

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica

Gláucia Pina Guimarães Porto

GUIA DE RECOMENDAÇÕES SOBRE CÂNCER DE MAMA PARA
EMPODERAMENTO DE MULHERES ASSINTOMÁTICAS BASEADO
EM EVIDÊNCIAS

São Paulo
2022

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Gláucia Pina Guimarães Porto

GUIA DE RECOMENDAÇÕES SOBRE CÂNCER DE MAMA PARA
EMPODERAMENTO DE MULHERES ASSINTOMÁTICAS BASEADO
EM EVIDÊNCIAS

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, sob orientação da Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco.

São Paulo

2022

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos a reprodução total ou parcial desta Tese de Doutorado por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura _____

Data _____

e-mail _____

Ficha Catalográfica

PORTO, Gláucia Pina Guimarães. **GUIA DE RECOMENDAÇÕES SOBRE CÂNCER DE MAMA PARA EMPODERAMENTO DE MULHERES ASSINTOMÁTICAS BASEADO EM EVIDÊNCIAS.** São Paulo: 2022, 198f.

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Área de Concentração: Pós-Graduação em Psicologia Clínica.

Orientadora: Professora Doutora Maria Helena Pereira Franco

Palavras-chave: Câncer de Mama – Prevenção - Detecção Precoce -
Empoderamento – Psico-Oncologia – Revisão Sistemática

Gláucia Pina Guimarães Porto

Guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres
assintomáticas baseado em evidências

Aprovado em: ___/___/_____

Banca Examinadora

Dedico esta tese de doutorado à minha amada e saudosa mãe, Iza Pinna Guimarães (*in memoriam* – 1936-2020).

A ela devo toda minha garra, toda minha dedicação e todo o orgulho de ser mulher.

Mulher empoderada era ela.

Mãe, eu fiz o que você mandou. Não desisti.

Agradecimento especial ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo suporte financeiro para a realização desta pesquisa (Processo n. 140044/2019-1)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora e parceira de tantos momentos preciosos de aprendizado, empatia, incentivo e compreensão, a Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco. Palavras e ações não serão suficientes para retribuir tudo que aprendi com você. Quero deixar registrado o momento em que a conheci, em 2013, no congresso da SBPO, em Belo Horizonte: você se senta ao meu lado e despretensiosamente me faz uma pergunta simples, pessoal e empática: “Linda sua capa do tablete. Onde você comprou?”. Sim, foi no meio de alguma palestra de cunho científico que pude ver o grande ser humano que você é. Obrigada, Lelê.

À Profa. Dra. Rosane Mantila que, desde o mestrado, contribuiu, com suas aulas estruturadas didaticamente e sólido embasamento, para o meu percurso acadêmico na PUC-SP.

À Profa. Dra. Marília Aguiar também muita gratidão. Você que me acompanha desde a especialização em Psico-oncologia, que foi minha orientadora no Trabalho de Conclusão de Curso na época, uma honra e alegria tê-la comigo na banca do exame de qualificação e, também, na banca de defesa desta tese de doutorado.

À Profa. Dra. Regina Szyllit por aceitar o convite de compor a banca examinadora de defesa, que, por certo, em muito contribuiu com seu conhecimento e práticas sobre uma saúde mais humanizada.

À Profa. Dra. Adrianna Louca Ribeiro Samuelian, também, pelo aceite de compor a banca de defesa e contribuir com sua experiência e conhecimentos na área da Psicologia da Saúde. Meu muito obrigada.

À Profa. Dra. Marlise Bassani, coordenadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP, por compor a banca do exame de qualificação, enriquecendo, principalmente, o percurso metodológico traçado para a construção desta tese. Além disso, quero agradecer-lhe por me acolher, me ensinar e compartilhar comigo inúmeros momentos como minha professora desde o mestrado. Gratidão.

Às Profas. Dras. Isabel da Silva Kahn Marin e Daniela Reis e Silva, professoras suplentes, que mesmo que não tenham participado diretamente da banca examinadora, deixo-lhes o meu obrigada pela disponibilidade.

Àquela que sempre está a postos para nos informar e orientar sobre as demandas, necessárias, da burocracia acadêmica, Mônica Pereira, secretária da

coordenação do Programa de Psicologia Clínica da PUC-SP. Lindona, meu muito obrigada.

Às minhas e meus “psicologas” que trilharam estes 4 anos de doutorado ao meu lado, com muito afeto e compartilhamento de saberes diversos.

A minha revisora Paula Almeida, por seu trabalho minucioso, atento, cauteloso e cuidadoso com esta obra.

À minha psicoterapeuta Sandra Regina Magalhães, por compreender e acolher minhas angústias, ansiedades, questionamentos e tantos outros porquês antes, durante e, por certo, depois deste doutorado.

Ao meu pai Donato Nogueira Guimarães pelo cuidado natural de sempre e por dizer ao final das nossas conversas ao telefone, quando eu estava em São Paulo: " Boa sorte aí!" Obrigada, meu talismã. Você sempre me dá muita sorte.

Ao meu noivo (quase marido) Wagner Duarte, por todo seu amor, carinho, incentivo e por ter dito: “Desistir? Está maluca?”.

Aos meus filhos, Camille Porto e Pedro Raphael Porto, por me apoiarem em todas as minhas aventuras de estudos acadêmicos e serem minha retaguarda em todos os momentos. Vocês são a melhor rede de apoio que eu poderia ter. Amo vocês.

Acima de tudo e todos, Deus. A Ele, toda minha gratidão por mais este milagre em minha vida.

A mim, pela resiliência, coragem e a alegria de ser quem sou hoje, Doutora Gláucia Pina.

RESUMO

PORTO, G. P. G. **Guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas baseado em evidências**, 2022. 198f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.

No Brasil as estimativas do triênio 2020-2022 para câncer de mama eram de 66.280 novos casos e cerca de 18.295 mulheres chegariam a óbito pela doença. Com a pandemia de covid-19, houve atrasos na realização dos exames diagnósticos que poderiam ter sido registrados desde 2020. Com esse agravamento, ressalta-se a importância de recursos em capacitação e empoderamento psicoeducacional, para que mulheres assintomáticas enfrentem as barreiras existentes no Brasil. O objetivo desta tese foi propor um guia de recomendações baseado em evidências, como recurso de empoderamento de mulheres assintomáticas, na adoção de hábitos e comportamentos saudáveis para prevenção e detecção precoce do câncer de mama e contribuir, assim, com os programas de controle da doença no Brasil. A revisão sistemática da literatura, método desta pesquisa, realizada entre setembro e dezembro de 2021, identificou, avaliou e sintetizou os resultados de 146 estudos, sendo 35 removidos por duplicidade, 111 avaliados por título e resumo, dos quais 88 foram excluídos, 23 foram incluídos na análise descritiva, dos quais 14 foram excluídos e 9 mantidos para a análise qualitativa. Esse processo foi realizado e registrado com recurso do PRISMA2020. A estratégia de busca ocorreu entre setembro e dezembro de 2021. The *Checklist* STROBE foi o instrumento de análise qualitativa dos 9 estudos mantidos. Fatores relacionados à adesão para prevenção e detecção precoce de câncer de mama, como escolaridade, baixa renda, rede de apoio social e acesso aos serviços de saúde, foram destaque. A implementação da educação em saúde foi fator positivo para autonomia a partir de ações promotoras de saúde, valorização do autocuidado, construção de conhecimento a partir de estratégias em comunicação e informação sobre a doença. Na discussão, as evidências mostraram que capacitação por meio de atividades psicoeducativas em saúde é um recurso de empoderamento, ampliação do conhecimento e de autonomia para prevenção e detecção precoce do câncer de mama. Com isto, o *Guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas baseado em evidências*, produto desta tese, pode servir de recurso para adoção de hábitos e condutas saudáveis, construção da autonomia, de recursos pessoais e sociais e melhoria na qualidade de vida, respeitando as especificidades de cada mulher. Espera-se que os diálogos individuais e coletivos sejam ampliados e que a psico-oncologia, de forma inovadora e crítica, ajude as mulheres assintomáticas na transformação de si mesmas e de muitas outras sobre prevenção e detecção precoce do câncer de mama.

Palavras-chave: Câncer de Mama. Prevenção. Detecção Precoce. Empoderamento. Psico-Oncologia. Revisão Sistemática.

ABSTRACT

PORTO, G. P. G. **An evidence-based guideline to breast cancer empowerment for asymptomatic women**, 2022. 198f. Thesis (PhD in Clinical Psychology) - Graduate Studies Program in Clinical Psychology. Pontifical Catholic University of São Paulo, São Paulo, 2022.

In Brazil, estimates for the triennium 2020-2022 for breast cancer were 66,280 new cases and about 18,295 women would die from the disease. With the COVID-19 pandemic, there were delays in performing diagnostic tests that could be recorded since 2020. With this problem, we emphasize the importance of resources in training and psychoeducational empowerment, so that asymptomatic women face the barriers that exist in Brazil. The objective of this thesis was to propose an evidence-based recommendation guide, as a resource for empowering asymptomatic women, in the adoption of healthy habits and behaviors for prevention and early detection of breast cancer and thus contribute to disease control programs in Brazil. The systematic review of the literature, method of this research, identified, evaluated and synthesized the results of 146 studies, with 35 removed by duplicity, 111 evaluated by title and abstract, of which 88 were excluded, 23 were included in the descriptive analysis, of which 14 were excluded and 09 maintained for qualitative analysis. This process was carried out and recorded in the PRISMA Flow Diagram 2020. The search strategy occurred between September and December 2021. The Checklist STROBE was the qualitative analysis instrument of the 09 studies maintained. Factors related to the treatment for prevention and early detection of breast cancer, schooling, low income, social support network and access to health services were highlighted. The implementation of health education was a positive factor for autonomy based on health promoting actions, valuing self-care, building knowledge based on communication strategies and information about the disease. In the discussion, the evidence showed that training through psychoeducational activities in health is a resource of empowerment, expansion of knowledge and autonomy for prevention and early detection of breast cancer. Thus, *An evidence-based guideline to breast cancer empowerment for asymptomatic women*, the product of this thesis, can serve as a resource for the adoption of healthy habits and behaviors, construction of autonomy, personal and social resources and improvement in quality of life, respecting the specificities of each woman. It is expected that individual and collective dialogues will be expanded and that psycho-oncology, in an innovative and critical way, will help asymptomatic women in the transformation of themselves and many others on prevention and early detection of breast cancer.

Keywords: Breast Cancer. Prevention. Early Detection. Empowerment. Psycho-Oncology. Systematic Review.

LISTA DE FIGURAS E DIAGRAMA

Figura 1 – Queda no número de mamografias com finalidade de rastreamento.....	15
Figura 2 – Queda no número de exames de mamografia com finalidade diagnóstica.....	15
Figura 3 – O número de mamógrafos necessários e o número disponível no Brasil, suas macrorregiões, Estados e Distrito Federal em 2016.....	96
Diagrama 1 – PRISMA2020.....	107

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis PICO.....	102
Quadro 2 – Estratégia de busca.....	104
Quadro 3 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	110
Quadro 4 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	111
Quadro 5 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	112
Quadro 6 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	113
Quadro 7 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	114
Quadro 8 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	115
Quadro 9 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	116
Quadro 10 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	117
Quadro 11 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	118
Quadro 12 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	119
Quadro 13 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	120
Quadro 14 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	121
Quadro 15 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	122
Quadro 16 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	123
Quadro 17 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	124
Quadro 18 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	125
Quadro 19 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	126
Quadro 20 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	127
Quadro 21 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	128
Quadro 22 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	128
Quadro 23 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	129
Quadro 24 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	130
Quadro 25 – Análise descritiva dos estudos incluídos.....	131
Quadro 26 – Resultados da análise usando critério STROBE.....	134

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 O PROBLEMA E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO	23
2.1 O problema.....	23
2.2 Contextualização do problema.....	25
3 OBJETIVOS	36
3.1 Objetivo geral.....	36
3.2 Objetivos específicos.....	36
4 EMBASAMENTO TEÓRICO	38
4.1 Imagem corporal da mulher e o câncer de mama.....	38
4.2 Educação em saúde.....	42
4.2.1 Prevenção e detecção precoce.....	50
4.2.2 Promoção da saúde.....	55
4.3 Comunicação e informação.....	67
4.4 Salutogênese no combate ao câncer de mama.....	79
4.5 Empoderamento.....	82
4.6 Movimento Outubro Rosa.....	92
5 PERCURSO METODOLÓGICO	100
5.1 Definição da questão de pesquisa: estratégia PICO.....	101
5.2 Estratégia de busca: seleção, elegibilidade e registros.....	102
6 RESULTADOS	106
7 ANÁLISE	109
7.1 Análise descritiva.....	109
7.2 Análise qualitativa.....	132
8 DISCUSSÃO	142
9 GUIA DE RECOMENDAÇÕES	156
9.1 Introdução.....	156
9.2 <i>Guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas baseado em evidências</i>	159
9.2.1 Abordagens centrais recomendadas.....	159
9.2.1.1 Abordagens baseadas na comunidade e na conciliação dos níveis de conhecimento da população e dos profissionais.....	159
9.2.1.2 Recomendações para intervenção em literacia em saúde para empoderamento sobre câncer de mama.....	161
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	167
REFERÊNCIAS	172
APÊNDICE A – <i>Guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas baseado em evidências</i>	187
ANEXO A – Lista de Verificação de Estudos Observacionais em Epidemiologia – STROBE.....	197

1 INTRODUÇÃO

Esta tese de doutorado, tendo como base metodológica uma revisão sistemática, investigou intervenções psicoeducativas na literatura que visem ao empoderamento de mulheres, brasileiras, assintomáticas, no período de 2017 a 2021, como promoção da saúde para prevenção e detecção precoce do câncer de mama, e que geraram transformação no comportamento feminino. Com a finalidade de contextualizar este estudo, esta seção contém, brevemente, o percurso acadêmico e profissional da autora, dados, informações relevantes que envolvem temas sobre câncer de mama e as mulheres assintomáticas, bem como a estrutura de construção desta tese.

Graduada em psicologia pela FAMATH (Faculdades Maria Thereza), em Niterói, Rio de Janeiro, pós-graduada em Psicologia Hospitalar e da Saúde pela Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, especializada em Psico-Oncologia pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, onde deu continuidade ao Doutorado, ambos sob orientação da Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco. Sempre teve muito interesse por questões relacionadas ao câncer de mama, principalmente nos processos de promoção da saúde da mulher, prevenção e detecção precoce da doença.

Depois da conclusão da pós-graduação, *stricto sensu*, em Psicologia Hospitalar e da Saúde, entre os anos de 2010 e 2013, a autora participou do projeto de pesquisa “Programa Saúde da Mulher”, na favela de Vila Canoas, no bairro de São Conrado, município do Rio de Janeiro. Este foi um projeto-piloto e inovador de intervenção em saúde, com ênfase nos papéis públicos das mulheres na prevenção e detecção precoce do câncer de mama por meio de uma pesquisa-ação com caráter multidisciplinar, realizado pela Escola Médica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), em conjunto com o Departamento de Serviço Social (PUC-Rio) e o Serviço de Radiologia do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

Em meio a cadastros, telefonemas, intervenções em pesquisa e vivências, principalmente, nas conversas informais e sociais com essas mulheres, a

pesquisadora percebeu que a insegurança frente a possibilidade de detecção precoce do câncer de mama era muito alta. O conhecimento sobre a doença era mínimo e o impacto causado pela doença, a partir de experiências com outras mulheres, era assustador. Eram moradoras de uma favela carioca, com acesso mínimo à educação, muita carência em cuidados e no conhecimento de si, dos seus direitos como cidadãs e como seres humanos.

Afinal, em que lugar a mamografia, exame para prevenção e detecção precoce do câncer de mama estariam na lista de prioridades em cuidados para esse grupo de mulheres e de toda a população feminina saudável? Qual seria o significado para essas mulheres de um exame que pode descobrir o câncer de mama? O que é o câncer de mama para elas? O que a literatura fala sobre o tema? Há preocupação por parte da sociedade científica sobre esse objeto de estudo? Foram questões levantadas ao longo daquela experiência enriquecedora e que levaram a autora à sua dissertação de mestrado, *Crenças e percepções das mulheres saudáveis sobre câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura* (PORTO, 2017).

Em suas considerações, ficou claro o quanto o tema “câncer de mama” está distante da população feminina saudável e que, por esse motivo, as mulheres desconhecem o que é a doença, elevando a dificuldade de desmistificar os estigmas instaurados, desde o processo de rastreamento até os tratamentos, além da crença de que seja uma doença que ainda mata, que não tem cura, aumentando o medo de fazer o exame de mamografia.

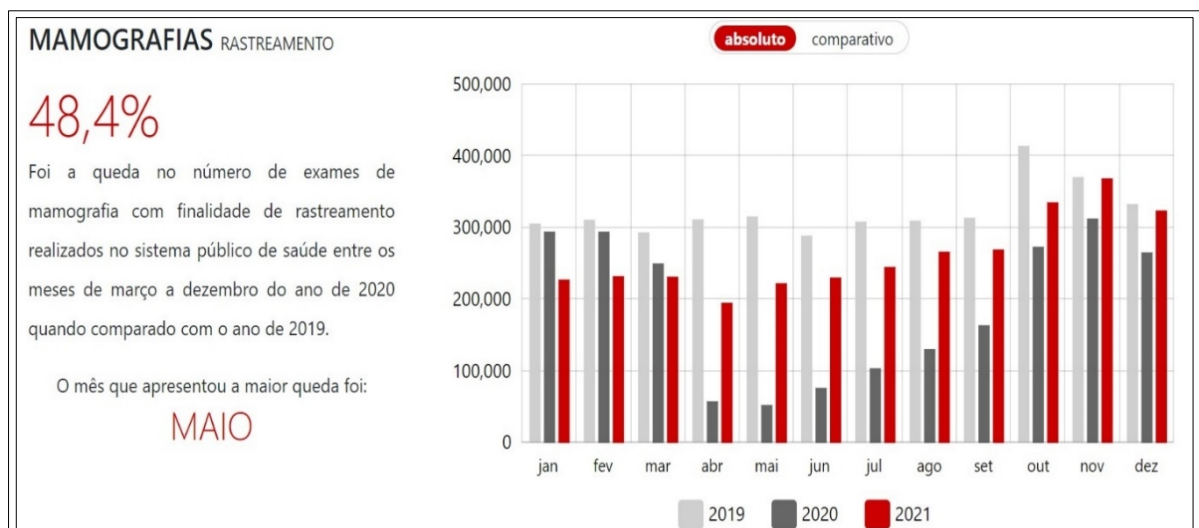
Com o advento da pandemia de covid-19 e em virtude do impacto que causou em todos os segmentos da população mundial, fatores como o medo, informações distorcidas e/ou mesmo a falta de informação, em 2020, as realizações dos exames periódicos, como a mamografia e a ultrassonografia, bem como a impossibilidade dos encontros durante a campanha do Outubro Rosa, causaram na autora muitas reflexões sobre o método já proposto para a condução deste trabalho.

Partindo do princípio de que a pandemia de covid-19, no ano de 2020, causou atrasos na realização dos exames de rastreamento e, conseqüentemente, dos possíveis diagnósticos de câncer de mama, criou-se mais um agravante. Com isto, é possível perceber o aumento da necessidade de ser feito algo para minimizar o impacto dos próximos diagnósticos de câncer de mama (SHARPLESS, 2020;

BESSA, 2021; FREER, 2021), os quais serão avançados e necessitarão de que as mulheres assintomáticas sejam resilientes diante das consequências dessa lacuna no rastreamento mamográfico.

Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2019) para o triênio 2020-2022, no Brasil, estimava-se aproximadamente 66.280 novos casos de câncer de mama. O Instituto ainda informou, na ocasião, que a estimativa seria de que 18.295 mulheres chegassem a óbito em consequência da doença. Porém, de acordo com o Radar do Câncer, em parceria com o Instituto Oncoguia, em março de 2021, conforme os dados apresentados nos gráficos das FIGURAS 1 e 2, a seguir, houve redução das mamografias por rastreamento e do diagnóstico de câncer de mama.

Figura 1 – Queda no número de mamografias com finalidade de rastreamento



Fonte: Radar do Câncer – SIASUS e SIHSUS – DATASUS. Dados extraídos em: 10/3/2022.

Figura 2 – Queda no número de exames de mamografia com finalidade diagnóstica



Fonte: Radar do Câncer – SIASUS e SIHSUS – DATASUS – Dados extraídos em: 10/3/2022.

Essas reduções de quase até 50% no número de mamografias e diagnósticos de câncer de mama no período da pandemia, em 2020, foi em virtude do medo das pacientes de se contaminarem em clínicas e hospitais por causa das restrições de acesso durante os *lockdowns*, da sobrecarga real do sistema de saúde privado e/ou público, das equipes de saúde desfalcadas e sobrecarregadas, bem como da suspensão de procedimentos considerados eletivos ou não emergenciais. Tudo isto impactou profundamente a saúde oncológica da população, inclusive das mulheres assintomáticas para câncer de mama que precisavam fazer a mamografia de rotina ou por investigação clínica e não a fizeram.

Até mesmo a campanha do Outubro Rosa na pandemia sofreu alteração. Os monumentos nas grandes cidades foram iluminados de rosa, mas as ferramentas virtuais ocuparam o lugar das ruas e das rodas de conversa presenciais nas diversas instituições que normalmente cedem seus espaços para receber as mulheres no mês de outubro todos os anos. As chamadas “*lives*”, nos canais das redes sociais, serviram de local para esses encontros de especialistas no assunto com a população em geral, para conversas e trocas de informação sobre a prevenção e a detecção precoce do câncer de mama nos anos de 2020 e 2021.

