas já morreu. Ela tinha câncer e foi no peito, mas tinha vergonha do marido e colocava um pano que sangrava e ela colocava embaixo da cama, escondendo do marido. Aí quando descobriu já era tarde demais, com 15 dias ela morreu. Indo para o médico. No dia que ela foi para o médico, ele disse que já era para ela ter se cuidado. Já fazia tempo, o buraco já estava grande demais (M9).



O conhecimento limitado soma-se aos poucos meios de aquisição de novas informações sobre o tema, que são reduzidas às experiências com pessoas do convívio social e campanhas promovidas pelos meios de comunicação.

Eu não tenho muita informação não; eu sei assim, pela televisão, noticiário. Sei que é muito perigoso e é uma doença silenciosa (M8).

Verificou-se que o conhecimento adquirido se desdobra em aversão à doença, tendo como alicerce as conotações negativas, representadas por suas consequências trágicas, como a iminência de morte, perdas afetivas e familiares.

Eu vejo falar, mas Deus me defenda, Jesus que me guarde, me proteja [risos] (M3).

Ressalta-se que em nenhuma das entrevistas houve menção aos profissionais de saúde como fonte de informação, nem mesmo nas falas das entrevistadas mais escolarizadas.

A segunda categoria, **saberes sobre fatores de risco e proteção**, revelou que a maioria das mulheres desconhece os fatores, sendo recorrente não os mencionar ou citar apenas um fator de risco ou dois.

Tumor ou então uma bolinha que fica dentro, a gente quando vai fazer a massagem acontece de ter (M6).
Existe, aparece primeiro uns nódulos nos seios. Só é isso mesmo (M12).
Eu fico assim porque o pessoal diz que num dói (M13).

O fator hereditário, que se trata de um fator de relevância, foi citado por poucas mulheres.

Pronto o da minha mãe mesmo foi porque ela não se cuidou. Realmente eu na minha posição eu não sei o que é que pode causar não (M1).
Segundo tem vários fatores, outros diz que pode ser hereditário, genético num sei. Uma sobrinha minha recentemente, faz quatro anos, solteira, nova, trinta e poucos anos teve câncer de mama tá fazendo, vai fazer quatro anos (M16).

É interessante ressaltar que duas entrevistadas apresentam elevado risco, uma vez que possuem parente de primeiro grau acometida pela neoplasia em tela. Porém, diante da carência de informações, essas mulheres desconhecem que estão expostas a esse risco.

Embora pouco frequente entre as participantes, houve menção ao tabagismo e ao etilismo como fatores de risco.



Cigarro, bebida. Não estou lembrando no momento (M11).

Apenas uma das mulheres citou a alimentação como fator de risco e proteção para o câncer de mama. Entretanto, ela não mencionou aspectos relacionados à alimentação, o que demonstra o pouco conhecimento sobre o assunto.

Como eu lhe falei o negócio de alimentação, sobre a pessoa ter um padrão de vida, assim, sobre ter paz, sobre alimentação (M14).

Outros fatores de risco como idade, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gestação após os 30 anos, nuliparidade, terapia de reposição hormonal e exposição a radiações ionizantes não foram citados. Também não foram citados os fatores de proteção, tais como: a amamentação, o peso adequado e a prática regular de exercícios físicos.

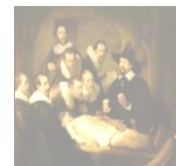
Na terceira categoria, **práticas em saúde com foco no câncer de mama** evidenciou-se que as frágeis informações sobre o câncer de mama corroboram para uma prática de baixa prevenção. Mostrou-se que a maioria das mulheres entrevistadas (n=10) nunca se submeteu aos exames de rastreio e detecção precoce. Porém, as participantes mencionaram conhecer o autoexame (n=5), o exame clínico de mamas (n=1), mamografia (n=5), exame clínico e mamografia (n=1).

Em relação ao autoexame de mama, considerou-se baixa adesão, sobretudo por tratar-se de uma prática que envolve apenas o autoconhecimento. Todavia, a forma e os alvos para identificação não foram explicados pelas participantes.