No entanto, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021) 40 milhões de pessoas não têm acesso à internet no país, 90% das casas das classes D e E se conectam à internet exclusivamente pelo celular. Vale saber que, em 2021, a parcela de domicílios nas classes D e E chegou a 51,6%, ou seja, um pouco mais da maioria da população. Em 2019, de acordo com a Agência Brasil (2021), em 12,6 milhões de domicílios do país não havia internet, devido à falta de interesse (32,9%), ao serviço de acesso ser considerado caro (26,2%) ou por nenhum morador saber como usá-la (25,7%).

Sendo assim, as mulheres assintomáticas necessitam de mais um material informativo, como habitualmente divulgado nas campanhas do Outubro Rosa, ou de uma proposta intervencionista, baseada em evidências, que seja efetiva na transformação dos seus comportamentos, que gere atitudes preventivas e maior adesão para realização da mamografia para que os diagnósticos de câncer de mama sejam detectados precocemente?

O que precisa mudar são as atitudes das mulheres assintomáticas sobre detecção precoce para o câncer de mama. É preciso empoderá-las de recursos, estratégias preventivas e não apenas de informações sem aplicabilidades reais. É necessário levar conhecimento, informação correta e fazer com que se apropriem das formas adequadas de cuidados preventivos que as auxiliem e impulsionem para a detecção precoce e a cura do câncer de mama, em caso de diagnóstico positivo.

Assim, considerando que as informações necessárias chegam para que a população se previna em nível primário, de um modo geral, de forma aleatória, isto ajuda a mulher assintomática para câncer de mama construir concepções sobre a doença. Historicamente o câncer de mama é definido pela sociedade, a partir do senso comum, desde o momento do diagnóstico, de que se trata de uma doença incurável, uma sentença de morte.

Esta crença se refere a uma ideia ou a uma hipótese sustentada por um grupo cultural, como base para um julgamento que carrega uma aceitação de algo como verdadeiro, mesmo na ausência de prova (CAMPOS, 2012). Sobre suas relações em e com a sociedade, os movimentos de crenças são promovidos coletivamente por meio dos fenômenos culturais e são construções, entendidas, geralmente, como verdades, adquiridas a partir dos arranjos sociais.

Dentre as barreiras socioculturais de acesso, a que mais se destaca é a da falta de informação sobre a doença (GONÇALVES et al., 2014). A falta de conhecimento sobre a doença retarda a busca por atenção à saúde, mesmo com a manifestação de sinais e sintomas importantes. A mulher e, por vezes, amigos e familiares dão outro significado a essas alterações, minimizando o sintoma e não reconhecendo a sua gravidade.

Tanto a falta de informação quanto os mitos sociais criados em torno do câncer de mama vinculam-se ao diagnóstico tardio da doença, segundo Gonçalves et al. (2014). Para os autores, a partir de interpretações equivocadas as crenças geradas são difíceis de erradicar socialmente e, uma vez estabelecidas, podem afetar os programas de prevenção primária e de detecção precoce.

O acesso à informação se constitui como aspecto central para a promoção do cuidado integral à saúde. Para conseguir proporcioná-lo de forma adequada, torna-se necessário sensibilizar a equipe de saúde com relação à importância do

empoderamento da mulher, para torná-la protagonista do cuidado e tê-la como uma aliada no processo do cuidar (LEITE et al., 2014). Sem a informação adequada, que lhe é devida por direito, a mulher não é capaz de reivindicar e/ou lutar pelos seus direitos; não tem condições e nem argumentos para questionar, dificultando, dessa forma, o exercício de sua autonomia e de sua cidadania.

O que as mulheres conhecem, compreendem e acreditam a respeito do câncer de mama pode constituir barreiras a uma prevenção adequada. Algo que pode influenciar na adesão das mulheres assintomáticas para a realização de exames de caráter preventivo, de tratamento e curativo do câncer de mama é a representação que elas têm e o nível de conhecimento sobre o risco para desenvolver a doença.

A mulher assintomática consciente do que de fato é o câncer de mama, com sua autonomia como indivíduo e participante de um coletivo, se for respeitada e incentivada por meio da promoção de valores em saúde, pode ser uma grande aliada no enfrentamento à doença que ainda mais mata mulheres em nosso país e no mundo.

Além disso, essa consciência de pertencimento a um coletivo como resultado da promoção educacional em saúde da mulher pode capacitá-la para uma participação social mais efetiva nas decisões sobre políticas públicas em saúde, como a prevenção do câncer de mama. É fundamental que ações de promoção em saúde da mulher privilegie sua participação como cidadã, promovendo a diminuição das desigualdades e a restrição às oportunidades de direito ao bem-estar.

É necessário compreender essa participação como efetivação de um processo democrático, superando tendências institucionalizadas e burocráticas que estão arraigadas na operacionalização dos sistemas de saúde (XIMENES et al., 2017). Dessa forma, é possível empoderar as mulheres para atuações sociais efetivas em saúde, fomentando processos que as capacitem passar da passividade à atividade e da dependência à autonomia, perpassando a vulnerabilidade do quadro atual do câncer de mama no país.

A situação de vulnerabilidade para passar a autonomia implica a possibilidade de fazer, expressa em poder dizer e agir. Essa possibilidade constitui a capacidade de reunir a própria vida de forma singular e socialmente clara, a partir de uma atitude

crítica entre o que se é e o que ainda será. Freire (2017) e Sevalho (2018) concordaram ao considerarem impossível o ser autônomo sem considerar sua vulnerabilidade e capacidade de assumir uma dependência movida pela percepção da sua própria finitude.

Dessa forma, acredita-se que o estudo sobre o empoderamento em saúde para mulheres assintomáticas, possa ser um caminho para o fortalecimento e um melhor direcionamento das crenças que elas têm sobre o câncer de mama, como C. Hosyns, N. Hosyns e Butler (2011, p. 24) definiram empoderamento: “Empoderamento são as mudanças nas relações de poder para que se possa viver bem”. Por meio do empoderamento, a promoção à saúde pode possibilitar aos indivíduos e aos coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas diante do adoecimento, como o diagnóstico de câncer de mama.

Assim, tomando como base seus estudos e experiências na área da Psico-oncologia, por meio da Psicologia da Saúde ao acompanhar mulheres assintomáticas antes do diagnóstico de câncer de mama, a autora se questiona se essas mulheres estão preparadas emocionalmente e cognitivamente para, em caso de diagnóstico positivo para a doença, enfrentá-la. Como essas mulheres receberão o diagnóstico de câncer de mama? Com quais recursos internos elas enfrentarão um momento difícil de suas vidas como este?

Diante das questões apresentadas, a autora, em sua dissertação de mestrado, buscou analisar trabalhos que trouxessem estudos sobre essas crenças e percepções que mulheres saudáveis têm sobre o câncer de mama. Por uma revisão sistemática da literatura, a autora entendeu que pouco se fala sobre esse assunto e que não há contribuição, baseada em evidências, para que as mulheres saudáveis tenham acesso a novos conhecimentos e compreensão sobre o assunto. Seu estudo mostrou que o que pode preparar a mulher para um diagnóstico de câncer de mama é como ela estrutura seu conhecimento e suas crenças sobre o tema e como ela lida com isto ao longo da vida.

O modo como se vive determinadas questões pode dizer muito da forma de seu enfrentamento. Se a própria área acadêmica não se interessa em estruturar pesquisas que solidifiquem a questão, a população passa a não ser instruída e

capacitada como deveria. É por meio de especialistas da área que a população feminina pode ser instruída sobre a prevenção, a detecção precoce e todo o percurso a ser percorrido em caso de diagnóstico positivo para a doença.

A compreensão das crenças e de como a mulher percebe o câncer de mama é fundamental para a estruturação de intervenções psicoeducativas em saúde, para que a população feminina se torne protagonista na prevenção e detecção precoce da doença. A educação preventiva sobre câncer de mama pode auxiliar na detecção precoce por meio de uma conscientização em mudanças de comportamento, do acolhimento nas práticas de saúde a serem executadas antes, durante e após o rastreamento mamográfico.

Como já descrito na apresentação deste trabalho, a autora fez parte da equipe multidisciplinar do “Programa Saúde da Mulher”, pela PUC-Rio e a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, entre os anos de 2011 e 2013. A pesquisa em questão mostrou que o medo manifestado pelas mulheres participantes era do resultado, o laudo do exame. Existe um medo eminente de se fazer a mamografia, mas não em virtude do procedimento, mas do que o exame pode encontrar, demonstrado pelo aumento da ansiedade e do desconforto em ter o laudo da mamografia nas mãos.

As intervenções da Psicologia em saúde também podem colaborar muito com o tema, intensificando seus estudos com mulheres assintomáticas a respeito do câncer de mama, para que elas transformem suas crenças e percepções sobre a doença. São intervenções que podem ajudá-las a desmistificar preconceitos sobre o câncer de mama e fomentar a promoção da saúde e do seu bem-estar.

Empoderadas de recursos físicos, psíquicos e emocionais, sociais e de cidadania, as mulheres assintomáticas para câncer de mama podem aumentar o índice de adesão aos programas de rastreamento da neoplasia maligna ao realizar a mamografia, detectando precocemente a doença, enfrentando o diagnóstico, o processo de tratamento e, até mesmo, alcançando a cura. Desta feita, nasce a tese: *Guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento das mulheres assintomáticas baseado em evidências.*

Logo, as perguntas norteadoras deste trabalho são: existem estudos que mostrem intervenções psicoeducativas sendo aplicadas na população de mulheres

assintomáticas, com foco no empoderamento feminino para a prevenção e detecção precoce do câncer de mama? Quais são seus resultados? O que podemos aprender e aprimorar com eles?

Em seu desenvolvimento, esta tese foi dividida em 7 seções, além desta introdução, com um panorama sobre o tema, e das considerações finais. Na segunda seção, encontra-se o problema e sua contextualização, enquanto na terceira, apresentam-se os objetivos gerais e específicos. Na sequência, está o embasamento teórico, dividido em seis subseções de temas norteadores, que são: 4.1) a imagem corporal da mulher e o câncer de mama; 4.2) educação em saúde, quando é tratado, sob a ótica da promoção da saúde, a prevenção e a detecção precoce do câncer de mama; 4.3) a comunicação em saúde; 4.4) a Salutogênese como prevenção do câncer de mama; 4.5) os conceitos sobre empoderamento em educação para a saúde; e finalizando 4.6) com o tema sobre o movimento Outubro Rosa.

A partir da quinta seção, encontra-se o percurso metodológico da revisão sistemática da literatura, tendo como base a *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA2020) como ferramenta de estratégia de busca para seleção, elegibilidade e registros dos estudos encontrados. Na sexta, está a seção dos resultados e na sétima a análise, tanto descritiva quanto qualitativa, quando foi utilizado o STROBE *checklist* para relato de estudos chamado the STROBE Statement – *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*. Na oitava, à luz do embasamento teórico da quarta seção, está a discussão dos resultados da análise e, na nona, a apresentação do *Guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas baseado em evidências*, como produto desta tese. Por fim, as considerações finais, seguidas das referências bibliográficas, de um apêndice e um anexo.

O PROBLEMA E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO

2 O PROBLEMA E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 O problema

Em sua dissertação de mestrado, *Crenças e percepções das mulheres saudáveis sobre câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura* (PORTO, 2017), a autora encontrou 11 artigos, dentre 55 rastreados, no universo de 2.930 artigos identificados. Foi encontrado apenas um estudo cujo trabalho vislumbrava uma intervenção com foco nas crenças e nas mudanças de comportamento que as mulheres saudáveis têm sobre o câncer de mama.

O estudo apontou dados segundos os quais é possível concluir que ainda se desconhece o que as mulheres saudáveis pensam sobre o câncer de mama. A preocupação da sociedade científica brasileira nos últimos cinco anos se voltou para o combate à doença depois de instalada, à pesquisa quantitativa e ao registro estatístico da população acometida pela doença.

Porto (2017) destaca que a compreensão das crenças e de como a mulher saudável percebe o câncer de mama são fundamentais para estruturação de intervenções psicoeducativas em saúde da mulher, para que a população feminina se torne protagonista no combate à doença. A educação preventiva contra o câncer de mama pode auxiliar na detecção precoce da doença por meio de uma conscientização em mudanças de comportamento, com o acolhimento nas práticas de saúde a serem executadas antes, durante e após o rastreamento mamográfico.

A autora verificou que as crenças sobre câncer de mama chegam para as mulheres de forma distorcida, prejudicando a forma como estas enfrentam a doença desde a sua prevenção (PORTO, 2017). As informações chegam de maneira aleatória, facilitando a elaboração de significados prejudiciais ao processo de detecção precoce da doença. Porto (2017) esclarece que a educação em saúde das mamas é fundamental para que as mulheres desmistifiquem a forma de enfrentamento de um diagnóstico de câncer de mama, ressignificando, a partir de informações corretas e claras, a possibilidade de cura da doença.

No entanto, de acordo com essa pesquisa (PORTO, 2017), foram poucos (10/2.930) os artigos publicados cujo conteúdo abordasse as crenças e as percepções de mulheres saudáveis sobre o câncer de mama. Ficou evidente que o

tema tem sido pouco estudado, e os estudos existentes estão mais voltados para a incidência, a mortalidade, a doença em si e as mulheres com câncer. Também ficou evidente que o Brasil investe muito pouco nos estudos de prevenção contra o câncer de mama, especificamente em relação ao conhecimento da população de mulheres saudáveis.

Enquanto o interesse científico for o controle do câncer, com foco na prevenção secundária, desprezando a importância da prevenção primária para a conscientização da população para agir diante da doença (PORTO, 2017), teremos uma população feminina ignorante quanto ao processo efetivo de cuidado, de modo que a incidência da doença diminua.

Os estudiosos identificados sobre a temática de crenças e percepções sobre o câncer de mama por parte de mulheres saudáveis pouco relatam acerca do que elas pensam da doença. Os estudos demonstraram mais preocupação com a doença e a paciente de câncer de mama do que preparar a população feminina para maior adesão aos programas de rastreamento da doença, os quais podem ajudar no diagnóstico precoce que leve a cura.

A prevenção primária e a promoção da saúde no combate ao câncer de mama, além de diminuir os gastos com a saúde no país, pode reduzir o medo e o sofrimento das pessoas. A prevenção primária (INCA, 2022) tem por objetivo diminuir as taxas de mortalidade, cujo índice aumenta significativamente a cada ano, bem como minimizar o medo e o sofrimento, objetivando a qualidade de vida. A mulher necessita de recursos efetivos e acessíveis para o diagnóstico precoce do câncer de mama de forma a empoderá-la e garantir segurança no enfrentamento de uma doença tratável e curável, impedindo, assim, o avanço da neoplasia maligna e a prematuridade da morte pela doença.

Porto (2017), revisando os resultados obtidos por Azevedo et al., relatou que associações negativas e significantes para a realização de exames diagnósticos podem explicar a baixa aderência aos programas de rastreamento para detecção precoce do câncer de mama. A autora compreendeu que as más experiências somadas à ideia de suscetibilidade à doença e suas consequências severas parecem gerar uma percepção de ameaça para realização de exames que podem detectar a doença precocemente. Leventhal e Benyamini (1997) e novamente

Leventhal et al. (2003) reafirmam a ideia de que o indivíduo passa a se ver em processo semelhante de adoecimento, quando compartilha de experiências com outras pessoas que passaram ou passam pela mesma doença, construindo suas percepções do fenômeno de forma positiva ou negativa.

A reflexão dos resultados da revisão apresentada, mais a contextualização do problema de pesquisa, resulta nas seguintes perguntas:

- 1) O que é o câncer de mama para as mulheres assintomáticas?
- 2) Com base em que tipo de informação as mulheres estão sendo motivadas, ou não, a realizar a mamografia para o diagnóstico precoce?
- 3) Que tipo de recurso é adequado para capacitar e empoderar as mulheres assintomáticas para adesão aos programas de rastreamento mamográfico?

Com isso, e de acordo com a trajetória da autora mencionada na apresentação desta tese, a oportunidade de exercitar uma psicoeducação por vias comunicacionais em saúde, ajustadas e em constante atualização, é o que pode permitir uma melhor compreensão por parte das mulheres assintomáticas em relação à promoção da saúde e à prevenção do câncer de mama. Assim, é necessário a criação de um recurso efetivo de informações psicoeducacionais para que as mulheres assintomáticas enfrentem de forma empoderada as barreiras ainda existentes para o diagnóstico do câncer de mama no Brasil. Intervenções psicoeducativas em saúde bem alicerçadas e adequadas à população brasileira podem ajudar na transformação do comportamento de mulheres assintomáticas em relação ao câncer de mama, doença com maior índice de mortalidade entre elas.

2.2 Contextualização do problema

O *Non-Communicable Diseases (NCD) Countdown 2030 collaborators* (2022) informou que todos os países são desafiados a cumprir as metas ambiciosas do Plano de Ação Global da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Prevenção e Controle de Doenças não Transmissíveis (DNTs), no qual se enquadra o câncer. Segundo os colaboradores (*NCD Countdown 2030 collaborators*, 2022), estima-se que 32,2 milhões de mortes por DNT (80%) foram devidas a câncer, doenças

cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Mulheres em 164 (88%) e homens em 165 (89%) de 186 países e territórios tinham uma probabilidade maior de morrer antes dos 70 anos de idade por uma DNT do que por condições transmissíveis, maternas, perinatais e nutricionais combinadas.

Para o *NCD Countdown 2030 collaborators* (2022), os autores trazem um relatório do *Sustainable Development Goal* (SDG) (Objetivo de Desenvolvimento Sustentável – ODS, em tradução livre), cuja meta era de reduzir em um terço as doenças não-transmissíveis (DNTs), em relação aos níveis de 2015, na probabilidade de morrer entre 30 e 70 anos de idade por câncer, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e diabetes até 2030. Alguns países fizeram progressos nas DNTs nas últimas décadas, ampliando as evidências terapêuticas baseadas em medicamentos como para prevenção secundária de doenças cardiovasculares, visando a fatores de risco, como tabagismo e pressão arterial elevada.

Entretanto, em um desvio no curso da história, as reduções nas taxas de mortalidade por DNTs vêm desacelerando desde 2010. Antes da pandemia de covid-19, a maioria dos países já não estava conseguindo atingir a meta de 3.4 dos ODS (*NCD COUNTDOWN 2030 COLLABORATORS*, 2022). Infelizmente, de acordo com o relatório, a pandemia do covid-19 derrubou os programas nacionais de DNT. As pessoas que vivem com DNTs, como os pacientes oncológicos, foram especialmente afetados, muitas vezes com maiores taxas de complicações por infecção e interrupções nos cuidados, levando ao excesso de mortalidade.

O câncer de mama é o câncer mais comum em mulheres em todo o mundo – em todos, exceto 42 países, onde o câncer de colo de útero ainda predomina. A sobrevivência ao câncer de mama é em grande parte dependente do acesso da mulher a cuidados oportunos, eficazes e acessíveis. A detecção precoce é fundamental para a sobrevivência de pacientes com câncer de mama e quando aliada ao acesso oportuno para tratamento, acompanhamento e cuidados de sobrevivência, pode haver reduções significativas na mortalidade pela doença.

O câncer de mama representa a principal doença maligna em mulheres em todo o mundo, cuja incidência tem aumentado consideravelmente nas últimas

décadas (FITZMAURICE et al., 2019). Em 2020, cerca de 2,3 milhões de casos foram diagnosticados e 685.000 mortes foram notificadas (SUNG et al., 2021).

Diferentemente do registrado em outras décadas, o câncer de mama tem acometido mulheres de todas as idades, com aumento constante dos casos entre as mais jovens (< 40 anos) (SOPIK, 2021). O câncer de mama em mulheres jovens apresenta um sério problema de saúde pública devido ao prognóstico relativamente ruim, em detrimento de maior prevalência de características tumorais desfavoráveis em comparação com o câncer de mama em idades mais avançadas, impactando com mais intensidade a expectativa de vida dessas jovens (KIM et al., 2018; CATHCART-RAKE et al., 2021).

Embora o fortalecimento das medidas de controle do câncer de mama tenha reduzido a taxa de mortalidade em muitos países, especialmente nos de alta renda, naqueles de média e baixa renda, como os da América Latina, do Caribe e de partes da Ásia, as taxas de mortalidade continuam a aumentar (AZAMJAH; SOLTANZADEH; RAMASWAMI et al., 2018; TORRE et al., 2016). No Brasil, o câncer de mama ocupa a primeira posição entre os tipos de câncer mais frequentes, com estimativa de cerca de 74 mil novos casos para cada ano até 2025 (INCA, 2022).

O câncer de mama tem apresentado uma taxa de mortalidade crescente na população feminina brasileira ao longo das décadas, em todos os grupos etários, ocupando, no momento, a principal causa de morte de mulheres no país, inclusive de mulheres com idade inferior a 40 anos (LIMA et al., 2020; ORLANDINI et al., 2021; SILVA et al., 2020). Para essas jovens, as altas taxas de mortalidade estão associadas a limitações de condição de vida, como renda reduzida e baixa escolaridade (SILVA, 2021), destacando a influência das desigualdades sociais do país no perfil epidemiológico do câncer de mama.

Países desenvolvidos como o Canadá, o Reino Unido, a Holanda, a Dinamarca e a Noruega têm apresentado aumento da incidência do câncer de mama, mas acompanhado de uma redução da mortalidade. Esse resultado se dá devido à detecção precoce por meio da mamografia para rastreamento de alterações mamárias malignas e à oferta de tratamento adequado quando há diagnóstico de câncer de mama. Já no Brasil, esse aumento da incidência tem sido

acompanhado também pelo aumento da mortalidade, o que é atribuído, principalmente, ao atraso do diagnóstico e do uso de terapêutica adequada.