Eu mesmo faço em casa, eu mesmo faço. Ficar palpando para ver se tem alguma coisa, oito dias depois da menstruação. Todo mês eu faço (M5).
Eu fiz em mim mesma. Antes fazia na menstruação, agora que eu parei, faço na mesma época. Aproximadamente duas vezes por mês, quando vou tomar banho (M8).

A realização do exame clínico de mamas não foi mencionada pelas participantes, o que reforça a constatação da falta de contato com atividades de educação em saúde e de atendimento com foco na saúde das mamas.

Em relação à mamografia, desvelou-se também a baixa adesão ao exame, sendo realizado apenas por algumas mulheres na faixa etária superior a 60 anos. De acordo com as falas, esse problema está relacionado ao tempo longo para marcação da mamografia, ausência de sintomas, falta de interesse em procurar os serviços de saúde, por vergonha e medo de sentir dor.



Aqui eu passei pelo médico, que eu sou hipertensa. Nesse caso marcaram uma mamografia, mas demorou tanto que até eu desisti. Porque eu não sinto nada é que nem diz, é que nem todo mundo, só vai pra o médico quando sente as coisas, eu nunca senti nada (M1).
Porque pela uma parte tenho muita vergonha (M4).

Mostrou-se, mais uma vez, que o conhecimento sobre câncer de mama, especificamente sobre prevenção, ocorre a partir de outras mulheres, presentes no convívio social, e é permeado por informações incompletas, ancoradas em crenças acerca do tema.

Mulher assim, umas amigas minhas que fizeram, disseram que são terríveis. Disseram que a pessoa não sente nada, mas depois desse exame [...] uma amiga mesmo diz que não faz de jeito nenhum. Deus o livre de fazer, ela falou até do aparelho, que aperta muito e [...] ficou doendo muito e ela ficou sentido problemas (M14).

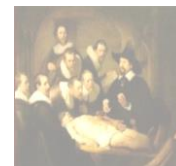
Desvelou-se que as práticas de prevenção estão circunscritas aos exames de detecção precoce citados, sendo a mamografia a mais lembrada. Foi possível perceber que as mulheres conhecem esse exame, todavia esse conhecimento é incompleto, visto que as informações quanto ao objetivo e ao tempo de realização do exame não são bem conhecidos.

A última categoria, **fatores que dificultam a atenção ao câncer de mama**, evidenciou aspectos que acentuam as barreiras para a atenção à mulher com foco no câncer de mama, como acesso a serviços de saúde, aos exames de detecção precoce e às crenças acerca da temática.

No tocante aos fatores que dificultam as mulheres na busca por exames de detecção precoce, houve menção à demora na marcação.

Às vezes, pago fica muito caro [a mamografia]. Aqui no posto eu num estou dizendo a você quando marca um exame olhe é a vida para pessoa fazer. Aí por isso que eu estou dizendo a você, fica difícil demais porque quando a gente marca demora demais. Se a gente fizesse e recebesse rápido, também aí não tinha outro pretexto para pessoa não fazer, que ficava mais fácil (M1).

Assim, eu não gosto porque quando sai o resultado a pessoa tem morrido porque demora demais. Marcar, marca, mas para chegar é difícil demais (M9).



Quanto às dificuldades ao acesso à mamografia, estas estão relacionadas à falta de cobertura para o grupo estabelecido e o tempo esperado para o exame, fazendo com que algumas mulheres tenham que pagar para realizá-lo.

Um fator possível de ser observado e que pode interferir nesse acesso é o atendimento dicotomizado e de caráter curativo oferecido à mulher, centrado na doença, sendo negligenciada a assistência integral. Tal aspecto resulta em perda de oportunidade para rastreio do câncer de mama.

Nunca, eu nunca fiz um exame. Para o ginecologista eu nunca fui, só para ter menino, para ter menino aí pronto, tchau (M2).

Sabe-se que as ações de controle do câncer de mama devem ser realizadas por uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar, envolvendo intervenções na promoção da saúde e na detecção precoce.

Emergiram crenças relacionadas ao câncer de mama que podem interferir e impactar negativamente as práticas de prevenção, como aquelas relacionadas à prevenção e ao gênero.