É importante ressaltar que, apesar de a neoplasia mamária não ter sua etiologia totalmente esclarecida, alguns fatores de risco predis põem o aparecimento do tumor. Além do sexo feminino, a faixa etária continua sendo um dos fatores mais importantes, com aumento da incidência em mulheres entre 40 e 50 anos (RODRIGUES et al., 2015) de idade, como ocorre aqui no Brasil e em outros países em desenvolvimento. Outros fatores de risco importantes são alguns fenômenos relacionados à vida reprodutiva da mulher, os quais também contribuem para o desenvolvimento do câncer de mama, além da história familiar, de alterações em alguns genes como BRCA1 e BRCA2 e da alta densidade do tecido mamário (INCA, 2019). Existem também os fatores de risco modificáveis, como sedentarismo, ausência ou curtos períodos de amamentação, tabagismo, consumo de bebida alcoólica diária e exposição à radiação.

Nesse contexto, convém mencionar que, por meio do controle desses fatores, cerca de um terço da população acometida anualmente poderia ter retardado e até mesmo prevenido o surgimento dessa neoplasia. O acesso limitado da população brasileira ao tratamento, seja devido à distribuição desigual da renda ou escassez de atendimento do serviço público, pode elevar o aumento do número de óbitos. De acordo com Vieira, Formenton & Bertolini (2017), a sobrevida de pacientes com câncer nos países desenvolvidos é de cerca de 73%, e de 57% nos países em desenvolvimento, como ocorre no Brasil. Nos países em desenvolvimento, a incidência de câncer de mama é menor, enquanto a relação incidência-mortalidade é maior do que nos países em desenvolvimento.

A prevenção do câncer de mama pode ser dividida em prevenção primária e secundária. Na prevenção primária, encontram-se as medidas mais simples, relacionadas aos hábitos de vida, controle da obesidade, sedentarismo, alimentação gordurosa e ingestão alcoólica em excesso. Consiste também na orientação para que as mulheres realizem a autopalpação das mamas sempre que se sentirem confortáveis, sem a utilização de técnicas mais específicas.

A prevenção primária do câncer de mama está diretamente relacionada ao controle desses fatores de risco, principalmente àqueles referentes ao estilo de vida

e ao diagnóstico precoce por meio do rastreamento em mulheres com sinais e sintomas da doença. Quando identificado em estágios iniciais, o câncer de mama possui prognóstico mais favorável e elevado percentual de cura.

A prevenção secundária constitui o Exame Clínico das Mamas (ECM) realizado por médicos ou enfermeiros treinados e no rastreamento realizado por meio da mamografia. A mamografia é o exame radiológico exclusivo das mamas e faz parte do controle e rastreamento do Câncer de Mama. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), entraram em um consenso, com base na Lei Federal nº 11.664, de 29 de abril de 2008 (BRASIL, 2008), que entrou em vigor em 2009, e recomendam à mamografia, preferencialmente em mamógrafos digitais, anualmente e complementada com a ultrassonografia mamária para as mulheres a partir dos 40 anos de idade, haja vista que, baseado em evidências científicas substanciais, no Brasil e nos países em desenvolvimento, nesta faixa etária, são diagnosticados mais casos de câncer de mama (URBAN et al., 2017). Essa recomendação deve ser incluída nos protocolos de rastreamento da neoplasia mamária no Brasil, visando ao diagnóstico precoce e à redução da mortalidade pela doença.

De acordo com Silva e Martins (2019), a mamografia tem sido utilizada como método de rastreamento, sendo associada à redução entre 20% e 30% na taxa de mortalidade global pelo câncer de mama, comprovada em diversos estudos clínicos randomizados já nas décadas de 1970 e 1980. Um dos primeiros estudos que comprovou tal eficácia foi publicado no *Health Insurance Plan* (HIP), em 1982, o qual demonstrou redução de 30% na mortalidade por câncer de mama ao longo de 10 anos.

Santana (2015) ressalta que as evidências científicas não sinalizam o autoexame das mamas como método eficiente para o rastreamento, diagnóstico precoce e, nem tampouco, contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama. A prevenção primária do câncer de mama ainda apresenta limitações, uma vez que ainda não possui uma causa definida.

O autoexame das mamas pode ainda provocar efeitos negativos, como aumento do número de biópsias de lesões benignas e falsa segurança, pois, ao

examinar-se, a mulher pode se sentir segura do resultado, excluindo a busca por outros métodos mais confiáveis.

Ohl I. C. B. et al., (2016) relataram que lesões descobertas pelo autoexame tendem a ser menores do que aquelas encontradas de maneira acidental e, infelizmente, menos de 50% das mulheres da população em geral realizam o autoexame periodicamente. Por essa razão, o autoexame não é considerado como método diagnóstico precoce, embora se entenda que esse método deva ser ensinado e difundido durante atividades de educação em saúde que estimulem autocuidado e autoconhecimento do corpo.

Apesar de o autoexame das mamas ser de fácil execução e não possuir nenhum custo financeiro, podendo ser realizado por mulheres pertencentes a qualquer segmento sociocultural (OHL et al., 2016), ainda é pouco executado pela população em geral, sendo os dois principais motivos para a sua não realização o esquecimento e a falta de orientação.

O autoexame das mamas é uma prática que depende da predisposição e motivação da mulher em realizá-lo, o que torna fundamental a participação do profissional da saúde no sentido de ajudar a paciente a compreender sua importância e orientá-la de forma correta quanto à sua realização (OHL et al., 2016). Entretanto, observa-se que, infelizmente, o profissional da saúde não está preparado de maneira apropriada para orientar a população sobre o autoexame das mamas, seja por esquecimento ou pela falta de treinamento adequado sobre o assunto.

De acordo com Tomazelli et al. (2017), 66,4% das lesões confirmadas como câncer de mama foram identificadas por meio do ECM. Assim, a realização do ECM e do autoexame das mamas representam ações essenciais e complementares para o diagnóstico precoce do câncer de mama. Além disso, o ECM deve fazer parte da avaliação de rotina na atenção integral à saúde da mulher.

Transmitir a informação não é suficiente para a mudança de comportamento, já que a prática do ECM depende da decisão da mulher e de sua compreensão sobre a importância de prevenir a doença. A orientação deve partir do princípio de que a mulher realize o autoexame das mamas sempre que se sentir confortável para tal durante o seu cotidiano, no momento do banho ou de troca de roupa, sem

nenhuma recomendação de técnica específica, procurando valorizar a descoberta de pequenas alterações mamárias.

O câncer de mama no Brasil é, na grande maioria dos casos, diagnosticado tardiamente, principalmente por sua dificuldade de diagnóstico e ausência de rastreamento, mas também por falta do exame das mamas nas consultas ginecológicas em razão de seu baixo índice de realização pelos profissionais de saúde.

Outro aspecto importante para detecção precoce do câncer de mama é a realização da mamografia. A mamografia (RAMOS et al., 2018) é o principal exame de rastreamento do câncer de mama. O objetivo desse exame é identificar anomalias ou lesões benignas recorrentes nas mamas e diagnosticar precocemente o câncer de mama. O exame de mamografia é dividido em sete categorias (ARAÚJO, 2017; FELIX, 2016), sendo a categoria IV subdividida em outras três. Para a classificação dos resultados, é utilizado o método conhecido pela sigla BI-RADS (*Breast Imaging-Reporting and Data System*). Pode ocorrer variação quanto a essa classificação, o que exige dos profissionais de Radiologia análises e trocas de informações com a equipe.

Dados do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) indicam que a produção de mamografias no sistema público, em 2018, foi de 4.609.094, e a oferta de mamografias de rastreamento no SUS, para a faixa etária de 50 a 69 anos, aumentou em 19% entre 2012 e 2017 (INCA, 2019). A cobertura por mamografia acima de 70% pode reduzir de 20% a 30% a mortalidade em mulheres com idade de 40 anos ou mais.

Contudo, estudos realizados no Brasil apontam coberturas insatisfatórias de mamografia na maioria dos estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (RAMOS et. al., 2018; RODRIGUES et. al., 2019), sugerindo um fator de desigualdade socioeconômica. Segundo Rodrigues et al. (2019), o acesso continua difícil e as produções de mamografias no Brasil, de acordo com o sistema público de saúde, é insuficiente.

Entre as razões levantadas para essa situação, destacam-se o baixo índice de recursos humanos e a desigualdade na distribuição dos mamógrafos, com mais concentração nas principais capitais e nos grandes centros. A distribuição

inadequada dessas máquinas, por meio da administração pública, aumenta as desigualdades, gerando sofrimento, mutilações (muitas precoces) e mortes (XAVIER et al., 2016; RAMOS et al., 2018). De acordo com SCHEEL e MOLINA (2018), mais de três quartos das mulheres que fazem a mamografia são diagnosticadas com a doença em estágio avançado (estágios IV e V). Com isto, aumenta o estigma social que a população tem sobre o câncer de mama, o tratamento se torna mais caro e a possibilidade de sobrevivida diminui.

De acordo com Torre et al. (2015), o rastreamento mamográfico é uma estratégia de saúde pública e é considerado o melhor método para o diagnóstico precoce do câncer de mama. Estudos sugerem que a mamografia anual antes do diagnóstico de câncer de mama é um preditor de aumento da sobrevivida. Esses estudos destacam que métodos e programas para a detecção precoce do câncer de mama não reduzem a incidência da doença, porém podem reduzir a doença e a mortalidade (SILVA, 2014; CHETLEN, 2016).

Rodrigues et al. (2015) explicaram como é o perfil das mulheres que mais se preveniam contra o câncer de mama, tanto em relação à busca por mamografia, como em relação a uma maior demanda por exame clínico das mamas, a saber: melhores condições socioeconômicas, residiam nas regiões mais desenvolvidas do país, as que tinham uma composição familiar que incluía filhos, as que apresentavam uma boa autoavaliação da própria saúde e as que já tinham sido diagnosticadas com algum tipo de câncer.

Dessa forma, o câncer de mama tem significado um dos grandes desafios às políticas públicas de saúde, pois atinge grande parte da população brasileira, exigindo o desenvolvimento de programas e ações de promoção e prevenção de saúde, tratamento e controle da doença, bem como de uma rede de serviços adequados e integrados que conte com profissionais competentes que possam atuar nas diferentes regiões do país.

Para o efetivo controle do câncer de mama, é preciso que sejam desenvolvidas ações capazes de promover e organizar uma ampla cadeia de atenção à mulher (GONÇALVES et al., 2016), que vai desde a informação em saúde, passando pela promoção de uma vida saudável, até o acesso à detecção

precoce e ao tratamento oportuno e adequado para a doença em todas as suas fases.

Lefevre e Lefevre (2015) dizem que é necessária a ampliação da disseminação de informações sobre o assunto, permitindo a participação mais ativa da população, de modo a contribuir com a adesão de hábitos de vida mais saudáveis, objetivando a transformação do panorama atual. A valorização do senso comum a partir da medicina baseada em evidências sobre prevenção do câncer de mama pode permitir que a mulher se aproprie de iniciativas de comprometimento com ela mesma, com o coletivo, com sua saúde e seu corpo. O conhecimento dessa realidade poderá pautar intervenções para que possíveis crenças e percepções distorcidas sobre o câncer de mama sejam ajustadas, fomentando condutas de autocuidado, favorecendo o rastreamento da doença e a detecção precoce.

Cabe, assim, a reorientação dos serviços, como na atenção básica de saúde, considerando que os governos têm participação importante com fins de adoção de estratégias no sentido de viabilizar políticas públicas que incluam a promoção da saúde e o diagnóstico precoce do câncer de mama; que seja o profissional de saúde a contribuir para uma vida saudável por meio de programas que visem à atenção integral à mulher, preservando a sua autonomia e dignidade, além de proporcionar condições favoráveis para que ela possa cuidar de si mesma.

Diante do exposto, a autora altera o método de estudo e o projeto anteriormente submetidos e aceitos pelo comitê de ética desta universidade, em 24 de março de 2021; a partir de 19 de agosto de 2021, passa a configurar uma revisão sistemática da literatura. Segundo Page (2021), é o método investigativo capaz de abordar questões que, de outra forma, não poderiam ser respondidas por estudos individuais, bem como identificar problemas que deverão ser retificados em estudos futuros, podendo gerar ou avaliar teorias sobre como, ou por que, os fenômenos ocorrem.

Por meio das funções críticas que uma revisão sistemática desempenha e por ser um método que propicia sínteses do estado de um determinado campo do conhecimento, a autora entende ser possível investigar, identificar e analisar criteriosamente estudos na literatura, entre o período de 2017 e 2021, que utilizaram recursos de empoderamento transformador do comportamento feminino (mulheres

assintomáticas), na promoção da saúde e da prevenção do câncer de mama no Brasil, para maior adesão aos programas de rastreamento para detecção precoce da neoplasia maligna.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste estudo consiste em propor um guia de recomendações, baseado em evidências, como recurso de empoderamento de mulheres assintomáticas, na adoção de hábitos e comportamentos saudáveis para prevenção e detecção precoce do câncer de mama e contribuir, assim, com os programas de controle da doença no Brasil.

3.2 Objetivos específicos

- a) Por meio da revisão sistemática da literatura, investigar os recursos utilizados nas intervenções psicoeducativas descritas nos estudos.
- b) Identificar o conceito de empoderamento expresso nas intervenções psicoeducativas.
- c) Analisar os resultados apontados nos estudos pela perspectiva da eficácia das intervenções psicoeducativas para empoderamento feminino na adesão aos programas de rastreamento para detecção precoce do câncer de mama.

EMBASAMENTO TEÓRICO

4 EMBASAMENTO TEÓRICO

4.1 Imagem corporal da mulher e o câncer de mama

Uma imagem corporal é constantemente renovada a cada percepção diferente que temos de nós mesmos e dos outros a nossa volta. Nosso corpo modifica-se, outras sensações se unem em uma reorganização corporal capaz de gerar uma nova imagem, dependendo dos estímulos que a sociedade nos oferece. A imagem corporal pode ser considerada a partir de uma perspectiva psicodinâmica, como a maneira que pensamos nosso corpo e como o nosso corpo é representado em nossa mente. Essa representação mental não é apenas do corpo físico, que é refletido no espelho, mas um corpo repleto de significados, construídos com as sensações e as experiências do dia a dia, a noção que cada um tem de seu corpo no espaço.

Para Sá e Carozzo (2018), a mama não se trata apenas de um órgão; ela faz referência à sexualidade e à imagem corporal femininas. Assim, além da função fisiológica, tem uma função social, supervalorizada no âmbito da estética, assumindo um importante papel de atratividade sexual e sendo considerada símbolo de beleza e erotismo. Sua retirada pode resultar em prejuízo em suas relações afetivas e na satisfação sexual, na medida em que gera avaliações negativas da imagem corporal da mulher.

Assim, como o corpo está em constante mudança, cada pessoa deve vivenciar, adaptar-se e aceitar essas alterações. À medida que o tratamento para o câncer de mama gera modificações corporais, tais como magreza excessiva, queda de cabelo, palidez, pele sem brilho e em alguns casos a perda da mama, devido à mastectomia total ou mesmo parcial, ele desencadeia impactos físicos, psicológicos e sociais que interferem na imagem corporal da paciente. Nessa perspectiva, tais mudanças significativas podem influenciar na valorização pessoal, no autoconceito e na autoestima, desencadear uma avaliação negativa da imagem corporal e favorecer comportamentos de esquiva frente a situações de maior contato social, como as relações sexuais.

Mulheres submetidas à mastectomia radical (total) sem posterior reconstrução mamária apresentaram maiores índices de estresse e vulnerabilidade, preocupação,

insatisfação com a imagem corporal, além de piores índices de qualidade de vida em virtude do impacto das intervenções terapêuticas na imagem corporal de mulheres com câncer de mama (PRATES et al., 2014; SOUZA, 2015; PRATES et al., 2017; BOING et al., 2018). O corpo pode ser entendido como um fenômeno social, apresentando um significado para a cultura e/ou grupo no qual o indivíduo encontra-se inserido, servindo até mesmo como elemento de distinção social ou de pertencimento. No corpo, também são refletidos valores, comportamentos, limites de uma classe e/ou grupo social, bem como as transformações sociais de uma determinada sociedade. Tais mudanças podem ser observadas pela maneira de vestir, de se comportar, e também na construção e na concepção da imagem corporal.

Para compreender as representações sociais e simbólicas que envolvem o corpo da mulher, faz-se necessária uma breve discussão teórica a respeito da construção histórica dos discursos sobre o corpo feminino e a criação e a instituição de certos papéis femininos presentes ainda hoje em nossa sociedade. Durante a Idade Média, segundo Martins (2015), o corpo desnudo das mulheres não era retratado em obras pelo fato de o pudor na sociedade ter se intensificado e o corpo ter passado a ser um objeto sem importância. A pintura da Idade Média representava a figura de Deus como o centro do universo, e o corpo humano já não tinha tanta evidência na arte.

Com o fim dessa era que deixava o corpo em segundo plano e a alma em um lugar de destaque e a chegada do Renascimento, o comportamento social passou para a valorização do homem de forma individualista (MENTI; RUBLESCKI, 2018). Essa mudança trouxe outros conceitos de volta para a arte, e corpos nus voltam a ser vistos nos quadros. A beleza, a sensualidade e o erotismo passam a ser retratados pelos artistas. A representação do corpo feminino, no Renascimento, destaca a perfeição das formas e a beleza do corpo da mulher.

Entre os séculos XVI e XVII, a imagem feminina transformou-se, sendo retratada pelos artistas de maneira mais recatada, assumindo papéis como os de dona de casa, educadora e administradora. Já no século XVIII, observa-se a presença das mulheres em salões femininos, bem como sua afirmação como sujeito

(MENTI; RUBLESCKI, 2018). Nas pinturas, essas mulheres eram retratadas de maneira mais descontraída, sem o uso de roupas íntimas e com os cabelos soltos.

Mulheres em bordéis, bares ou no divã do artista são cenas comuns na pintura francesa do final do século XIX. As representações de corpos femininos, como signos da sexualidade masculina, afirmavam a modernidade dos homens artistas e sua posição de vanguarda.

No século XX, a representação da figura feminina, que durante a arte moderna tomou uma forma boêmia, trata a sexualidade como uma moeda de troca (MENTI; RUBLESCKI, 2018). O ser humano fica cada vez mais atrelado à técnica e à tecnologia, depositando sua felicidade na busca do progresso. Sendo assim, os corpos precisam trabalhar para concretizar essa verdade. Com a busca da produção, homens e mulheres tentam adaptar-se como indivíduos ao grupo social, precisando desistir de sua liberdade de ação e de expressão.

Onório (2017) destaca que a inserção da mulher no mercado de trabalho e também nas artes ampliou a possibilidade de empoderamento do corpo feminino. A apropriação de seu corpo como matéria-prima para o seu fazer artístico é empoderador e contrapõe a exposição de mulheres pretendida por homens. Isto demonstra a libertação do corpo feminino, a aceitação, a desinibição, a exploração da própria sexualidade, do conhecimento sobre o corpo feminino que anteriormente era um saber que cabia aos homens.

Na era moderna e contemporânea, o desconforto com a própria imagem corporal mostra-se nos detalhes, entre eles, na elegância em andar, na forma de falar, no modo de se vestir e de comer. Ser baixa ou alta, magra ou gorda, feia ou bonita reflete a necessidade de não se deixar à deriva, mas incluir-se na movimentação desenfreada da beleza a qualquer custo.

Diante do exposto, desde a pré-história até os tempos modernos, pinturas e esculturas deram destaque aos seios, símbolo da feminilidade, expressão de maternidade e de fertilidade, mas também de erotismo e compromissos cívicos e políticos. Os seios, ao longo da história, tiveram seu lugar de importância e evidência, caracterizando-se como representatividade do feminino. Fica claro que a mama ao longo da história teve e tem sua importância. Os corpos femininos ao longo dos tempos foram retratados com valor.

Para o enfrentamento do câncer de mama, é importante que a mulher considere seu corpo valioso, o qual precisa de proteção e atenção. A detecção precoce do câncer de mama não é uma posição fácil, mas necessária. Requer coragem e firmeza para enfrentar uma notícia que pode mudar toda uma vida. Existem etapas duras a serem enfrentadas pela mulher, que requer dela um posicionamento diante da situação.

Como parte do tratamento da neoplasia mamária, o tumor maligno é retirado mediante procedimento cirúrgico, a mastectomia, que pode gerar um impacto psicológico devido à perda da mama (total) ou parte dela (parcial). É algo que pode provocar baixa autoestima em consequência do sofrimento e da dor, podendo causar um trauma psíquico por comprometer a identidade feminina. A retirada da mama faz com que a imagem corporal da mulher se diferencie do padrão de normalidade para um corpo feminino e dos ideais de feminilidade que giram em torno da beleza e da sedução, instituídas como características da mulher.

Pensando nas mulheres saudáveis, de acordo com Porto (2017), estas podem perceber o câncer de mama como uma doença ameaçadora e traumática. Ao considerarem o câncer como uma doença grave e de grande sofrimento, há um impacto negativo nas mulheres saudáveis, gerando a adoção de comportamentos não preventivos, mas de rejeição à doença.

A experiência com mulheres mastectomizadas, se negativa, pode levar a mulher saudável a comportamentos de rejeição desde o processo de prevenção (PORTO, 2017). A ameaça que a mulher saudável sente pela doença traz pensamentos traumáticos da imagem fixada pela experiência vivida por outras mulheres. A doença traz uma forte associação ao sofrimento, à impotência, à dor e um significado de morte inevitável. Tal representação se deve, especialmente, às implicações e às repercussões que a patologia passa a representar para a figura feminina e sua autoimagem.