Eu nunca vim não. Não, nunca precisei. Sou solteira nunca tive contato com homem [risos] (M3).

Eu tenho vergonha de fazer certos exames com homem aí se tivesse sendo com mulher já era mais facilitado (M1).

Os sentidos do medo, tanto da doença quanto do exame, também foram citados por algumas das entrevistadas.

Se eu for para um médico desse e ele chegar e dizer que eu estou com uma doença dessa, Ave Maria! Eu vou brigar com ela [a doença]. Deus me livre, é mesmo. E eu para cortar ele, eu num cortava não [se referindo as mamas], que o câncer não tem cura (M2).

O medo de saber que eu posso ter, Deus o livre. Mas a gente tem que enfrentar o medo, o problema (M9).

Diante dessas crenças e sentimentos, faz-se necessário um diálogo entre profissionais de saúde e gestores, objetivando um planejamento das melhores estratégias para que as ações de detecção precoce do câncer de mama tornem-se efetivas, uma vez que essas estratégias irão resultar em uma melhor assistência e maior cobertura para a população feminina.

DISCUSSÃO



A análise das características sociodemográficas, de escolaridade, renda, idade e estado civil, não mostrou ter relação com maior ou menor conhecimento e prática de saúde sobre câncer de mama, prevenção e detecção precoce. Essa dissociação pode estar relacionada às características das participantes que frequentam a atenção primária e participaram do estudo, predominantemente, com baixa escolaridade e baixa renda. Nesse sentido, pesquisadores identificaram em uma análise observacional, com amostra heterogênea, realizada no município de Rio Grande (RS), no extremo sul do Brasil, que mulheres com 11 anos de estudo ou mais e com maior renda, apresentaram maior conhecimento sobre métodos de rastreamento (13). Diante disso, pode-se sugerir que o baixo nível de escolaridade e a baixa renda podem contribuir para o menor conhecimento sobre câncer de mama no grupo analisado.

Adicionalmente, sugere-se que diferenças regionais possam ser relevantes para analisar o conhecimento sobre o tema. Em estudos conduzidos na região Sul do país, com características da população semelhantes às nossas, identificou-se um maior conhecimento sobre câncer de mama e prevenção na população feminina, mesmo entre usuárias de escolaridade e renda mais baixas (14).

Verificou-se que o conhecimento acumulado pelas mulheres participantes do estudo sobre câncer de mama encontra-se pautado em crenças sobre a doença e a relação com a morte. Em que pese os efeitos psicológicos sobre o mal prognóstico diante da detecção da doença em estágios avançados, sabe-se que o câncer de mama possui maior chance de cura quando detectado em fases iniciais, possibilitando, também, mais opções terapêuticas, menos agressivas e com maior taxa de sucesso (1).

Desse modo, o tipo de conhecimento adquirido pelas mulheres em suas relações pessoais, somado com a ausência de orientações adequadas por parte dos profissionais de saúde, pode ser um incremento para a não adesão das práticas de prevenção. Nesse sentido, um estudo conduzido na China identificou que crenças irracionais são profundamente influenciadas pela cultura. Os pesquisadores recomendaram que profissionais focalizem e busquem identificar essas crenças e identifiquem como elas afetam a saúde (9). Essa prática entre os profissionais pode propiciar a discussão sobre a percepção da doença, da sexualidade e autoimagem, desmistificando o câncer de mama entre as mulheres e contribuindo para a promoção da prática de autocuidado.

Reforça-se, assim, que o incipiente conhecimento sobre o câncer de mama, prevenção e detecção precoce pode contribuir negativamente para práticas de prevenção, rastreamento e



diagnóstico, que, por sua vez, influenciam diretamente no controle da mortalidade e dificultam um melhor prognóstico da doença. Esse é um resultado preocupante tendo em vista as repercussões do câncer de mama para a qualidade de vida e anos vividos com incapacidade pelas mulheres (15).

Ao considerar a relevância do conhecimento sobre prevenção, ressalta-se que, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) (1), cerca de 30% dos casos de câncer de mama podem ser evitados a partir de hábitos de saúde saudáveis. Esses hábitos consistem em desenvolver atividade física regular, ingestão de alimentos saudáveis, manutenção do peso corporal, evitar o consumo de bebidas alcoólicas, amamentação e evitar uso de hormônios sintéticos, como anticoncepcionais e terapias de reposição hormonal. Entretanto, as participantes do estudo não mostraram conhecimento sobre a relevância desses hábitos para prevenção dessa neoplasia, como também mostrou-se frágil o conhecimento acerca dos fatores de risco, o que dificulta ainda mais as práticas de prevenção e detecção precoce.

Sobre a detecção precoce, verificou-se que o conhecimento das mulheres referiu-se à mamografia, para maioria delas, e, em menor proporção, ao autoexame de mama. Contudo, não souberam precisar a faixa etária para o rastreamento por meio de exame de imagem, tampouco mostraram conhecer o que se deve observar na autoinspeção das mamas.

Esclarece-se que de acordo com a recomendação vigente à época do estudo, o exame clínico de mama deveria ser realizado anualmente, a partir dos 40 anos, e a mamografia deveria ser requisitada pelo profissional de saúde bianualmente a partir dos 50 anos. A partir de 2018, a recomendação nacional foi modificada, passando a orientar-se apenas a mamografia bianual em mulheres com 50 a 69. Dessa forma, essa é a modalidade de exame atual para o rastreamento do câncer de mama feminino em mulheres que não apresentam sintomas (4, 5).

O autoexame das mamas, mencionado pelas participantes, foi intensamente divulgado por veículos de comunicação em massa e, equivocadamente, em campanhas educativas de saúde. Possivelmente por essa razão, as participantes recordaram. No entanto, estudos importantes realizados na década de 90 demonstraram a ineficácia e os possíveis problemas associados a essa prática (1). Nessa perspectiva, considerando contextos nos quais prevalecem o diagnóstico tardio do câncer de mama, o reconhecimento de sinais e sintomas suspeitos por meio do *breast awareness*, que significa estar consciente para a saúde das mamas, pode ser um recurso a ser estimulado pelos profissionais de saúde e praticado pelas mulheres. Nesse sentido, a orientação



consiste em observar e palpar as mamas para detecção de alterações, sempre que a mulher se sinta confortável, não havendo necessidade de atender a uma técnica ou periodicidade fixas (4).

As mulheres que participaram do estudo também revelaram barreiras de acesso à consulta para solicitação da mamografia e para realização do exame. Essas dificuldades foram demonstradas em outro estudo, que apontou as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil como as mais atingidas pelo câncer de mama, devido ao baixo acesso das usuárias às mamografias (16). Em que pese a relevância da disponibilidade do exame, salienta-se que o incipiente conhecimento sobre o câncer de mama, seus fatores de risco e formas prevenção também implicam em importantes barreiras para o acesso.

É essencial o investimento na educação em saúde sobre o câncer de mama para as mulheres, uma vez que evitar a exposição aos fatores de risco e a aderir às estratégias de prevenção e detecção precoce consistem em práticas que, necessariamente, precisam ser ancoradas em conhecimentos consistentes sobre a temática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo verificou-se que as mulheres possuem conhecimento frágil sobre o câncer de mama, a prevenção e a detecção precoce.

Diante do pouco conhecimento acerca dos fatores de risco e de proteção, a lacuna mostrou-se ainda maior, o que implica a impossibilidade do desenvolvimento de estilo e hábitos de vida saudáveis.

Quanto ao conhecimento e à prática, a mamografia foi o mais referido, provavelmente por se tratar do exame de rastreio mais realizado por outras mulheres do convívio e por ser mais divulgado pela mídia. No entanto, vale salientar que as mulheres que participaram deste estudo possuem saberes insuficientes quanto à finalidade, periodicidade e relevância acerca dos métodos de detecção precoce, o que se reflete em uma prática incipiente. Esse fato revela que a comunicação entre os profissionais e as mulheres é deficiente, ineficaz e com poucas chances de proporcionar a elas a incorporação de conhecimentos e práticas sobre a detecção precoce do câncer de mama.