Porto (2017) disserta que a percepção sobre os sintomas relacionados ao câncer de mama está ligada à representação emocional da doença. A autora afirma que há evidências de que mulheres do grupo de risco para desenvolver câncer de mama tendem a encontrar sintomas em relação à doença no seu corpo, ocasionando mais sofrimento emocional.

A forma como as mulheres elaboram sua imagem corporal é um fenômeno biopsicossocial e pode influenciar muito na sua qualidade de vida. De acordo com Porto (2017), o câncer de mama é uma patologia peculiar, pois além de simbolizar todas as representações da doença, também interfere na função psicossocial da mulher. A possibilidade de um diagnóstico de câncer de mama traz fatores que comprometem a estrutura existencial feminina.

Ao tratar do câncer de mama, aspectos relacionados à função social do corpo da mulher tornam-se muito importantes. A possibilidade de desenvolver uma doença na mama compromete toda essa construção de ideal do corpo feminino. Frente ao câncer de mama, com a ameaça da perda dos seios, compreendida como uma mutilação do corpo, a mulher pode desenvolver um descontentamento com ela mesma.

Ao incidir sobre a mama, símbolo de feminilidade e sensualidade, o câncer afeta o psiquismo e a relação da mulher com seu corpo, alterando sua qualidade de vida em múltiplas dimensões. Assim, a representação social que a doença tem reflete nos comportamentos adotados pela mulher desde antes da situação de adoecimento e, por conseguinte, no seu modo de tratar a doença (SILVA; BOUSFIELD; CARDOSO, 2014; SIMEAO et al., 2016). Acessar o saber que a população feminina assintomática possui sobre câncer de mama e suas formas de prevenção pode constituir um caminho possível para pensar e fundamentar a implementação de campanhas preventivas mais eficazes.

4.2 Educação em saúde

O conhecimento atual, as características biológicas do câncer de mama e a tecnologia disponível não justificam a adoção de estratégias direcionadas especificamente à prevenção primária, que ainda não é possível devido à variação dos fatores de risco e às características genéticas envolvidas na sua etiologia. Dessa maneira, o diagnóstico precoce do câncer de mama está ligado, além de a outros fatores, ao fornecimento de informações às mulheres e a práticas educativas em saúde sobre a realização do exame de rastreamento da doença, a mamografia.

Além das estratégias preconizadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e o Ministério da Saúde para abordagem e diagnóstico precoce do câncer de mama, foram desenvolvidas, como parte do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, em 2011, materiais impressos voltados para a população, como *folders*, folhetos informativos e cartazes para campanha de prevenção. Os impressos e as publicações sobre as ações necessárias para o controle e detecção precoce do câncer de mama encontram-se disponíveis em mídia digital para livre acesso e distribuição por profissionais de diferentes serviços de saúde.

No entanto, para que se possa melhorar a saúde da população, bem como controlar as doenças e seus agravos, é fundamental que se realizem ações educativas sobre os fatores sociais do processo saúde-doença e promovam melhorias na qualidade de vida da população-alvo. Ações que levem a população ao acesso a uma informação clara, consistente e culturalmente adequada precisa existir.

De acordo com Perottoni (2018), em sua revisão bibliográfica sobre a política de atenção oncológica no Brasil, a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) foi criada a partir da identificação da necessidade de formalização de uma política nacional do câncer, com o intuito de melhorar a organização e o acesso da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como oferecer um serviço público de saúde de qualidade.

De acordo com a portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo:

Art. 2º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

No caso da saúde da mulher, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem estar organizadas para o recebimento e o acolhimento das mulheres de forma humanizada, realizar reuniões educativas sobre o câncer, o exame clínico das

mamas, solicitar exames mamográficos, receber os resultados e encaminhar para as unidades de referência aquelas que indicarem necessidade de maior averiguação. Os profissionais da equipe de saúde devem conhecer, planejar e programar as ações de controle do câncer de mama.

Nesse processo evolutivo, diante das alterações ocorridas no SUS, como a Portaria de Redes de Atenção à Saúde em 2010, o Decreto 7.508 e a política de incorporação tecnológica, ambos de 2011 (MENDES, 2014), fez-se necessária a atualização da PNAO, cuja revisão supera o conceito de “atenção oncológica” para controle do câncer, também adotado pela Organização Mundial da Saúde.

Segundo Ferreira (2019), este modelo avaliativo sobre a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), lançada em 2013, foi quando o câncer de mama recebeu o conceito como uma doença crônica preventiva. A PNPCC destaca princípios e diretrizes de promoção, prevenção, cuidado integral, vigilância, educação, comunicação e inserção tecnológica.

Por isso, as equipes de saúde precisam realizar reuniões educativas sobre o câncer de mama, com vista a valorizar e sensibilizar a população feminina assintomática para o cuidado com a própria saúde, para a quebra dos preconceitos e diminuição do medo da doença. Frente aos vários fatores que interferem nas ações de controle do câncer de mama, é necessário que haja ações de equipe multiprofissional e interdisciplinar.

A educação em saúde representa um importante instrumento para facilitar a capacitação da sociedade, podendo ser desempenhada em todos os momentos e espaços, contribuindo para a promoção da saúde. Esta vem romper com a relação vertical entre profissional e usuário, e tornar relevantes as atitudes de trocas entre os saberes técnico e popular. Para isso, os profissionais e a população precisam estabelecer uma relação dialógica pautada na escuta, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão de mundo que o usuário pode compartilhar.

Existem instrumentais metodológicos eficazes, capazes de viabilizar a compreensão das situações de vida, saúde e doença (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011; PORTO, 2017), como palestras, encontros e trabalhos em comunidade. Para

Maffaccioli e Lopes (2011), a educação em saúde aparece como um direcionamento para embasar a prática assistencial e a promoção da saúde.

Para a realização de uma atividade educativa, primeiramente tem de se pensar dentro do contexto da realidade na qual se está trabalhando, devendo estar intimamente ligadas às prioridades discutidas entre profissionais e população. A educação em saúde não deve ser transformada em mais uma atividade para se fazer e, sim, estar interligada às atividades dos profissionais nas unidades de saúde.

As ações educativas de conscientização da população sobre a neoplasia e os estímulos às mudanças de comportamento são fundamentais para a construção de novos conhecimentos e para a prática preventiva. As ações para prevenção do câncer de mama devem envolver estratégias de comunicação, informando a população sobre os fatores de risco e os meios para diminuir a exposição a estes, as possibilidades de detecção precoce e a rotina do rastreamento. Essas ações colocam a mulher na posição de ser o principal ator e responsável pela sua própria saúde, firmando a priorização do empoderamento dessas mulheres.

Ações educativas podem influenciar o estilo de vida, melhoram a relação profissional-indivíduo, o ambiente social e físico e reforçam a promoção da saúde. Além disso, a educação em saúde favorece o conhecimento, atitudes e práticas adequadas em saúde, além da compreensão dessa relação no processo saúde-doença.

O uso de estratégia educativa em conhecimento, atitude e prática voltados para detecção precoce do câncer de mama, podem trazer resultados promissores como incremento nos níveis de conhecimento, melhora da atitude e aumento de taxas de adesão das mulheres às práticas preventivas, com maior possibilidade de detecção da doença em estágios iniciais e maiores possibilidades de cura da doença.

Conhecimento significa recordar fatos ou habilidades para resolução de problemas, ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento. Atitude é, essencialmente, para a formulação de opiniões, é também ter sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidas a um objetivo, pessoa ou situação, relaciona-se ao domínio afetivo. Prática

é a tomada de decisão para executar a ação, relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo.

É essencial a implementação de estratégias de cuidado fundamentadas em princípios científicos, além da percepção por parte das mulheres do apoio e da motivação fornecidos pelos profissionais de saúde, possibilitando soluções para os problemas em potencial, orientação nas ações a serem realizadas, direcionamento para a adoção de hábitos e condutas saudáveis, contribuindo de forma ímpar para uma melhor qualidade de vida e alcance dos objetivos propostos pelos programas de controle do câncer de mama.

Assim, para alcançar sucesso na luta contra o câncer de mama é necessária a mudança de comportamento das mulheres e dos profissionais de saúde, especialmente no que se refere ao incremento nos níveis de conhecimento das mulheres em relação aos exames de rastreamento do câncer de mama. A implementação de programas educativos sobre saúde da mulher, focando especificamente no diagnóstico inicial do câncer mamário é uma estratégia que pode produzir mudanças nos índices de incidência e mortalidade pela doença.

É interessante destacar que o fornecimento de informações sobre qualquer comportamento de saúde é fundamental nas atividades educativas e o conhecimento contribui para sustentar ou desenvolver novas atitudes. O componente racional é necessário para motivar uma ação, apesar do fornecimento de informações não ser o único fator motivacional. Nenhuma ação ocorre sem motivação, e a motivação não ocorre sem formação de uma base de experiências prévias construídas.

Há uma necessidade eminente de informar e mobilizar a população para ações de adesão ao rastreamento mamográfico da neoplasia mamária. No entanto, o medo e o desconhecimento da população sobre a patologia e os métodos de detecção precoce são fatores para o alto índice de diagnóstico tardio da doença existente no Brasil.

As ações educativas em saúde podem preparar a população por meio da construção de novos conhecimentos, propiciando uma prática consciente de comportamentos preventivos. O conceito de saúde e doença perpassa a trajetória histórica das famílias, transmitindo conhecimentos de geração para geração, com

mudanças visíveis ao longo do tempo. O nível de entendimento dos indivíduos e sua capacidade de processar as informações dos serviços de saúde são necessários para tomadas de decisão apropriadas (NÁFRÁDIA et al., 2017). Quanto menor o nível de educação em saúde, mais comportamentos desfavoráveis ao combate da doença acontecerão.

As práticas de educação em saúde que têm sido desenvolvidas de maneira autoritária devem ser reestruturadas com a finalidade de causar mudanças significativas. A forma inovadora de educar propicia às pessoas a buscar, no momento da realização das atividades de educação em saúde, um espaço para refletir, explicitar dúvidas, dificuldades e inseguranças, mostrando-se satisfatória e motivadora. A educação permanente em saúde constitui uma estratégia importante para potencializar mudanças, gerando espaços para reflexão, despertando o senso crítico para uma atuação com mais propósitos, compromissada e tecnicamente capacitada.

No que se refere à saúde, é necessário o fornecimento de condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde quanto pela saúde do coletivo. As ações educativas que adotam esse modelo priorizam o diálogo como instrumento essencial, considerando o sujeito detentor de um conhecimento em potencial, reflexivo e criativo por meio de uma gestão participativa e democrática.

Uma prática reflexiva, com diálogo e na troca de experiências entre quem ensina e quem aprende, bem como entre profissional-usuário, possibilita que ambos aprendam juntos, por meio de um processo emancipatório e empoderado. Essa emancipação e empoderamento visa a compreender e considerar o indivíduo como sujeito social e capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para seu cuidado, da família e da coletividade.

Na área da saúde, a educação é mais do que uma abordagem pedagógica de ensino; é uma forma de visualização de relações sociais com o intuito de trazer mudança. Por isso, os programas de saúde pública precisam assumir a responsabilidade em contribuir para a disseminação do conhecimento, reconhecidamente científico e confiável, que podem beneficiar a população com a melhoria das condições de vida.

SILVA et al. (2015) relatam que a educação em saúde é uma proposta político-pedagógica que busca promover melhoria da atenção à saúde, prevenindo doenças e estimulando a participação da população. É de fundamental importância realizar atividades de educação em saúde que possam intervir nos processos que comprometem a saúde, como é o caso do câncer de mama para as mulheres saudáveis.

O viés educacional é um meio poderosíssimo de mobilização coletiva e individual. A partir da educação, o indivíduo pode ter acesso às informações que o levarão ao conhecimento correto da situação, tornando-o participante efetivo daquele fenômeno. As ações em saúde precisam ser direcionadas para a realidade cultural dos indivíduos, na qual o problema é trabalhado a partir do pensamento do coletivo, da análise de suas crenças e de seus valores sobre determinada situação ou risco de agravo à saúde e de práticas em relação à situação vivenciada.

A educação em saúde tem a função de potencializar as habilidades do próprio indivíduo e de auxiliar na aquisição de novas atitudes, buscando uma transformação de si mesmo a partir dos encontros coletivos. O direito à informação em saúde é um direito que se legitima a partir da informação mediada pelo profissional de saúde, permitindo que o indivíduo se empodere dessa informação, gerando conhecimento e, conseqüentemente, possibilitando o exercício da cidadania.

Quando os encontros acontecem no coletivo e o espaço se torna de acolhimento, de partilha de experiências de vida, de sentimentos e vivências das situações da vida (BERARDINELLI et al., 2014), atesta-se a mobilização de recursos e competências das pessoas por meio da ação motivadora do próprio coletivo, favorecendo a formação de uma rede social solidária para enfrentar os problemas do cotidiano.

Segundo Freire (2011), o desenvolvimento educacional coletivo conduz o indivíduo a um posicionamento crítico no qual ressignifica o seu próprio modo de viver saudável e autônomo, ressaltando que somente a informação, compartilhada nos processos educativos, por si só, não são capazes de modificar os comportamentos em relação ao problema.

Educação em saúde pode ser entendida como ferramenta utilizada para ampliar e potencializar o empoderamento dos indivíduos, pois este é um processo

educativo proposto a ajudar as pessoas a ampliar conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessários para assumir com sucesso a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde (BERARDINELLI et al., 2014). Além disso, capacita o indivíduo a resolver os seus próprios problemas e necessidades, bem como compreender como pode solucioná-los com os seus recursos ou com apoios externos e também a promover ações mais apropriadas para fomentar uma vida mais saudável.

Intervenções em saúde que aumentam o empoderamento (NÁFRÁDIA et al., 2017) das mulheres assintomáticas podem torná-las ferramentas muito úteis para melhorar os resultados das condições no combate ao câncer de mama. Isto porque, de acordo com Escudero (2014), o princípio fundamental da educação em saúde é de fornecer informações significativas, abrangentes e corretas, de modo a minimizar o medo e potencializar comportamentos saudáveis a partir de uma escolha informada.

Educação em Saúde é a participação dos sujeitos como elemento norteador, pois, quando estão envolvidos, sentem-se mais motivados e, conseqüentemente, corresponsáveis pela sua saúde e pela mudança da realidade. São práticas educativas, como trabalhar com grupos, realizar ações de caráter preventivo e de promoção à saúde que permitem a aquisição de conhecimentos em cuidados e dos fatores causadores da doença.

Nessa perspectiva, compete ao profissional de saúde agir de forma acurada e conjunta para dar conta de demandas, tanto de promoção da saúde, preventivas e curativas. É importante que haja aproximação entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde, a partir de uma difusão entre o conhecimento técnico-científico e a desmistificação da doença. Quanto mais próxima da população, maior a possibilidade de viabilizar a identificação de fatores de risco e a busca por informações homogêneas e corretas.

Diante do exposto, a equipe de saúde pode atuar na perspectiva de empoderar as mulheres assintomáticas para que elas possam participar de forma ativa e consciente no cuidado de sua saúde frente ao câncer de mama. O conhecimento adquirido e compartilhado permite que se tenha condições de fazer escolhas que promovam a saúde e combatam a doença.

4.2.1 Prevenção e detecção precoce

O câncer de mama tem sido um dos grandes desafios para as políticas públicas de saúde do nosso país, pois atinge grande parte da população feminina brasileira, exigindo o desenvolvimento de programas e ações de promoção e prevenção, de tratamento e controle da doença, bem como de uma rede de serviços adequados e integrados que atuem nas diferentes regiões do país.

No Brasil, a saúde da mulher está ligada às políticas nacionais de saúde apenas a partir das primeiras décadas do século XX, tendo como enfoque a atenção à gravidez e ao parto (OHL et al., 2016). Os programas de saúde da época objetivavam as ações materno-infantis, pois crianças e gestantes eram o grupo da população mais vulnerável. Esses programas não possuíam conexão com outros do governo federal e não eram específicos às necessidades de cada região do país.

No início da década de 1980, o Ministério da Saúde lançou, no Brasil, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (INCA, 2019). Com esse programa vieram muitas inovações para as mulheres, pois estava centrado no conceito da integralidade e contemplava todas as faixas etárias e todos os ciclos da vida, em seus diversos papéis na sociedade e em todos os seus problemas e necessidades de saúde. Esse programa se tornou pioneiro no cenário mundial e, a partir de então, deu-se início às mudanças das políticas voltadas à saúde da mulher, deixando de ser apenas voltada para o ciclo gravídico-puerperal.

No final da década de 1990, o Ministério da Saúde, junto com o INCA (INCA, 2019), criou um projeto-piloto de um programa para controle do câncer ginecológico que foi testado em Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e no estado de Sergipe. Desse projeto, originou-se o Programa Viva Mulher, que foi implantado e estendido a todo o país, com o objetivo (OHL et al. 2016) de reduzir repercussões do câncer de colo de útero nas mulheres brasileiras, disponibilizando exames para prevenção (Papanicolau), detecção precoce e, se necessário, encaminhando as pacientes aos serviços secundário e terciário para tratamento e reabilitação.

A partir da implantação desse programa, iniciou-se a formulação de diretrizes e a formação da rede de assistência para detecção precoce do câncer de mama, o que impulsionou o desenvolvimento de políticas públicas nessa área. Com o

incremento das ações do Ministério da Saúde, lançou-se, em 2005, a Política Nacional de Atenção Oncológica, que preconiza a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos, abrangendo todas as regiões da união. Essa política, de acordo com o INCA (2019), foi reafirmada no ano de 2011 com o Plano de Fortalecimento das ações para prevenção e qualificação do diagnóstico e do tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama.

Nos últimos anos, a organização das ações de controle desse tipo de câncer vem sendo aprimorada devido à implantação do Sistema de Informação do Câncer de Mama – SISMAMA (INCA, 2019), ao aumento da oferta de mamografias pelo Ministério da Saúde e à publicação de documentos pelo INCA. Hoje, a perspectiva no campo da detecção precoce é promover o diagnóstico e o rastreamento em áreas com ocorrência elevada da doença.

Atuar de maneira profilática contra uma patologia consiste em eliminar os fatores de risco que levariam ao seu aparecimento. Para tanto, é necessário o conhecimento de tais fatores, sejam eles únicos ou múltiplos, além da história natural da doença.

No caso do câncer, de modo geral, nem sempre há um único agente envolvido. Há vários fatores que causam a doença (FERNANDES et al., 2014), entre eles, a própria predisposição genética, fundamental para o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico do câncer.

Programas de prevenção e rastreamento do câncer tem importância fundamental não só para o país, mas para toda a humanidade. No Brasil, são muitas as dificuldades para a implantação desses programas preventivos e de rastreamento, principalmente em locais distantes das grandes cidades, capitais e por causa da dimensão territorial do país.

Sobre o programa de prevenção e rastreamento para o câncer de mama, existem outros dois aspectos que dificultam, que são a dependência da presença dos profissionais médicos especializados para a detecção precoce da doença e sua fase pré-clínica, assim como para o rastreamento (FERNANDES et al., 2014). Para esse último, ainda há a necessidade da presença de um conjunto de aparelhos médicos, como os mamógrafos e os de ultrassom, que possuem custos de aquisição

e manutenção elevados, além dos eventuais procedimentos mais especializados, como as punções e as biópsias.

Por fatos como estes, torna-se contraditório exercer a prevenção sem o auxílio da promoção da saúde. Como bem diz Dejours (1986, p. 11):

A saúde é a liberdade de dar a esse corpo a possibilidade de repousar, é a liberdade de lhe dar de comer quando ele tem fome, de fazê-lo dormir quando ele tem sono, de fornecer-lhe açúcar quando baixa a glicemia. [...], portanto, a liberdade de adaptá-lo. Não é anormal estar cansado, estar com sono. Não é, talvez, anormal ter uma gripe, e aí vê-se que isso vai longe. Pode ser até que seja normal ter algumas doenças. O que não é normal é não poder cuidar dessa doença, não poder ir para a cama, deixar-se levar pela doença, deixar que as coisas sejam feitas por outro durante algum tempo, parar de trabalhar durante a gripe e depois voltar.

A saúde das pessoas é um assunto ligado às próprias pessoas. Essa ideia é fundamental, pois não se pode substituir os atores da saúde por elementos externos. Cada indivíduo é quem sofre e reconhece suas dificuldades para enfrentar as demandas que seu meio impõe. Isto porque a saúde implica segurança contra os riscos, persistência para corrigi-los e possibilidade para superar as dificuldades iniciais. É necessário maximizar a capacidade que cada indivíduo possui para tolerar, enfrentar e corrigir os riscos que fazem parte inevitavelmente da sua história.

Promoção de saúde está relacionado com as pessoas, é um conceito amplo que, para ser inserido na prática, necessita do envolvimento de todos os setores de saúde. Já a prevenção tem a ver com a ocorrência da doença; é um conceito mais centrado que antecipa uma ação para evitar que algo funcione e reduz o risco de adoecer. Sendo assim, ao promovermos a saúde, devemos prevenir a doença.

O termo prevenção (COSTA, 2017) é o acompanhamento antes do surgimento ou agravamento de uma dada condição de saúde, que visa a afastar a doença do indivíduo para que tal condição não se manifeste, ou seja, que se diminua a sua possibilidade de ocorrência ou se manifeste de forma menos grave ou mais branda. De acordo com Rodrigues et al. (2015) promover a saúde da mulher por meio da prevenção do câncer de mama significa também atuar na proteção a determinados fatores sociais e econômicos, contribuindo para a diminuição da incidência da doença.

Costa (2017) vai dizer que o movimento de prevenção de saúde, na medida em que se constitui um esforço para se antecipar à doença, evitá-la e poupar energia e custos econômicos e psicológicos do tratamento, representa um importante passo na direção de se entender a natureza da doença. Esse nível de prevenção corresponde ao momento em que a doença ainda não iniciou seu processo de instalação.

De acordo com Buss (2017), as medidas adotadas em prevenção primária são destinadas a desenvolver uma saúde, em sua totalidade, a partir da proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo controle de barreiras contra agentes do próprio meio ambiente. Para a prevenção, evitar a enfermidade é o objetivo final e, portanto, a ausência de doenças seria um objetivo suficiente. Seu objetivo é a eliminação dos problemas de saúde.

A prevenção secundária (WESTPHAL, 2012) atua com dois tipos de população: 1) os indivíduos sadios, mas que fazem parte do grupo de risco daquela doença, como exames para detecção precoce do câncer de mama, dirigidos à população feminina; 2) os indivíduos doentes com diagnóstico estabelecido para que se curem. Na impossibilidade de cura, que se mantenham funcionalmente sadios, evitando assim complicações e uma morte prematura. Esse nível de prevenção vai se preocupar com o controle da duração e da prevalência da doença, buscando um caminho possível para a cura.

A prevenção terciária, assim como a prevenção secundária explicitada acima, tem como objetivo a redução dos fatores de risco relacionados aos agentes patogênicos (WESTPHAL, 2012) e ao ambiente, propondo medidas educativas e fiscalização para a adoção de comportamentos adequados à saúde e de ações para enfrentamento da doença. Ao focalizar os indivíduos que tem sequelas da doença, a prevenção terciária objetiva a recuperação ou a manutenção dos doentes em equilíbrio funcional. Ela opera também por meio de atividades de reabilitação na tentativa de realizar um controle das complicações adicionais da doença.

As medidas preventivas, sejam elas primária, secundária ou terciária, tem como objetivo aplicar ações cujas perspectivas sejam alterar a história natural da doença, prevenindo-as ou minimizando seu agravamento. A prevenção das doenças identifica riscos, atua sobre eles, mas não considera sua competência e a origem

desses riscos, nem o estudo de suas naturezas, mecanismos de atuação e meios de prevenir sua existência.

A base da prevenção, seja em que nível for, é o conhecimento epidemiológico, tendo como objetivo o controle da transmissão de doenças infecciosas, como a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos. As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas. Prevenção e educação em saúde estruturam-se pela divulgação de informação científica e de recomendações com vistas à mudança de hábitos.

De acordo com Czeresnia (2003), a prevenção de doenças focaliza os aspectos biológicos e não considera, por meio de suas estratégias, a maneira de se evitar a doença, o processo histórico-social do processo saúde-doença e não inclui, nas suas formas de ação, a formulação de políticas públicas saudáveis que deem conta dos aspectos sociais, econômicos, políticos, educacionais, ambientais e culturais.

A autora destaca que todos os níveis de prevenção não estimulam o coletivo nos processos de tomada de decisão em relação a políticas públicas de saúde para o enfrentamento dos seus problemas e não assume uma posição política emancipadora. Contudo, os problemas relacionados à prevenção de doenças podem, a partir de suas perspectivas e estratégias, combinadas com as de promoção da saúde, gerir ações que se dirijam para causas primárias dos problemas e não somente as manifestações concretas da doença.

O diagnóstico precoce tem como intenção identificar a doença antes mesmo de os sintomas se manifestarem para poder tratar o câncer desde o início, uma vez que, bem no começo, a possibilidade de cura é maior. É importante que a mulher conheça seu corpo e, sobretudo, as mamas, para que possa aprender a localizar pequenos nódulos que possam aparecer.

O ideal para o contexto brasileiro seria o fortalecimento das estratégias de diagnóstico precoce voltadas a agilizar a investigação diagnóstica em mulheres com sinais e sintomas iniciais da doença. Nas diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil, foram recomendadas três estratégias de diagnóstico precoce: estratégia de conscientização; protocolo de encaminhamento prioritário de casos

com sinais e sintomas suspeitos; e confirmação diagnóstica em um único serviço (MIGOWSKI, 2018; DOS-SANTOS-SILVA, 2018).

Com o foco em prevenção da saúde e detecção precoce da doença, parece ser mais simples normalizar e/ou normatizar condutas sociais do que transformar as condições incapacitantes da existência humana. A prevenção da saúde, segundo Caponi (2017), é uma vigilância de prováveis acontecimentos de enfermidades, anomalias, comportamentos desviados a serem minimizados, bem como de comportamentos saudáveis a serem maximizados que culmina na realização da promoção da saúde.

4.2.2 Promoção da saúde

Saúde é um direito humano fundamental reconhecido por todos os foros mundiais e em todas as sociedades. Como tal, a saúde se encontra em pé de igualdade com outros direitos garantidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948: liberdade, alimentação, educação, segurança, nacionalidade etc. A saúde é amplamente reconhecida como o maior e o melhor recurso para os desenvolvimentos social, econômico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida.

Saúde e qualidade de vida são dois temas estreitamente relacionados, fato que podemos reconhecer no nosso cotidiano, com o qual pesquisadores e cientistas concordam inteiramente. A saúde contribui para melhorar a qualidade de vida e esta é fundamental para que um indivíduo ou comunidade seja considerado saudável.

A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, estabeleceu uma série de princípios éticos e políticos, definindo os campos de ação. De acordo com o documento, promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo (OMS, 1996).

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos precisam saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o ambiente natural, político e social. A saúde é, portanto,

um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas.

A carta afirma que são recursos indispensáveis para ter saúde: paz, renda, habitação, educação, alimentação adequada, ambiente saudável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social, com toda a complexidade que implicam alguns desses conceitos. A promoção da saúde é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais, que se combinam de forma particular em cada sociedade, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis.

Promoção da saúde se caracteriza por uma intervenção ou um conjunto de ações que têm como meta ideal a eliminação permanente ou, pelo menos, busca atingir as suas causas básicas e não apenas evitar que as doenças se manifestem nos indivíduos ou nas coletividades. O conceito de promoção de saúde (WESRPHAL, 2012; COSTA, 2017) também se encontra vinculado às intervenções voltadas a determinantes, como eliminação da pobreza, reconhecimento dos direitos econômicos e sociais da população, justiça social e suporte social.

A Organização Mundial da Saúde (1996) destaca os seguintes princípios como norteadores da promoção de saúde: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações estratégicas e sustentabilidade. A concepção holística determina que as iniciativas de promoção fomentem a saúde física, mental, social e espiritual, e pressupõe a compreensão ampliada de saúde. A saúde é tomada como fenômeno produzido socialmente, cabendo ações de âmbito coletivo no cotidiano da população, extrapolando o campo específico da assistência médico-curativa. Esse princípio enfatiza a determinação social, econômica e ambiental, mais do que puramente biológica ou mental.

Wersphal (2012), ao citar Leavell e Clark (1965), diz que a promoção da saúde é uma ação de prevenção primária e pode se confundir com prevenção. Segundo os autores, da mesma forma que se corresponde a medidas gerais e educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos, estes mesmos indivíduos devem receber orientações para cuidar do ambiente para que este não favoreça o desenvolvimento de agentes propagandistas de doença.

A promoção da saúde vai além de um estilo de vida saudável e do bem-estar global, transformando a ideia, vigente até a década de 1970 (HEIDEMANN et al., 2014), de uma saúde focada nos determinantes biológicos e centralizada nas preocupações com a doença de indivíduos e populações, papel este das medidas de prevenção.

As estratégias da promoção da saúde são as que possibilitam desenvolver a autonomia e fortalecer processos políticos e sociais que permitam a transformação dos determinantes estruturais da saúde e da doença. A Promoção da Saúde consolida-se, especialmente, na integralidade da atenção à saúde e de maior participação da população.

De acordo com Pelicioni e Mialle (2019), a promoção da saúde é como um possível instrumento para a transformação social na ideia de ampliação do controle dos indivíduos sobre suas vidas e sua saúde. Esse controle se dá mediante a participação ativa e os processos de empoderamento de indivíduos e comunidades. O empoderamento e a participação social são destacados como princípios-chave, sendo a participação social efetiva e concreta estabelecida como objetivo essencial da promoção de saúde.

Essa participação exige consulta contínua, diálogo e troca de ideias entre os indivíduos e os grupos, tanto por parte da população envolvida como dos profissionais. Segundo Pelicioni e Mialle (2019), é de âmbito da promoção da saúde investir na formação de cidadãos e trabalhar para instituir espaços verdadeiramente democráticos, em especial no nível local, de modo a desenvolver políticas que partam dos problemas e necessidades de saúde identificados e que possam ser continuamente avaliadas e revisadas.

De acordo com Mendes et al. (2016), a promoção da saúde foi referida pelo sanitarista Henry Sigerist, em 1946, como uma das quatro funções da medicina, ao lado da prevenção de doenças, do tratamento e da reabilitação de doentes. Os autores também trazem a informação de que, nos anos de 1960, ganha destaque o preventivismo, do modelo da História Natural da Doença, de Leavell e Clark, que trouxe a discussão da doença como um processo e sua múltipla causalidade.

Mendes et al. (2016) ressaltam a promoção da saúde na prevenção primária, portanto, antes da instalação da doença no indivíduo. Daí a frequente discussão

sobre as aproximações e as distinções entre a prevenção de doenças e a promoção da saúde, pois, nessa perspectiva, mantem-se o foco sobre as doenças e não sobre os aspectos salutogênicos, de proteção à saúde, que caracterizam sua promoção. Ações de promoção da saúde devem pautar por uma concepção holística de saúde voltada para as múltiplas causas do processo saúde-doença (WESTPHAL, 2012).

Nessa mesma perspectiva, a disseminação de informação e a educação são bases para a tomada de decisão e componentes importantes da promoção de saúde, sem se configurarem como estratégias suficientes em si mesmas, particularmente em relação ao empoderamento. É preciso que as pessoas envolvidas passem de um estado de impotência internalizada perante as dificuldades em direção ao comportamento de decisão e ação frente as necessidades de saúde.

A promoção da saúde é um processo e indica um meio para atingir um fim, e não um fim em si mesmo (PELICIONI, MIALLE, 2019). O processo é caracterizado como participativo; não é algo feito para as pessoas, mas um espaço que se abre para que todos os seres comuns, profissionais de saúde, outros grupos e comunidades, capacitem-se para agir coletivamente, conscientizando-se sobre a ação dos determinantes sociais, culturais, econômicos, fortalecendo-se e aumentando o seu poder para se organizar e participar das decisões relacionadas ao seu enfrentamento, objetivando melhorar a vida individual e coletiva. É, na verdade, um amplo processo educativo.

A promoção da saúde envolve a capacitação das comunidades para que tenham maior controle e autonomia sobre sua vida e saúde. Assim, é preciso fomentar e implementar processos educativos que permitam a construção de conhecimentos sobre o território em que se reside (PELICIONI; MIALLE, 2019). Este é um dos primeiros passos para que a comunidade se aproprie desses locais e colabore com a criação de ambientes favoráveis à saúde.

Para Freire e Nogueira (2007), experiências em educação popular mostraram que o “aprender a aprender” ocorre a partir do conhecimento e das vivências que o indivíduo tem e do contexto em que está inserido. Dessa maneira, a educação, assim como a participação ou a promoção da saúde, não é algo dado, mas construído.

Não basta, porém, conhecer o funcionamento das doenças e eleger mecanismos para o seu controle, supondo haver apenas falta de conhecimento das informações técnicas adequadas. Percebe-se, ainda, que lidamos com temas complexos e singulares, relacionados com o contexto social, a cultura e com as subjetividades, cujas evidências científicas parecem não alcançar. Por exemplo, as ações contra o sedentarismo ou em favor de uma alimentação mais saudável na prevenção do câncer de mama poderiam, também, ser citadas com fins a focalizar a transformação dos comportamentos das mulheres.

Reforçam-se, assim, práticas que objetivam delegar cada vez mais aos sujeitos e grupos sociais específicos a tarefa de cuidarem de si mesmos. Isto poderia ser positivo apenas se não estivesse acompanhado de uma falta de responsabilidade do Estado na oferta das condições para esse cuidado e se considerasse, de fato, as escolhas dos sujeitos.

A cultura normativa própria dessa abordagem é ainda bastante expressiva no setor da saúde, onde tudo é sempre regulado por normas centralizadas e onde se estabelece o que deve ser feito e como deve ser feito, reforçando atitudes hierarquizadas e autoritárias, de responsabilização das pessoas na maneira de viver. Há uma elaboração das estratégias de culpabilização dos indivíduos pelos males que os acometem. Segundo Mendez et al. (2016), uma perigosa armadilha é a de transformarmos as pessoas em “objetos” de intervenção, retirando sua capacidade de refletir, de escolher, de decidir, de transformar, de analisar e até mesmo de discordar das “boas intenções” dos profissionais de saúde que estejam envolvidos. A promoção da saúde trata da passagem da passividade à atividade, da dependência à autonomia e da razão à emoção.

De acordo com Silva et al. (2013), a OMS propõe medidas voltadas para redirecionar os atuais sistemas de saúde, com ações que integram a promoção da saúde e a prevenção primária. Com base em experiências comunitárias bem-sucedidas, recomendações têm sido propostas para o desenvolvimento de futuros projetos, destacando-se a participação ativa da comunidade, a compreensão de suas necessidades e prioridades, a colaboração dos indivíduos, principalmente dos líderes e das organizações comunitárias, a importância do envolvimento dos

serviços de saúde locais e a implementação de políticas nacionais que auxiliem escolhas saudáveis.

O objetivo fundamental da promoção da saúde é a ativação de ações significativas, programas que de fato resultem em fortalecimento dos sujeitos e das coletividades, para passar da passividade para a atividade. Significa, também, ampliar a autonomia e o poder dos indivíduos envolvidos; significa, ainda, criar e recriar sentidos e significados acerca das práticas e dar espaços para as incertezas, para a experiência, para novos começos.

Contrariamente às medidas preventivas que normatizam os estilos de vida, a promoção da saúde tem como objetivo transformar os indivíduos em objetos de intervenção com base na construção de sua autonomia, na cidadania, vinculados aos processos de subjetivação e atribuição de significados e sentidos para experiências vividas e a um trabalho contínuo em todas as etapas do processo saúde-doença para a construção ou reconstrução dos indivíduos.

A promoção da saúde está relacionada com as pessoas e é um conceito amplo que, para ser inserido na prática, necessita do envolvimento de todos os setores da sociedade. Já a prevenção tem a ver com a ocorrência da doença, é um conceito mais centrado, o qual antecipa uma ação para evitar que algo funcione e reduzir o risco de adoecer. Da mesma maneira que se promove saúde, é necessário que se previna a doença.

Promoção da saúde implica potencializar o sujeito e sua singularidade, alterando seu campo de conhecimento e das práticas em saúde. Promover saúde requer adotar um comportamento autônomo frente as informações preventivas da doença. Esse processo, além de depender do acesso do indivíduo às informações, depende da sua capacidade de utilizar esse conhecimento como um exercício crítico.

O indivíduo autônomo é um indivíduo do conhecimento e da reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo. Isto porque a autonomia depende da capacidade do indivíduo de agir sobre esse mundo, de interferir sobre sua rede de dependências. Autonomia é a capacidade do indivíduo de lidar com o sistema de poder, de operar com conflitos e de estabelecer compromissos e contratos com outros indivíduos para criar bem-estar em contextos mais democráticos.

Conceitua-se a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade visando à sua qualidade de vida por meio de uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde e vai além de um estilo de vida saudável, na direção do bem-estar global.

A responsabilidade pela promoção da saúde compartilha-se entre indivíduos, comunidade, grupos, instituições que prestam serviços de saúde, governos e profissionais da saúde de todas as áreas. Entretanto, as propostas de estudos norteadores para tal promoção, na adoção de modelos e teorias que fundamentem essas experiências, ainda são retraídas, conferindo um grau limitado no planejamento, na execução e na avaliação dessas ações.

O termo saúde é visto sob os aspectos individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar, desenvolvendo capacidades durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano, levando em consideração idade, raça e cultura, numa perspectiva holística. O ambiente é o resultado das relações entre indivíduo e seu acesso aos recursos de saúde, sociais e econômicos, considerando que essa relação proporciona um ambiente saudável.

A promoção da saúde é vista como um processo de capacitação da comunidade, visando à melhoria de suas condições de vida e de saúde, e incluindo sua maior participação no controle desse processo. Para isso, os indivíduos e os grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer as necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Por isso, torna-se necessário a combinação de ações das políticas públicas de saúde em conjunto com as ações da comunidade e dos próprios indivíduos, visando ao desenvolvimento de suas habilidades e de suas intervenções para as ações conjuntas.

Buss (2017) vai dizer que a promoção da saúde se apresenta como uma estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais com responsabilidade social pela saúde, o que inclui uma participação mais efetiva da população, desde a sua formulação até sua implementação. Promover saúde implica envolvimento da população com interesse em saúde e de

atores na esfera social e política, com vistas a uma qualidade de vida e contribuição para o desenvolvimento do potencial de saúde de indivíduos e comunidade.

De acordo com Czeresnia (2017), um dos pilares da promoção da saúde é o fortalecimento da autonomia dos indivíduos e dos grupos sociais, com a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, delegando aos sujeitos, com o desenvolvimento do processo, a tarefa de cuidarem de si mesmos.

A ideia de promoção envolve o fortalecimento da capacidade do indivíduo e do coletivo, indo além de uma aplicação técnica, visto que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle, mas precisa-se respeitar e fortalecer a saúde por meio da capacidade de escolha de cada indivíduo e as diferenças e singularidades dos fenômenos. Buscar saúde requer dar qualidade à existência humana.

Promover saúde envolve escolha e isso não é do campo do conhecimento, mas envolve valores e crenças, considerando as diferenças, as subjetividades e as singularidades dos acontecimentos, sejam eles individuais ou coletivos. Promoção da saúde procura integrar as técnicas científicas e populares, bem como recursos comunitários, públicos e privados, para melhor enfrentar e resolver os problemas de saúde.

A saúde se promove proporcionando condições de vida adequadas, boas condições de trabalho, educação, cultura, assim como formas de lazer. As medidas adotadas para a promoção da saúde não se dirigem à determinada doença, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar. Trata-se de um enfoque centrado no indivíduo, projetando-se para a família e a comunidade.

A promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando em seus estilos de vida no seio da família, comunidade e ambientes culturais em que se encontram esses indivíduos. Essas atividades se concentram em componentes educativos relacionados inicialmente com os riscos comportamentais, cujo responsável é o indivíduo, de modo a proporcionar condições de bem-estar e favorecer o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde. Promover saúde vai de encontro ao assistencialismo pregado e realizado nos últimos anos em nosso país.

Uma perigosa armadilha é a transformação dos sujeitos em objetos de intervenção, retirando sua capacidade de refletir, de escolher, de decidir, de transformar, de analisar e até mesmo de discordar das boas intenções dos profissionais da saúde. Discutir de forma crítica a informação para a mudança de comportamento (SILVA et al., 2013) traz a necessidade de refletir sobre os processos de comunicação e educação que permeiam e são recursos das práticas em saúde.

Adotar como objetivo fundamental da promoção da saúde a ativação da potência de ação significa construir iniciativas, programas ou projetos que, de fato, resultem em fortalecimento dos sujeitos e das coletividades para que se passe da passividade para a atividade, pelo desejo de ser livre e de ser feliz. Significa, também, ampliar a autonomia e o poder da população e do coletivo, a partir do desenvolvimento de métodos e técnicas de trabalho. Significa, ainda, criar e recriar sentidos e significados acerca de práticas e, sobretudo, dar espaços para as incertezas, para a experiência, para novos começos.

No contexto vivido nas sociedades pautadas pelo sistema produtivo, a doença ganha um contorno particular e reivindica a produção de respostas preventivas e reativas. A doença, tomada enquanto ameaça à vida, aponta para a morte. Lefevre (2007) coloca que o não morrer biológico se soma ao não morrer social; trata-se de um traço muito característico das formações sociais contemporâneas, que consiste em evitar a todo custo estar doente. Estar doente significa, nessa lógica, não pertencer, estar fora da dinâmica social. Para o autor, o sistema produtivo de saúde apresenta uma interface de produção preventiva, na qual são oferecidos mercadorias e serviços de saúde para ampliar ainda mais o grau de saúde, mesmo para aqueles sujeitos aparentemente já saudáveis.

Lefevre (2007) considera que, nessa perspectiva, são colocadas duas possibilidades de abordagem. Por um lado, a perspectiva conservadora, sob a qual a doença será tomada como uma constante, uma fatalidade, e deve ser enfrentada por meio da tecnologia, controlando, minimizando e evitando sua manifestação, tanto nas esferas individuais quanto na coletiva. Por outro lado, ele fala de uma possibilidade dialética, em que a abordagem tecnológica pode coexistir com a busca

das suas causas e com o enfrentamento destas para que doenças venham a cessar pelo desaparecimento de suas causas.

Nessa lógica, a promoção de saúde pressupõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, nem à prestação de serviços clínico-assistenciais, mas que seja capaz de atuar sobre as condições de vida da população, a partir de ações intersetoriais envolvendo a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde.

Como aponta Castiel (2004), os conceitos em torno da promoção de saúde acabaram por sofrer impactos ou deturpações de interpretações. Eles são muito frequentemente usados para descrever atividades específicas dirigidas a metas particulares, com forte ênfase na gestão racional da saúde das populações. A maior ênfase de promover a saúde está em estimular a saúde positiva, prevenir doenças mais do que tratá-las, desenvolver indicadores de desempenho com base em objetivos específicos, usar a mídia para colocar no mercado comportamentos e atitudes (estilos de vida) saudáveis, focar no trabalho com comunidades em estímulo à respectiva participação nas proposições, com vistas a desenvolver ambientes saudáveis e, também, diminuir os crescentes gastos na assistência à saúde.