Como limitação do estudo, aponta-se a abordagem apenas das mulheres. Portanto, sugere-se a realização de outros estudos que aprofundem as questões de educação em saúde e o acesso ao rastreamento a partir da ótica de profissionais e gestores de saúde.



Almeja-se que os resultados do estudo contribuam para uma compreensão da relevância dos saberes e práticas sobre câncer de mama e que favoreçam a incorporação de estratégias locais ajustadas às necessidades das mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer de mama. [Internet]. 2021. [acesso em 2021 abril 20]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>.
2. GLOBOCAN. Estimated age-standardized mortality rates (World) in 2020, all cancers, females, all ages. [Internet]. 2020. [acesso em 2021 abril 20]. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2020&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&projection=globe&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=0&show_ranking=0&rotate=%255B10%252C0%255D
3. Brasil. Atlas On-line de Mortalidade [Internet]. 2021 [acesso em 2021 abril 20]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo10/consultar.xhtml#formModeloTabulador:msgCamposVazios>.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria conjunta nº 04, de 23 de janeiro de 2018. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. [Internet]. 2018 [acesso em 2021 abril 20]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/07/PORTARIA-no-04-PCDT.carcinoma.mama.2018.pdf>.
5. Kolade-Yunusa HO, Itanyi UD. Outcome of mammography examination in asymptomatic women. *Ann Afr Med* [Internet]. 20(1): 52-58, 2021 [acesso em 2021 abril 20]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-33727513>.
6. Santos CS, Araújo ACC, Rezende e Silva FM, Quadros KA, Santos RC, Andrade SN. Conhecimento sobre câncer de mama entre enfermeiros da atenção primária de Divinópolis/MG. *Rev. Nursing* [Internet] 23 (267): 4452 - 4458. 2020 [acesso em 2021 abril 20]. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/267/pg49.pdf>.
7. Batiston AP, Tamaki EM, Souza LA, Santos MLM. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2011 Junho [acesso em 2021 abril 20];11(2):163-171. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292011000200007&lng=en.
8. Santos GD, Chubaci RYS. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc. saúde colet.* [Internet]. 2011 Maio [acesso em 2021 abril 20];16(5): 2533-2540. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500023&lng=en.



9. Li XMSN, Zhao MMSN, Dong XMSN, Zhao QMSN, Zhang X. Irrational beliefs surrounding the diagnosis of breast cancer in young Chinese women. *Medicine* [Internet]. 2021 [acesso em 2021 abril 20]; 100(9): e25024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7939144/>
10. Bellato R, Araújo LFS. Por uma abordagem compreensiva da experiência familiar de cuidado. *CiencCuidSaude*. 2014 Jul/Set; 14(3):1394-1400.
11. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa* [Internet]. 2017 abril [acesso em 2021 abril 20];5(7):01-12. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2016.
13. Gonçalves CV, Camargo VP, Cagol JM, Miranda B, Mendoza-Sassi RA. O conhecimento de mulheres sobre os métodos para prevenção secundária do câncer de mama. *Ciênc. saúde colet*. [Internet]. 2017 Dezembro [acesso em 2021 abril 20];22(12). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n12/4073-4082/>.
14. Derenzo N, Costa MAR, Melo WA, Costa CKF, Francisqueti V, Picinin MB. Conhecimento de mulheres sobre fatores relacionados ao câncer de mama. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2017 Julho/Setembro [acesso em 2021 abril 20];7(3):436-447. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25641/pdf>.
15. Davidovic M, Zielonke N, Lansdorp-Vogelaar I, Segnan N, de Koning, HJ, Heijnsdijk EA. Disability-Adjusted Life Years Averted Versus Quality-Adjusted Life Years Gained: A Model Analysis for Breast Cancer Screening. *Value Health* [Internet]. 2021 Março [acesso em 2021 abril 20]; 24(3): 353-360. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-33641769>.
16. Bezerra HS, Melo TFV, Barbosa JV, Feitosa EELC, Sousa LCM. Avaliação do acesso em mamografias no Brasil e indicadores socioeconômicos: um estudo espacial. *Rev. Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2018 [acesso em 2021 abril 20];39. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100457&Ing=en.