Por sua vez, o respectivo controle dos riscos relacionados com o estilo de vida tende a reduzir a promoção de saúde como algo ligado à esfera privada, da responsabilidade dos indivíduos, colocada em termos de escolhas comportamentais. O alcance limitado de tal enfoque pode levar à culpabilização dos atores envolvidos nesse processo, ao considerá-los exclusivos responsáveis pela saúde. Desse modo, as determinações sociopolíticas e econômicas ficam desatreladas, mascaradas; os governos e os formuladores de políticas permanecem isentos enquanto o ônus pela situação de saúde recai sobre os indivíduos.

Não estamos considerando que abordagens que preconizam mudanças de hábitos e comportamentos não tragam benefícios e efeitos positivos à saúde das pessoas que eventualmente conseguem alterar seus padrões de exposição aos riscos. Devemos, contudo, reconhecer que medidas que caminham nessa direção trazem resultados muito aquém daqueles esperados. Há algo que resiste a

corresponder aos objetivos dos programas de monitoramento de fatores de risco comportamental.

Castiel (2004) salienta que a promoção de saúde adota uma gama de estratégias políticas que abrangem desde posturas conservadoras até perspectivas críticas ditas radicais ou libertárias. Em uma perspectiva conservadora, as estratégias de promoção de saúde desejam direcionar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde, reduzindo, assim, o peso financeiro na assistência de saúde. Sob uma perspectiva reformista, a promoção da saúde atua como estratégias que pretendem desencadear mudanças na relação entre cidadãos e o Estado, pela ênfase em políticas públicas e ação intersetorial, e ainda pode constituir-se sob uma perspectiva libertária, que busca mudanças sociais mais profundas.

Os enfoques conservadores ou libertários atrelados à promoção de saúde estão centrados em determinada perspectiva construída a partir dos valores culturais vigentes em determinado grupo cultural, acerca do que deve ser uma boa sociedade. A boa sociedade pode ser concebida de maneiras diferentes, conforme distintas vias filosóficas e sociopolíticas, da mesma maneira que o ser humano ideal pode ser definido a partir de variadas óticas.

Nas perspectivas mais conservadoras, a sociedade ideal está pautada por ser, por um lado, produtiva, competitiva e consumidora no mundo das economias globalizadas, com suas inevitáveis tensões e geração de comportamentos compulsivos, atuando sobre a saúde das pessoas e, por outro lado, ser comedida em seus estilos de vida, procurando buscar suportes sociais para compensar a solidão produzida pela hipervalorização do individualismo que marca as relações nas sociedades ocidentais contemporâneas.

Entre as estratégias de promoção em saúde concebidas sob uma perspectiva conservadora, prevalecem as abordagens de caráter médico-preventivo, uma abordagem educacional dos comportamentos em saúde com o emprego de modelos instrumentais, operativos de natureza prescritiva, com vistas a intervenções. Desse modo, estabelecem-se vínculos entre atitudes e comportamentos e situações de risco ou proteção à saúde, adotando-se uma configuração causal, que tem como pano de fundo o estabelecimento de modelos de saúde ideais. Nesse molde, entre

os papéis atribuídos ao profissional de saúde está o de levar informações e/ou conhecimentos científicos, tomados como essenciais para atingir o desenvolvimento humano, o progresso e a sustentação da ordem social.

Os modelos comportamentais de caráter conservador defendem que o empoderamento psicológico e a capacitação dos indivíduos podem ser obtidos por meio da exposição a informações. Nessa lógica, acredita-se que uma vez que estejam diante de um conhecimento científico, os atores envolvidos possam – e devam – fazer escolhas conscientes, pautadas pelo domínio da razão, em uma clara visão positivista.

Mas é possível pensarmos na promoção de saúde a partir de uma perspectiva libertária. Nesse foco, a atenção em saúde desloca-se do enfoque biológico, e as formas de interpretar as necessidades e implantar as ações configuram-se de modo contextual, histórico, coletivo, amplo. Desistimos da ideia de meramente controlar os fatores de risco e comportamentos individuais, voltando-nos à ação política, direcionada ao coletivo.

O deslocamento da responsabilização individual pela promoção de saúde em direção à mobilização pelo estabelecimento de políticas públicas favoráveis à saúde, criação de ambientes propícios, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços sanitários tornam-se, então, uma prerrogativa, mas nem sempre facilmente alcançável.

A promoção da saúde vai além de meras informações sobre como “controlar” uma condição de saúde. Por isso, a criação de ações para o autocuidado requer a instauração de um processo de conhecimento necessário para o desenvolvimento de um trabalho educativo com as pessoas envolvidas na busca de oportunizar uma melhor qualidade de vida.

São ações sobre os determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Refere-se também a uma combinação de ações de políticas públicas e a criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. A promoção da saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social por meio da divulgação de informações, educação em saúde e intensificação das habilidades primordiais, tendo no usuário a centralidade da educação em busca de autonomia.

O foco da educação em saúde precisa estar voltado para a população e para a ação, de forma que seus objetivos encorajem as pessoas a adotar e manter padrões de vida saudáveis. Consiste em usar, de forma crítica e cuidadosa, os serviços de saúde colocados à sua disposição e tomar suas próprias decisões, tanto individual quanto coletivas, visando à melhoria das suas condições de saúde. O desafio em promover saúde está, em promover qualidade de vida, e reduzir vulnerabilidades com a participação da comunidade e valorizar a promoção, informação e educação em saúde.

4.3 Comunicação e informação

A comunicação é a matriz em que estão cravadas todas as atividades humanas. Ela é vista como uma prática que define aspectos físicos, intrapessoais, interpessoais e culturais dos acontecimentos. A dinâmica interativa entre os indivíduos que, diante uns dos outros, percebem seus próprios atos, recebem impressões, modificam/moldam ações e retêm informações para ações futuras.

Bateson e Ruesch (1988, p. 11) definem comunicação da seguinte forma: “[...] se refere somente à transmissão verbal, explícita e intencional de uma mensagem”, mas “inclui todos os processos através dos quais as pessoas se influem mutuamente”.

O interesse pela comunicação relaciona-se à busca pela compreensão das relações humanas, já que ela vincula e define as relações entre os indivíduos dentro de uma situação social. As relações são vistas como o processo de receber mensagens, interpretá-las e retorná-las – sob a forma de metamensagens, uma mensagem acerca de outra mensagem como elemento essencial ao sentido de qualquer mensagem.

Para Bateson (1965), o sistema e a circularidade consiste na comunicação humana nos termos de uma estrutura que possa ligar os seres vivos entre si, a natureza e o pensamento, a comunicação e a antropologia. Na perspectiva de Bateson (1965), a comunicação encontra-se na elaboração de toda e qualquer epistemologia. A ciência do saber apoia-se, e somente pode se desenvolver, com base numa observação e a partir de uma junção de informações.

Ao longo de três décadas, Bateson (1965) tornou-se o fundador crítico de uma nova maneira de encarar as relações entre comunicação e antropologia. Com uma forma inovadora de repensar a comunicação humana, ao lado de colegas psiquiatras e antropólogos, não somente delineou os parâmetros de uma nova comunicação, mas soube criar os alicerces de uma “*antropologia da comunicação*” e de uma “*epistemologia da comunicação*”. Essa nova comunicação veio dar origem à abordagem interdisciplinar. A interação apresenta-se básica à interdisciplinaridade, à circularidade da comunicação, os círculos retroativos e verifica-se nos comportamentos, nas informações, nas situações, nos acontecimentos.

O sistema de saúde é uma estrutura caracterizada pela multidimensionalidade das questões envolvidas em sua inter-relação com os demais setores da sociedade, o que causa impacto direto ou indireto no processo saúde-enfermidade. Esse impacto sofre e provoca transformações no contexto das dimensões ética, epidemiológica, educacional, econômica e política e psico-sócio-cultural em saúde.

Assim, o Princípio do Círculo Retroativo baseia-se na ideia de recursividade, quando os efeitos retroagem sobre as causas e as realimentam. Trata-se da evolução da causalidade linear (causa e efeito) para uma relação não linear, que circula entre causa e efeito.

Isso acontece muito no cotidiano dos profissionais de saúde quando suas atividades estão focadas na cura da doença, deixando de lado a prevenção e a promoção da saúde. Então, é interpretar essa assistência como um movimento no qual as pessoas entram e são atendidas no alto de sua doença, mas não são acompanhadas até que consigam retomar o equilíbrio do processo de saúde-doença e, dessa forma, o cuidado acaba se concentrando apenas na assistência imediata, não desenvolvendo o movimento circular.

O que parece é que sempre se estará em uma roda gigante na busca da saúde. Pode ser que, enquanto se direcionar a assistência somente na cura das doenças, não focando na prevenção e na promoção da saúde, as pessoas sempre necessitarão da cura e, infelizmente, podem não ser indivíduos independentes em relação a seu processo de saúde-doença.

O Princípio do Círculo Recursivo traz a ideia de que os seres vivos produzem, eles próprios, os elementos que os constituem e se auto-organizam por meio desse

processo, o que faz superar a noção de regulação para a de autoprodução e auto-organização (ARRUDA, 2015). De acordo com Cabral et al. (2020), o círculo retroativo de que Bateson (1965) defende foi citado como o rompimento da causalidade linear, permitindo o conhecimento dos processos autorreguladores em que a causa age sobre o efeito e o efeito age sobre a causa. Dessa forma, os processos reguladores são permitidos por inúmeras retroações. Pode-se refletir a saúde de uma pessoa como um conjunto de processos reguladores baseados em múltiplas retroações internas (organismo do indivíduo) e externas (contexto), saindo da ótica da causa e do efeito. Por isso, o estado de saúde ou doença de uma pessoa tem influência do balanço negativo ou positivo da autorregulação.

Cabral et al. (2020, p. 7) citam também o círculo recursivo e relatam que, segundo Bateson, “os efeitos de um evento são, ao mesmo tempo, causadores e produtores do próprio processo em um ciclo”. Esse princípio ultrapassa a noção de regulação com as de autoprodução e autorregulação, cujos efeitos e produtos são necessários à sua própria reação e à sua própria produção. Assim, de acordo com os autores, em um sistema social, os indivíduos produzem a sociedade, que produz os indivíduos.

Na saúde, essa ideia exige ultrapassar o olhar sobre causa e efeito para compreender que a saúde ou a doença são consequências de um movimento de vai e vem, em que tudo o que é produzido se volta sobre o que se produz, em um ciclo no qual ele mesmo é autoconstrutivo, auto-organizador e autoprodutor (CABRAL et al., 2020).

A necessidade de um esforço suplementar de cada uma das áreas, complementares, em ordem a uma comunicação eficaz e eficiente, impõem-se dentro de cada grupo devido às características dos seus discursos técnicos e científicos, particulares a cada uma, na maior parte das vezes também difíceis de decodificar pelos públicos a quem se dirigem.

A questão é levantada pela necessidade da existência de códigos comuns aos elementos de um mesmo projeto, quando oriundos de distintas áreas de especialização. Há que estar atento à grande necessidade, cada vez mais presente ao longo de todo o processo, no sentido de um esforço a ser feito pelos técnicos e especialistas, pelo tecnicismo da linguagem registrada dos discursos apresentados

em relação aos parceiros de distintas áreas, numa necessidade de partilha de informação e intercâmbio, cada um com linguagens e discursos próprios, o que se traduz em barreiras muitas vezes difíceis de serem transpostas.

Um fator que tem a ver com a visão de Bateson (1965) sobre o *modus operandi* da cultura e a formulação de um “modelo circular” para representar a relação entre o indivíduo e a sociedade é o que ele chamou de pensamento sistêmico. Para ele, segundo Pauzé e Winkin (1996; 1981), haveria uma retroalimentação contínua na relação entre indivíduo e sociedade.

Bateson (1965) elegeu a comunicação como o ponto central de suas pesquisas e esta, por sua vez, é a relação da construção do conhecimento, assim como da construção da própria realidade. Quando falamos em construção da realidade ou na existência, ou não, de uma realidade independente do observador e na intersubjetividade, estaremos sempre evocando, mesmo que de forma indireta, a comunicação.

Bateson instrumentalizou a compreensão do processo de construção da realidade e um exemplo disto é a ideia de que a realidade depende do “contexto” em que o observador está inserido. Não é apenas uma construção de significado feita pelo indivíduo, por meio de sua interpretação da realidade, mas do processo de ação indutor característico de cada “contexto”, na construção da realidade.

Segundo Mateus (2015), toda percepção de um indivíduo de qualquer evento exterior depende de uma tradução interior deste evento. O autor afirma que, para Bateson (1965), desde o momento em que o indivíduo capta as sensações visuais, sonoras e táteis do mundo exterior, até que cada uma destas sensações atinja uma forma definida, como significação, elas passam por uma série de transformações.

Se a mudança comportamental ocorrer, a identidade da pessoa pode ser colocada em causa, a sua percepção de si mesmo pode ser confrontada entre aquilo que se quer ser e aquilo que continuamos a ser. Pode, por conseguinte, levar a uma situação de *double bind* (“duplo vínculo”) profunda e, portanto, a um comportamento patológico.

Bateson (1965) instrumentalizou a compreensão do processo de construção da realidade e um exemplo disto é a ideia que a realidade depende do “contexto” em que o observador está inserido. Não é apenas uma construção de significado feita

pelo indivíduo, por meio de sua interpretação da realidade, mas do processo de ação indutor característico de cada “contexto”, na construção da realidade. Como os autores Bateson e Ruesch (1988, p. 197) afirmam: “[...] nunca poderemos ter certeza se estamos nos referindo ao mundo tal como ele é ou tal como o vemos”.

O conceito que o homem detém do mundo é adquirido através da interação social e da comunicação. Esses aspectos adquiridos são os alicerces sobre os quais repousa a futura organização daquilo que o rodeia. É imprescindível considerar o indivíduo no contexto de uma situação social. As palavras e as ações não têm sentido ou significado se estiverem alienadas de um contexto. É o contexto que fixa o significado.

No caso da cultura, Bateson olhou para a troca de informações e para o sistema de codificação humana como indissociável dos valores e das crenças. Os três métodos de codificação estariam sempre ligados aos valores culturais e às crenças, os quais, por sua vez, são forjados nos contextos em que os aprendemos, e além: aprendemos a aprender. Os valores culturais e as crenças têm, portanto, uma importância fundamental na construção da noção de realidade. A concepção de educação é um processo que envolve ação-reflexão-ação, capacitando as pessoas a aprenderem.

Nós agimos em função da percepção que temos das coisas. Assim, o desenrolar de uma relação entre duas pessoas não depende somente da cadeia de eventos que constrói a interação, mas, também, do modo como os indivíduos envolvidos veem e interpretam estes eventos. Segundo Bateson (1965), a percepção dos eventos depende da crença e das pressuposições que temos sobre nós mesmos e sobre o mundo ao redor. Essas pressuposições estarão limitadas em relação aos contextos nos quais nós temos aprendido a aprender.

As nossas crenças influenciam a ideia que temos do mundo e de nós mesmos e definem a forma como avaliamos e deciframos a realidade. Desse modo, os valores culturais em que acreditamos determinam aquilo que nos orienta a dizer: isto é real ou não é real. A esse sistema de codificação, em que se juntam valores culturais e crenças, Bateson (1965) chamou de “sistema de codificação-avaliação”. É por meio deste que nós codificamos, deciframos e avaliamos o mundo e damos *status* de realidade a ele, utilizando os métodos de codificação citados, aliados à

base de valores culturais adquiridos na convivência com o nosso grupo cultural e o contexto em que aprendemos a aprender.

Sobre interconexão, Bateson (1965) enfatiza a circularidade dos circuitos fechados e apresenta a sua concepção aprofundada de *feedback*: “Quando os fenômenos do universo são tidos como vinculados por causa-e-efeito e pela transferência de energia, a figura resultante é ramificada de forma complexa e interconectada por cadeias de causalidade” (BATESON, 2000¹, p. 409 *apud* MELLO; RIBEIRO, 2016). Partindo dessa ideia, um evento que ocorre num ponto aleatório repercute em todos os outros pontos do circuito. Aplicando esse princípio ao contexto de educação em saúde, é admissível supor que a interação que se processa entre, pelo menos, dois indivíduos reflitam nas relações com os demais membros da comunidade, criando uma sequência interativa interligada.

De acordo com Cabral (2020), o princípio sistêmico mostra que não se pode ter uma visão de uma forma fracionada, mas sim um movimento em que todos os serviços que integram a saúde formam o todo, e que em cada uma delas existe uma inter-relação que chega ao todo, e este é formado por várias partes.

Para que a promoção da saúde efetivamente ocorra com a instrumentalização da educação em saúde, além da compreensão da temática, dos conceitos e dos aspectos que ela abrange, é imprescindível a associação dessa prática à comunicação. Diferenças de ordem sociocultural e o desenvolvimento cognitivo e intelectual dos diversos atores sociais influenciam na comunicação.

A comunicação se constitui em um instrumento imprescindível na prática dos trabalhadores de saúde. De acordo com Marinus e Lavor (2014), uma parcela significativa dos profissionais de saúde é apenas um instrumento para o diagnóstico. Faz-se necessário, segundo o estudo desses autores, estimular a percepção das necessidades de saúde dos sujeitos assistidos, o que implica reconhecer seus conhecimentos, saberes e crenças.

As questões que dificultam a comunicação dialógica entre os trabalhadores de saúde e os usuários estão presentes também na própria compreensão daquilo que ambos os atores entendem por comunicação. A abordagem da comunicação como processo dialógico entre trabalhadores de saúde e usuários para práticas de

¹ BATESON, G. **Steps to an ecology of mind**. Chicago: University of Chicago Press, 2000.

promoção à saúde com maior efetividade. A transformação da comunicação em instrumento necessário à assistência em saúde é um desafio a ser respondido a partir das demandas dos usuários, do intercâmbio e da relação com outros profissionais, visando a um cuidado integral.

Diversos modelos comunicativos têm sido vivenciados nas práticas em saúde, vinculados a ações de imposição, informação e educação, de acordo com os modelos assistenciais em saúde. Críticas são feitas ao modelo de comunicação monológico, que ainda se faz presente nas práticas de educação em saúde e se caracteriza por princípios verticalizados de intervenção, nos quais se acredita que a transmissão de uma informação correta e científica é suficiente para a transformação dos comportamentos dos usuários. Acredita-se (MARINUS, LAVOR, 2014), ainda, que o coletivo dos usuários é vazio de conhecimentos, cabendo à educação em saúde preenchê-lo.

Esse sistema comunicativo configura o modelo unilinear ou monológico, no qual os diversos fenômenos de vida, saúde e doença, de natureza multidimensional, são reduzidos a aspectos meramente biológicos e resultam em práticas que desconsideram a história, a cultura e toda a complexidade do ser humano.

A comunicação deve ser trabalhada entre todos os atores envolvidos, de forma franca e objetiva, visando à criação de vínculos por meio de uma escuta empática. É bom que a comunicação não se restrinja a momentos formais, como as reuniões de equipe ou as consultas, mas que envolva todos os momentos de encontro entre os interlocutores. Outra potencialidade advinda da comunicação é a possibilidade de fornecer informações à equipe sobre os problemas mais frequentes da comunidade, como forma de subsidiar ações diagnósticas, intervenções e demais estratégias necessárias para a solução dos problemas.

De acordo com Mendonça e Simões (2012), Bateson (2000²) propõe a adoção da ideia de enquadre para refletir sobre a comunicação entre terapeuta e paciente no contexto da psicoterapia. Trata-se de um conceito psicológico que oferece instruções para que o interlocutor perceba que mensagens estão incluídas e/ou excluídas em determinada situação.

² BATESON, G. "A theory of play and fantasy", in: BATESON, G. **Steps to an ecology of mind**. Chicago, University of Chicago Press, 2000.

Para Bateson, segundo Mendonça e Simões (2012), todo enquadre é metacomunicativo e toda metacomunicação define um enquadre. Isso significa que todo enquadramento permite indicar o tipo e a natureza da interação entre os interlocutores em determinada situação. Ao mesmo tempo, toda mensagem que faça referência à natureza da relação entre os sujeitos delimita um enquadre que permite compreender a situação ali vivida, assim como as regras implícitas que orientam as ações dos sujeitos.

Ainda que essa discussão sobre os enquadramentos tenha sido desenvolvida para refletir sobre fenômenos particulares da psicoterapia, ela pode ser apropriada para analisar outros processos comunicativos. Em todo tipo de interação comunicacional, expressam-se conteúdos, ao mesmo tempo em que se tematizam a própria linguagem e a relação entre os interlocutores. Essa definição situacional pragmaticamente elaborada ao longo da interação indica aos sujeitos como devem agir. Os sujeitos devem estar atentos aos sinais que delimitam ou contextualizam os enquadres, a fim de fornecer uma resposta adequada à situação presente e melhor corroborar a construção da comunicação em curso (MENDONÇA E SIMÕES, 2012). O enquadramento possibilita identificar as regras e as instruções que orientam determinada situação e o envolvimento dos atores nela.

É importante salientar que as situações não são inventadas pelos sujeitos, mas mobilizados na interação comunicativa, dependendo, pois, da existência de sentidos partilhados. Embora Bateson (1965) não enfoque a ideia de cultura nesse trabalho específico, seu conceito implica a existência de uma intersubjetividade básica que permite o compartilhamento do enquadre e a definição da situação. É a atualização situacional de um conhecimento comum que permite que os sujeitos operem com um conjunto de regras e normas guiando suas ações.

Abordar o que se estabelece entre os saberes populares e o universo do conhecimento científico dos serviços de saúde enfatiza a relevância da cultura para o entendimento e a compreensão do usuário, de forma que os diferentes modelos de atuação que se manifestam no momento da consulta ou do contato com o serviço tenham como orientação primordial uma negociação entre as partes, cada uma usando os seus argumentos para alcançar um consenso possível. Assim, para que o sucesso desejado seja atingido, além dos modelos explanatórios tornarem-se ao

menos parcialmente manifestos, também deve haver uma postura receptiva à negociação entre as partes, estabelecendo a comunicação dialógica.

Nesse campo, em contraposição ao modelo monológico, verifica-se a necessidade de implementação de outro modelo comunicativo. Esse processo, conduzido pelo diálogo, pela reflexão e pela articulação de saberes, conduz à educação popular em saúde proposta por Paulo Freire. Centrada no ser humano como um ser consciente, capaz de compreender, crítico, autônomo, livre, transformador, que cria e recria, conhece e está aberto à realidade. A perspectiva freiriana envolve um ser que não está só no mundo, mas em relação com o mundo e com outros seres humanos.

Para a utilização de uma abordagem dialógica, é necessário que o profissional possa romper com padrões comportamentais autoritários, reconhecendo que o educador também precisa estar aberto ao outro, para, assim, construir um novo conhecimento, ou seja, “o educador não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado” (FREIRE, 2016). O princípio dialógico demonstra a importância de conviver com a diversidade de ideias e situações, embora algumas vezes sejam antagônicas.

O princípio dialógico, de acordo com Cabral et al. (2020), em nível de ideias, situações, ambientes ou características que, mesmo sendo antagônicas, possuem interdependência e que, mesmo reciprocamente excludentes, são complementares e correspondem à eliminação da dificuldade de discordâncias entre os antagônicos, uma vez que os antagônicos são necessários.

Esse princípio permite manter a dualidade na unidade, associa dois termos, ao mesmo tempo complementares e antagônicos, assumindo racionalmente a separação de noções contraditórias para conceber um mesmo entendimento. Esse princípio permite observar como o sistema lida com os conflitos, as incertezas e as instabilidades do indivíduo e dos profissionais de saúde, bem como da estrutura organizacional, de políticas públicas e condições socioeconômicas. No entanto, essa relação dialógica de instabilidade/estabilidade do sistema é necessária para alcançar sua organização e, conseqüentemente, um atendimento integral à saúde (CABRAL et al., 2020).

Diante dessas novas concepções em saúde, os trabalhadores de saúde precisam se apropriar de tecnologias, conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais se situam as práticas da educação em saúde. Entretanto, para que os processos comunicativos em saúde se deem de forma transformadora, a formação dos trabalhadores da área deve ultrapassar a simples aquisição de técnicas e instrumentos rígidos que possam ser utilizados de forma generalizada em suas ações educativas.

De acordo com Trajano et al. (2020), na atualidade, compreende-se que a saúde é determinada por aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos; assim, há que se considerar não apenas a ausência de doenças, mas um estado cujos condicionantes e determinantes sociais podem interferir positiva ou negativamente na saúde das populações.

De acordo com Pelicioni e Mialhe (2019), fica claro que persiste o desafio de propiciar experiências formativas também nos processos de educação permanente nos cenários de assistência à saúde, de forma a produzir o compartilhamento de saberes que conduzam à compreensão e ao entendimento entre os vários interlocutores envolvidos. Envolve muito mais do que informações ou conhecimentos objetivos, como experiências, saberes, afetos, memórias, lutas, expectativas e relações.

Por meio de alguns princípios da educação problematizadora, que por natureza é dialética, o diálogo gera a problematização da realidade com a finalidade de intervenção no mundo real. O diálogo oferece a possibilidade de uma escuta atenta das necessidades do outro e a construção compartilhada de conhecimento por aquele que detém a teoria técnica com aquele que traz seu conhecimento e sua realidade de vida, a qual não deve, em momento algum, ser desvalorizada ou diminuída.

Essa interação favorece uma educação em saúde de forma horizontal e interligada ao contexto de vida do sujeito. O conhecimento proporciona o empoderamento de mulheres que antes se sentiam à margem, ratifica a visão de Freire (2005) que se preocupava com que os mais fragilizados compreendessem sua localização nesta sociedade e promovessem uma postura crítica, tendo o diálogo como elo principal na construção de um saber coletivo que educa, valoriza,

empodera e imprime uma nova visão da trajetória de vida da pessoa. Quando pensamos em educação em saúde, pensamos na necessidade, por parte dos profissionais de saúde, de uma mudança no processo de construção da relação com o usuário, exigindo novas práticas de saúde.

O conhecimento e o acesso às informações são imprescindíveis para a realização de escolhas, incluindo práticas de empoderamento, atendendo a estratégias básicas para a promoção da saúde, consideradas como tecnologia educacional inovadora para o cuidado (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010). É por meio do empoderamento que a promoção da saúde procura possibilitar aos indivíduos e aos coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades.

Na área da saúde, temos uma longa tradição de produção de materiais, porém, as demais dimensões do circuito social da comunicação não obtêm ainda a mesma atenção, embora mereçam, porque tão importante quanto garantir que as informações estejam disponíveis é compreender que a comunicação só se cumprirá plenamente quando essas informações forem apropriadas, tornadas próprias, pelas pessoas e pelo coletivo.

A comunicação ainda é vista principalmente por sua face instrumental, ou seja, o manejo de um conjunto de técnicas e tecnologias envolvidas na transmissão de informações (PELICIONI, MIALHE, 2019). Em geral, são informações produzidas ou selecionadas pelas autoridades sanitárias, a partir de um diagnóstico de problemas de saúde a serem enfrentados.

Contudo, comunicar é muito mais do que falar-ouvir ou compartilhar a mesma língua: sem medo de errar, comunicar é dada pela capacidade de contextualizar. As palavras e as ações adquirem sentido sempre em contextos específicos, mas se os contextos constituem as possibilidades de comunicação também são continuamente transformados por qualquer texto falado, escrito, televisionado, entre outros.

A comunicação em saúde pode ser vista como uma relação de troca de ideias ou mensagens que, quando bem-sucedida, promove um contato entre o pensamento científico e o pensamento do senso comum, afetando a ambos e fazendo avançar a consciência coletiva sobre as questões de saúde e doença em

uma dada formação sociocultural (LEFEVRE, 2010). Para que isto ocorra, é preciso considerar os significados em saúde e as doenças existentes nas formações socioculturais. É preciso que o sistema de ideias constitua o modo de pensar saúde e doença próprio do grupo ao qual o indivíduo pertence.

Lefevre (2010) vai dizer que a comunicação definida como contato ou contato bem-sucedido é sempre uma ação que acontece num contexto ou quadro social ou psicossocial; tais contextos se definem, entre outros atributos, por apresentarem uma linguagem de representações sociais que os indivíduos acessam para estabelecerem contatos uns com os outros.

Assim, é possível dizer que indivíduos que vivem num mesmo contexto social pensam de modo semelhante, porque compartilham das mesmas representações ou de representações diferentes, mas que conversam entre si.

A saúde relaciona-se com a maneira pela qual os sujeitos de uma sociedade interagem com os eventos da vida. Esses valores são absorvidos desde o nascimento e trazem com eles experiências afetivas, emocionais e corporais; é por meio deles que lidamos com os acontecimentos, com os desejos, com as formas de dar sentido ao mundo.

Perder a saúde, buscar a saúde ou promover a saúde não se resumem apenas a ordenar uma série de ações que gerem bem-estar ou que evitem riscos. É viabilizar e oportunizar condições de escolha e de construção. A relação da saúde com a cultura, segundo Canguilhem (2006), não se restringe à obediência irrestrita à norma. Pela intermediação cultural, o ser humano subordina-se à cultura, incorporando o universo simbólico e as condições consideradas desejáveis. Ele se insere em uma ética, uma estética e uma normatização e normalização.

Nessa perspectiva, para o processo de constituição do sujeito, os encontros interpessoais são fundamentais. É no encontro com o outro que o sujeito se depara e assimila o desejável e o indesejável dos comportamentos sociais. É por meio dessa relação interpessoal que nos inserimos no universo simbólico e normativo. Quando a pessoa não consegue dar um sentido ao que lhe acontece, ou quando uma proposição não encontra eco em seu conjunto de crenças e valores, ela experimenta estranhamento, impedimento à adesão, falta de sentido.

A educação problematizadora para a saúde visa à transformação da realidade por meio da autonomia e independência, buscando desenvolver indivíduos críticos e conscientes de suas necessidades, inserindo-os em um contexto socioeconômico e cultural que influencia suas relações com o mundo.

Ao compreender seu processo de saúde-doença, a mulher pode questionar; contribuir e multiplicar informações importantes quanto ao câncer de mama e suas repercussões. A relação entre educação em saúde e pedagogia problematizadora parte de um diálogo horizontalizado entre profissionais e usuárias, contribuindo para a construção da emancipação do indivíduo e para o desenvolvimento do cuidado em relação à sua saúde individual e coletiva (SALCI et al., 2013).

De fato, as concepções de saúde refletem os valores sociais dominantes da cultura e da época. Este é um conceito que não se limita a uma única ciência. Cada conceito tem sua história, sendo resultado de conjunturas específicas que o constroem e o corrigem. Se os conceitos sobre saúde estão fortemente relacionados a tensões socioculturais, não poderia ser diferente em relação à “educação” e à “promoção”.

4.4 Salutogênese no combate ao câncer de mama

A Teoria Salutogênica, proposta por Aaron Antonovsky, é considerada na literatura da área da saúde como uma nova abordagem para a promoção da saúde (MARÇAL, 2018). Busca compreender o que gera a saúde das pessoas, partindo do princípio de que existem pessoas que permanecem bem e conseguem administrar sua vida apesar de condições adversas.

Segundo Abreu e Alonzo (2018), Aaron Antonovsky desenvolveu os conceitos da Salutogênese ao realizar estudos com mulheres que haviam sido submetidas às condições degradantes dos campos de concentração nazista e ao identificar que, apesar de terem vivido situações semelhantes de estresse físico e psicológico, algumas se mantinham saudáveis, e outras, não. Aaron Antonovsky sugere um olhar não somente em direção à doença, mas um investimento em pesquisas sobre geração e manutenção da saúde, o que gerou o termo Salutogênese (ABREU; ALONZO, 2018).

A explicação sobre os fatores que promovem a saúde parte de conceitos que se estruturam em função do contexto cultural e individual, pelo que Antonovsky (MARÇAL et al., 2018) chamou de senso de coerência.

De acordo com os autores Marçal et al. (2018), o senso de coerência é considerado o ponto central da resposta para a questão salutogênica de manter a saúde. O senso de coerência é composto teoricamente por três variáveis que atuam conjuntamente, permitindo ao indivíduo enfrentar os estressores presentes na vida cotidiana (MARÇAL, 2018): compreensibilidade (capacidade de compreender um evento), maneabilidade (percepção do potencial de manipulá-lo ou resolvê-lo) e significância (significado que se dá a esse evento).

A Teoria da Salutogênese (MARÇAL et al., 2018), a partir do senso de coerência, é um recurso que promove e potencializa o desenvolvimento de um bom estado subjetivo de saúde e, quanto mais elevado o senso de coerência, melhor será a percepção da saúde em geral.

Assim, a promoção da saúde em qualquer comunidade, independentemente de seu contexto de carências, debilidades e injustiças, apenas será eficaz e de fato empoderada e empoderadora caso os esforços de ação e pesquisa sejam direcionados para a identificação, a disponibilização e a utilização dos recursos de saúde ali existentes.

O empoderamento tem sido considerado essencial na teoria salutogênica (MARÇAL et al., 2018), tendo em vista que a Salutogênese está focada no desenvolvimento de competências para que todas as pessoas possam lidar efetivamente com as demandas e os desafios do dia a dia.

No capítulo anterior, foi registrado o quanto empoderar é importante para promover a saúde, através de ações individuais e coletivas de educação em saúde que tragam resultados eficazes, evidenciando esse referencial como uma ferramenta que resgata as potencialidades individuais a partir de escolhas que julgar mais importantes para sua própria vida (MARÇAL et al., 2018). Para isto, a autonomia e a habilidade dos indivíduos para administrarem suas vidas e fazerem escolhas conscientes são fatores fundamentais para se manterem saudáveis.

Os recursos salutogênicos apoiam a concepção de qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e do

sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações (ABREU; ALONZO, 2018; MARÇAL et al., 2018). Cabe destacar que os determinantes sociais na Salutogênese são fundamentais para enfatizar o senso de ocorrência e promover a saúde e a qualidade de vida por meio de atitudes e hábitos saudáveis.

Marçal et al. (2018) relatam que os indivíduos que apresentam pontuações elevadas de senso de coerência encaram os estressores como agentes previsíveis e explicáveis, demonstrando autoconfiança na sua capacidade de enfrentá-los e superá-los.

É uma ação do desenvolvimento pessoal com ênfase na educação em saúde, entendendo que Salutogênese busca compreender as potencialidades das pessoas para o não adoecimento. Consiste em um processo que capacita pessoas a viverem a vida como elas querem viver, que promove a capacidade de superação, de se recuperar das adversidades, estabelecendo como foco principal a promoção da saúde. Assim, Salutogênese consiste no processo de capacitar indivíduos e comunidades, como uma ação de desenvolvimento de habilidades pessoais.

As doenças não surgem em consequência do estresse, mas da incapacidade e da falta de habilidade para lidar com elas, cujos estressores podem também ser percebidos como fatores positivos, desde que se tenha competência para identificá-los e compreendê-los, disponibilizando-se de recursos e da motivação para proporcionar um novo sentido à vida.

A Salutogênese desvela os recursos positivos para a saúde e as estratégias adotadas para as pessoas se manterem saudáveis, contribuindo para o bem-estar, a qualidade de vida e o empoderamento individual, essenciais para a promoção da saúde.

A educação em saúde da mulher, a diminuição do estigma do câncer de mama e a melhoria de acesso aos cuidados médicos regularmente podem minimizar o sofrimento frente a doença e aumentar seu enfrentamento. O empoderamento salutogênico é um caminho para a desmistificação das crenças atribuídas pelas mulheres ao câncer de mama, fortalecendo-as já na prevenção primária da doença.

Gonçalves et al. (2014) mostram em seu estudo que a baixa escolaridade das mulheres é o que mais prevalece. Os autores registraram que a barreira

sociocultural que mais se destaca é a falta de informação sobre a doença. A falta de conhecimento sobre o câncer de mama pode retardar a busca por atenção à saúde, mesmo com a manifestação de sinais e sintomas importantes como o nódulo, pois a mulher, e, por vezes, amigos e familiares dão outro significado a essas alterações, não reconhecendo a sua gravidade.

Apesar de a população compreender o câncer de mama como uma sentença de morte, a falta de informação sobre prevenção primária e a falta de informação sobre as características do aparecimento da doença contribui para que mais mulheres sejam diagnosticadas tardiamente.

Porto (2017) diz que o foco no câncer de mama como tratável é importante para incentivar as mulheres a se apresentarem em fases iniciais da doença e não esperar pelo desenvolvimento desta em seu estágio final. Quanto mais as mulheres conhecerem outras sobreviventes do câncer de mama em uma comunidade, tiverem o conhecimento correto e adequado sobre essa doença, bom nível de confiança em um sistema de saúde apropriado, contarem com uma intervenção médica adequada, mais poderão perceber que é possível tratar o câncer de mama desde o início.

Esse comportamento, com base em uma promoção de saúde com foco na prevenção e na detecção precoce do câncer de mama, pode minimizar o estigma que a doença tem de morte. Como toda doença diagnosticada tardiamente pode levar o indivíduo à morte, com o câncer de mama não é diferente. Para isto, torna-se necessário, através das ações de educação em saúde, resgatar a autonomia do indivíduo e promover sua emancipação, para uma efetiva aproximação e operacionalização do conceito de promoção da saúde positiva.

4.5 Empoderamento

O termo “empoderamento”, na tradução ao português do Brasil, ou “*empowerment*”, na língua inglesa, teve início na segunda metade do século XX, em lutas pelos direitos civis, a partir do movimento negro e feminista. Esse termo é conhecido e estudado em muitos países, porém, no Brasil (LANDERDAHL et al., 2013), essas reflexões são muito recentes e atuam como estratégia para romper com paradigmas tradicionais de atenção e intervenção em saúde.

O empoderamento é um processo social que permite que as pessoas tenham controle sobre suas vidas. Estratégias para o empoderamento, portanto, muitas vezes desafiam o poder existente e as relações para dar mais poder aos grupos desfavorecidos (SOUZA et al., 2014). Com relação à saúde da mulher, o empoderamento muitas vezes significa, por exemplo, aumentar as oportunidades de educação e acesso a informações relevantes para permitir que as mulheres tomem decisões informadas sobre sua saúde, melhorem a autoestima e as capacitem com habilidades de comunicação, evitando a negociação.

Empoderamento é compreendido na sua dimensão de autodeterminação, relacionada com a capacidade de os indivíduos e comunidades exercerem, por meio da avaliação, influência sobre as decisões que os afetam, identificando e expressando suas necessidades, seus recursos, estabelecendo objetivos, planos de ação, avaliação de resultados e, conseqüentemente, mudanças e melhorias em projetos, programas e outros recursos sociais (SOUZA et al., 2014).

Para Souza et al. (2014), empoderamento é compreendido como o processo de saúde comprometido com a transformação da realidade e a produção de saúde e de sujeitos saudáveis, sendo a efetiva e concreta participação social estabelecida como objetivo essencial da promoção de saúde.

Segundo Freire (2017), o empoderamento, resulta de uma ação reflexiva e de uma inserção crítica das pessoas, estimulado pelas perguntas que as colocam frente a frente com o problema. Pode ser entendido como um processo que emerge das interações sociais, nas quais os seres humanos problematizam a realidade, e à medida que vão se dando conta da realidade se empoderam para transformar as relações sociais. Para Freire (2001), empoderamento individual é um pequeno passo em direção à transformação social. Somente via empoderamento os indivíduos conseguirão dar um passo maior em direção à libertação.

O estudo “*Direct Interactive Public Education by Breast Radiologists About Screening Mammography: Impact on Anxiety and Empowerment*” (LEE et al., 2016) mostrou que a ansiedade interfere na execução do rastreamento mamográfico. Os autores entenderam que a informação prévia ajudou as mulheres a diminuir a ansiedade e, assim, empoderarem-se frente as dificuldades encontradas no exame.

Pelo empoderamento, seja individual ou comunitário, busca-se destacar a ideia da saúde como um processo e como o resultado das lutas de uma comunidade por seus direitos. O sentido de empoderamento não nega o psicológico, mas procura destacar a importância de enfrentar as dificuldades sociais. Essas colocações têm estreita relação com as ideias de libertação trabalhadas por Paulo Freire (2017), nas quais os indivíduos e a coletividade se libertam por meio da educação.

Partindo do processo de empoderamento, o qual reflete situações de ruptura e de mudança do curso de vida, pessoas renunciam ao estado de dependência, de impotência e transformam-se em sujeitos ativos, que lutam por e para si, com e para os outros com mais autonomia, tomando a direção de suas vidas nas próprias mãos.

De acordo com Escudero (2016), o papel dos profissionais que trabalham com temas relacionados como as campanhas do Outubro Rosa, é o de ser um facilitador das ferramentas que promovem os processos vitais que dão origem a consciência, a qual, por sua vez, dará lugar ao empoderamento. O empoderamento não é algo que os profissionais de saúde podem dar às mulheres. Empoderamento, como um processo dinâmico que envolve aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais, significa aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos às relações de opressão, discriminação e dominação social (ROSO; ROMANINI, 2014). Considerando que a libertação é um ato social, o empoderamento é somente um pequeno passo em direção à libertação, sendo a conscientização o processo que possibilita a transformação social.

É a partir de uma dimensão psicológica que se dá o desenvolvimento de um determinado modelo de autorreconhecimento, por meio do qual as pessoas adquirem ou fortalecem seu sentimento de poder, de competência, de autovalorização e autoestima. Um dos aspectos centrais nesse nível é a mudança de mentalidade a partir da percepção do sujeito das próprias forças, que resulta em um comportamento de autoconfiança.

A interdependência entre as mudanças que ocorrem em nível pessoal, grupal e estrutural é que garantem consistência ao processo de empoderamento. Se, por um lado, esse processo se concretiza no cotidiano dos indivíduos, no tempo e espaço onde estes reconhecem e experimentam necessidades e potencialidades

que os despertam e viabilizam o crescimento de habilidades individuais e coletivas; por outro lado, concretiza-se no contexto social, no desenvolvimento de estratégias de apoio mútuo e de auto-organização.

Trabalhar a autonomia da mulher em saúde compreende algo que deve ser conquistado e construído a partir da vivência de cada uma e das decisões baseadas na liberdade. Objetiva promover e impulsionar grupos e comunidades na melhoria de suas condições de vida, aumentando sua autonomia.

Repensar a forma como as mulheres têm sido abordadas em suas necessidades de saúde, o que requer o entendimento mútuo entre profissional e pacientes para qualquer intervenção, favorece a possibilidade de corresponsabilização pelos cuidados (OHL et al., 2016; RODRIGUES et al., 2018). Na perspectiva de saúde coletiva, as condições de desigualdade persistentes em dada realidade constituem iniquidades a serem enfrentadas para diminuição da vulnerabilidade de alguns grupos da população.

O empoderamento aparece como peça-chave na promoção da saúde desde a Carta de Ottawa, em 1986 (WHO, 2019), e é entendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde. Está relacionado também com a equidade, situações reais que as pessoas têm a seu favor para obter condições de vida adequadas. O empoderamento requer o diálogo entre o profissional da saúde e a comunidade, de modo a identificar necessidades que levem a uma intervenção em virtude do que a comunidade precisa como protagonistas da execução da promoção da saúde. Por isso, ações entre os envolvidos na promoção da saúde, com uma escuta especializada das necessidades dos usuários, podem ser articuladas desde os contextos singulares, visando a estabelecer compromissos e projetos para a melhoria das condições do acesso da população aos serviços locais de saúde, incluindo as mulheres (TADDEO, 2012). Taddeo (2012) refere que a educação requer a escuta ativa e o diálogo aberto e igual, já que o objetivo não é apenas compreensão da informação, mas o incentivo às pessoas a definir os seus próprios problemas, encontrar as soluções para si e lidar com eles de forma eficaz. No cotidiano das unidades, não pode haver espaço

para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, na medida em que são priorizadas medidas clínicas assistenciais.

Vale ressaltar que o empoderamento individual ocorre em um primeiro momento internamente, em que o indivíduo se apropria de informações relacionadas com sua condição atual e, em um segundo momento, pode se tornar capaz de possuir conhecimentos que possam promover mudanças pessoais e influenciar mudanças em nível social, utilizando o empoderamento adquirido como uma habilidade pessoal.

O empoderamento, na qualidade de uma habilidade pessoal, contribui para responder aos desafios da vida em sociedade e aos aspectos relacionados ao processo saúde-doença. Individualmente, traz uma maior interação do indivíduo com sua saúde, maior consciência para tomada de decisão sobre de que cuidados necessita, como deseja ser cuidado e, principalmente, autonomia para fazer escolhas que julgar mais importantes para sua vida, com conhecimento e consciência das vantagens e desvantagens, bem como as consequências de suas escolhas (SALCI et al., 2013).

Por meio do empoderamento, pretende-se capacitar indivíduos e comunidades para que possam assumir um maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde (ROSO; ROMANINI, 2014). A informação e a educação estão diretamente ligadas ao princípio da promoção da saúde denominado empoderamento, que só é possível através da organização grupal. O empoderamento envolve trabalhar mais com grupos do que indivíduos, e o foco é na transformação cultural, mais do que na adaptação social.

O empoderamento é um processo educativo proposto a ajudar as pessoas a ampliar conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessários para assumir com sucesso a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde (BERARDINELLI et al., 2014). Além disso, capacita o indivíduo a resolver os seus próprios problemas e necessidades, a compreender como pode solucionar esses problemas com os seus próprios recursos e/ou com apoios externos, além de promover ações mais apropriadas para uma vida saudável.

Com isto, o enfoque da Psicologia Comunitária, por trazer a facilitação dos processos comunitários como principal dispositivo, torna a comunidade como local

de atuação, pois busca deslocar a atenção das instituições de saúde para a comunidade, compartilha a responsabilidade com os moradores, prioriza as práticas educativas e de prevenção em saúde, considerando a origem social das enfermidades (XIMENES et al., 2017). Essa perspectiva considera o indivíduo como sujeito atuante e capaz de desenvolver potenciais de cuidado com ele mesmo, com os outros e com o mundo.

A estratégia deve ter como resultado o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas, além de desenvolver nos indivíduos a capacidade de analisar criticamente o meio social e político. O desenvolvimento de ações com os indivíduos ou com os grupos por meio do recurso do empoderamento constitui um pequeno passo em direção a um movimento maior e mais complexo, que é o da conscientização.

Pessoas mais informadas, envolvidas e responsabilizadas, ou seja, empoderadas interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde tentando realizar ações que produzam resultados mais efetivos (BERARDINELLI et al., 2014). Nessa perspectiva, é possível capacitar as mulheres para que elas aprendam, nas diversas fases do processo de viver, a enfrentar as enfermidades como o câncer de mama.

Escudero (2014) ressalta que o empoderamento é um modelo de educação em saúde com base em uma abordagem centrada no indivíduo que visa a desenvolver a consciência crítica e uma reflexão social com base em fatores que atingem o combate a doença, tornando um meio de mudança pessoal e social. Ao reconhecer a importância de uma educação crítica em saúde, a autora defende que a educação saudável e mulheres empoderadas envolve ir além do foco no risco e na responsabilidade individual. Assim, tornar-se saudável é tornar-se fortalecido, já que a saúde é um fator importante por meio do qual o controle sobre a vida é estabelecido (TENGLAND, 2016).

Mulheres empoderadas e educadas em saúde professam uma abordagem em que há uma sensação de controle sobre sua saúde individual e social para que, dessa forma, resolvam sua causa, que é, além de muitas outras, combater o câncer de mama, tornando-se mulheres críticas e agentes de mudança a partir do fortalecimento do seu potencial enquanto ser humano e cidadã (ESCUDEIRO, 2014).

Diante da importância que as mamas têm para a mulher e diante da sociedade, o empoderamento passa a ser uma ferramenta de muita valia. Para se fazer detecção precoce, é necessário que a mulher esteja ciente do processo. As informações são um canal de esclarecimento para a mulher de como ela pode se apropriar do seu autocuidado com as mamas.

De acordo com Escudero (2016), o sistema de informação sobre câncer de mama adotado hoje para o público de mulheres saudáveis é focado em coagi-las por meio da educação, para que adotem certos comportamentos que o sistema biomédico paternalista considera saudáveis. Nesse sentido, o modelo atual de conscientização contra o câncer de mama sofre de um pequeno desvio crítico, pois evoca mais as mulheres com câncer e a mama mastectomizada e não informa sobre as causas estruturais do câncer, bem como as condições sociais que impactam a experiência da doença e utilizam do medo, que distorce a informação.

Essa abordagem pode ser um obstáculo ao empoderamento, incentivando a submissão, a passividade e o estímulo ao medo, o que pode perturbar o processo de tomada de decisão. É essencial promover o empoderamento individual, permitindo decisões informadas e mobilizar para a mudança social.

Como bem ressalva Escudeiro (2016), empoderamento é o processo que envolve a transmissão de informações críticas para promover ações autorreflexivas, que permite as pessoas selecionar e ativar o conhecimento recebido. Este é o passo para analisar a realidade de forma crítica: compreender os determinantes sociais da saúde, desenvolver capacidade de tomar decisões informadas e transformar ambos em realidade pessoal como determinantes sociais no enfrentamento de uma doença, como o câncer de mama, em nível individual e coletivo.

Salci et al. (2013) vão dizer que empoderamento não deve significar um conceito puramente instrumental, orientado somente à obtenção de resultados eficientes, mas, sim, como um instrumento capaz de constituir uma afirmação das possibilidades de realização plena dos direitos das pessoas. O empoderamento pode ser utilizado como um estímulo para a promoção da saúde, a partir da realização de uma educação em saúde, com ações individuais e coletivas que nos tragam resultados mais eficazes, evidenciando esse referencial como uma ferramenta.

A partir dessa visão, destacam-se dois tipos de empoderamento, segundo Salci et al. (2013): o psicológico e o social/comunitário. O psicológico resgata potencialidades individuais para que a pessoa tenha maior controle sobre sua própria vida. O social é um processo que conduz à legitimação e dá voz aos grupos marginalizados e, ao mesmo tempo, remove barreiras que limitam uma vida saudável para vários grupos sociais.

Desta forma, para que a pessoa se torne empoderada, o modelo dialógico se torna apropriado para que a educação em saúde seja a ferramenta-chave dessa proposta, que é de transformar a passividade dos indivíduos em posição ativa e crítica. Esse modelo favorece a construção coletiva e individual do conhecimento, no qual o profissional da área da saúde tem um papel importante na corresponsabilização e na capacitação para a construção do empoderamento.

A construção do conhecimento é feita numa parceria entre os profissionais de saúde e os indivíduos, podendo avançar para além do paradigma focado na doença a fim de construir um novo paradigma focado na saúde, tanto individual como coletiva. Isto porque a mobilização articulada no cenário real da saúde de uma comunidade constitui um núcleo com possibilidades de desconstruções e transformação da realidade do indivíduo.

O termo empoderar é reconhecido como um neologismo e serve para exprimir a ideia do poder e da força que os indivíduos vulneráveis socialmente devem exercer para serem capazes de decidir sobre suas próprias vidas. Também é compreendido como a garantia dos meios e dos instrumentos para que os indivíduos vulneráveis socialmente consigam mudar fatos, costumes e normas que causam desigualdades de poder.

Entretanto, para se ter uma ação de empoderamento desses indivíduos vulneráveis socialmente é necessário que ocorra algum nível de desempoderamento do indivíduo mais forte da relação. É necessário que, de alguma forma, o indivíduo mais forte da relação aceite ser desempoderado. Verifica-se que a relação médico-paciente pode vir a ser fortalecida por meio de uma redução do poder exercido pelo profissional médico enquanto único conhecedor de um saber técnico na relação e único sujeito de fala socialmente autorizada.

Assim, por meio do empoderamento, a promoção da saúde procura possibilitar aos indivíduos e à coletividade um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas variadas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades, como nos preconiza a definição de Salutogênese descrita na subseção anterior.

Diante das relações entre educação em saúde, promoção da saúde, Salutogênese e empoderamento, torna-se necessário uma postura crítico-reflexiva, comprometida e voltada para o outro. Todos os momentos que envolvem interação com e entre as pessoas usuárias dos serviços de saúde, podem ser considerados propícios para desenvolver ações de educação em saúde; como, por exemplo: consultas, ações coletivas com os grupos, salas de espera onde existe possibilidade de estabelecer um diálogo para que essas ações educativas sejam efetivas e relevantes.

É necessário, ainda, resgatar os princípios da comunicação, informação, educação e escuta qualificada. Essas ações podem corresponder à criação de ambientes saudáveis, o desenvolvimento de habilidades pessoais, a proposição de políticas públicas saudáveis, o reforço da ação comunitária e a reorientação do sistema de saúde.

O poder emancipatório envolve o conhecimento instrumental e comunicativo. Para que este movimento aconteça, todos os princípios da integralidade devem ser atendidos e as pessoas devem ser empoderadas para sua efetiva realização no processo de cuidar de si.

O empoderamento e o autocuidado permitem que o indivíduo tome uma consciência crítica em relação a seus problemas de saúde. Quando o indivíduo obtém conhecimento sobre a doença e suas repercussões, conquista a possibilidade de administrar uma nova condição de saúde e se torna corresponsável nas mudanças de hábitos necessárias frente as demandas que agora se apresentam, tornando-se protagonista da sua história de saúde (TADDEO et al., 2012). Segundo Souza et al. (2014), na concepção de Paulo Freire, o empoderamento pode ser entendido como um processo que emerge das interações sociais, nas quais os seres humanos problematizam a realidade e, à medida a que vão desvelando, empoderam-se para transformá-la.

O empoderamento possui dois sentidos: individual e comunitário. O individual possibilita que os indivíduos tenham um sentimento de maior controle sobre a própria vida, capaz de influenciar e adaptar-se a seu meio, bem como desenvolver estratégias para gerenciar sua realidade de vida. O empoderamento comunitário destaca a ideia da saúde como um processo e uma resultante de lutas de coletivos sociais por seus direitos (FREIRE, 2011). O empoderamento individual é um passo em direção à transformação social, mas se faz necessário que o empoderamento não se limite ao individual e, sim, que este seja disparador para a construção de um empoderamento comunitário que resulte num aumento das capacidades desses indivíduos de analisarem criticamente seu meio social e atuarem na busca dos direitos em prol da qualidade de vida da coletividade (ROSO; ROMANINI, 2014). Roso e Romanini (2014) também se referem ao empoderamento como um processo. No que diz respeito ao empoderamento nas ações de saúde, os autores afirmam que a função do profissional de saúde não é a de agir sobre a doença ou a pessoa doente, mas a ajudar as pessoas a desenvolverem suas habilidades, pois a ação é do próprio sujeito.

Além disso, consiste em vencer dificuldades, em um movimento de se autogovernarem, de modo que se fortaleça um processo de tomada de consciência e de enfrentamento dos problemas vividos na realidade do dia a dia. Para tanto, faz-se necessário que, além da capacidade científica, do domínio técnico e da ação política, os indivíduos tenham compromisso com o desenvolvimento de autonomia na sociedade, fundamentado em certas atitudes, como amorosidade, escuta, afetividade, respeito à diversidade, humildade, alegria, gosto pela vida, abertura ao novo, disponibilidade para mudança e esperança.

Diante da complexidade que permeia a educação em saúde, o profissional precisa desenvolver ações emancipatórias de promoção da saúde que ultrapasse o modelo biomédico e atue de forma participativa para que o indivíduo obtenha conhecimento necessário para tomar decisões conscientes no seu processo saúde-doença e de viver de maneira saudável. Isto significa uma nova forma de se fazer promoção da saúde, alcançar um novo processo de saúde-doença para que as pessoas saudáveis possam cuidar melhor de sua saúde, inserindo mais práticas saudáveis em seu dia a dia.

4.6 Movimento Outubro Rosa

O mês de outubro é conhecido mundialmente como um mês marcado por ações afirmativas relacionadas à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer de mama. O movimento tem como objetivo compartilhar informações sobre o câncer de mama e, mais recentemente, sobre o câncer do colo do útero, promovendo a conscientização sobre as doenças, proporcionando maior acesso aos serviços de diagnóstico e contribuindo para a redução da mortalidade.

Em 1982, a irmã de Susan G. Komen, Nancy Brinker, inaugura a Susan G. Komen *Breast Cancer Foundation*, após Susan lutar contra um câncer de mama desde 1977, falecendo em 1980, aos 36 anos. Logo após, em 1984, a fundadora da Komen, Nancy Brinker, também é diagnosticada com câncer de mama, fortalecendo ainda mais a luta contra a doença (SUSAN G. KOMEN FOUNDATION, 2020).

A partir da criação da Susan G. Komen *Breast Cancer Foundation* surge a história do movimento rosa, na última década do século XX, quando o laço cor-de-rosa foi lançado pela mesma fundação como símbolo do movimento e distribuído às participantes da primeira Corrida pela Cura, realizada em Nova Iorque, em 1991 e, desde então, promovida anualmente nessa cidade. O primeiro mês de realização do movimento se deu em outubro de 1986 e acontece até os dias de hoje em boa parte do mundo (SUSAN G. KOMEN FOUNDATION, 2020).

Desde a sua criação em 1982, a Fundação Komen investe para ajudar em pesquisa, educação, serviços de saúde e programas de apoio social sobre o câncer de mama nos EUA, por meio de parcerias em mais de 50 países. Atualmente, Komen tem mais de 100.000 voluntários trabalhando em uma rede de 124 afiliados em todo o mundo. A partir de março 2012, Komen foi listado no *Charity Navigator* com a classificação mais alta do site, de quatro estrelas. Komen foi a organização com a maior probabilidade de os americanos doarem pelo segundo ano consecutivo. Estudos semelhantes mostraram Komen como uma das marcas sem fins lucrativos mais confiáveis nos EUA (SUSAN G. KOMEN FOUNDATION, 2020).

No Brasil, a data foi instituída pela Lei nº 13.733/2018 (BRASIL, 2020) e São Paulo foi a primeira cidade que aderiu ao movimento, passando a iluminar, desde 2002 (GUTIERREZ; ALMEIDA, 2017), o monumento Mausoléu do Soldado

Constitucionalista. Essa iniciativa foi adotada, mais tarde, por outras cidades do país e, a partir de 2010, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar da Silva (INCA) participa do movimento propiciando a promoção de espaços de discussão sobre câncer de mama, divulgando e disponibilizando seus materiais informativos, tanto para profissionais de saúde quanto para a sociedade em geral.

O Outubro Rosa é um movimento importante, pois, mesmo o foco da campanha sendo o câncer de mama, os serviços de saúde otimizam a presença da mulher para a prevenção e detecção precoce do câncer. Para Da Silva et al. (2014), se diagnosticadas e tratadas precocemente, o prognóstico dessas neoplasias é relativamente bom.

Além da realização de exames clínicos, de imagem e laboratoriais, também são realizadas atividades de Educação em Saúde, visando à prevenção primária e ao avanço no conhecimento da população sobre os fatores de risco e a importância do diagnóstico precoce das neoplasias. Dos Santos et al. (2014) afirmam que a Educação em Saúde é um instrumento educacional que instrui e estimula a adesão da população quanto às ações de promoção e prevenção, além de promover a importância da mudança nos estilos e comportamentos de vida.

O estudo *Impact of the pink october in the mammographic screening adherence in a reference center in oncology* (VASOLLER et al., 2017), cujo objetivo foi o de analisar o impacto do Outubro Rosa na adesão ao rastreamento mamográfico para câncer de mama em um serviço de referência em oncologia, constatou que houve diferença significativa na quantidade de mamografias (105.698) realizadas no mês de outubro em comparação aos outros meses do estudo. Além disso, os pesquisadores entenderam que ocorreu aumento de mamografias BI-RADS 3, 4 e 5 que correspondem a uma atenção maior a possibilidade de desenvolvimento do câncer de mama e de diagnóstico da doença, embora sua proporção nos meses de outubro tenha apresentado diferença significativa em relação aos outros meses.

De acordo com os autores da pesquisa, as campanhas populacionais de prevenção de câncer de mama parecem ser efetivas no aumento da procura por serviços de rastreamento, de forma a elevar o total de cânceres descobertos e possibilitando, assim, que mais mulheres recebam tratamento adequado. O

movimento mundial Outubro Rosa atesta a inquietação com a questão do câncer de mama, sua prevenção e as necessidades de pacientes, grupos de apoio, instituições de pesquisa e de assistência (CARDOSO-FILHO et al., 2015).

O estudo de Baquero et al. (2021) traz uma sazonalidade, com picos no mês de outubro, tanto na busca quanto na realização da mamografia. A partir de 2010, quando o movimento foi institucionalizado no Brasil, inclusive pelo INCA, houve um crescimento no número de mamografias. A sazonalidade nas buscas do *Google* apareceu após esse início do Outubro Rosa, compatível com a hipótese de que os efeitos da campanha não foram mediados exclusivamente pela *Internet* e que a institucionalização intersetorial da campanha, com o aumento da oferta dos exames, foi decisiva para consolidar o regime de rastreamento no Brasil por vários meios.

A tem uma distribuição variável, provavelmente devido à heterogeneidade no acesso a serviços de saúde com disponibilidade de mamógrafos.

Apesar de o câncer de mama ter bastante incidência e mortalidade, o rastreamento da doença no Brasil ainda é insatisfatório, realizando poucas mamografias se comparado ao número de mamógrafos distribuídos na rede pública em todo o país, o que não é um dado exclusivo do Brasil. Segundo Wilde, Wirth e Zöllner (2014), países como Chile, Hungria, Japão, México, República Eslovaca, Turquia e outros também tem uma baixa realização de mamografias.

Fatores que podem dificultar o acesso ao rastreamento mamográfico no Brasil (AMARAL; LUZ; CARDOSO; FREITAS, 2017; RODRIGUES et al., 2019; BAQUERO et al., 2021) são as limitações socioeconômicas de boa parte da população com acesso deficiente aos serviços de saúde em outras regiões, o excesso de mamógrafos concentrados em regiões geográficas e grupos socioeconômicos específicos, a qualidade dos mamógrafos e dos profissionais especializados, além do baixo número de mamografias realizadas se comparadas à quantidade de mamógrafos distribuídos. Rodrigues et al. (2019), com o estudo *Dificuldade de acesso e baixa produtividade: rastreamento mamográfico no Brasil*, avaliaram a disponibilidade de mamógrafos pelo SUS (Sistema Único de Saúde) nas macrorregiões, estados e Distrito Federal, em 2016. Naquele período, havia 4.628 mamógrafos no Brasil, sendo que de 4.492 em uso 2.113 (47%) estavam disponíveis para o SUS, quando seriam necessários 2.068 (46%) aparelhos para o rastreamento

do câncer de mama no Brasil, tomando como base o número de mamografias necessárias em função do número indicado clinicamente. O estudo mostrou que, de acordo com a rede de máquinas disponíveis, seria possível produzir 14.279.654 exames. Contudo, foram realizados 4.073.079, o que representava apenas 29% da capacidade total de produção de mamografias do país em 2016.

Rodrigues et al. (2019) publicaram em suas considerações finais que a dificuldade da população brasileira em acessar o rastreamento do câncer de mama pelo SUS não está associada ao número de máquinas disponíveis ou à localização geográfica dos equipamentos, mas ao número insuficiente de mamografias realizadas, como mostraram na tabela reproduzida na Figura 3, na página a seguir.

Devido às limitações econômicas e logísticas no Brasil, o rastreamento mamográfico não é uma realidade generalizada, fato que se reflete no elevado número de pacientes diagnosticadas em estágio avançado, devido à ausência de uma rede organizada voltada ao diagnóstico precoce do câncer de mama. Não há rastreamento mamográfico organizado, apenas experimentos isolados.

Figura 3 – O número de mamógrafos necessários e o número disponível no Brasil, suas macrorregiões, Estados e Distrito Federal em 2016.

Table 1. The Number of Mammography Machines Needed and the Number Available in Brazil, Its Macro-Regions, States and the Federal District in 2016

State, Federal District / Macro-Region	Number of mammograms performed	Number of mammograms needed*	Number of mammography machines needed*	Number of mammography machines available
Rondônia	15,595	96,721	14	11
Acre	4,273	34,695	5	3
Amazonas	24,319	174,070	26	63
Roraima	4,297	21,711	3	3
Pará	55,245	392,253	58	37
Amapá	763	31,267	5	4
Tocantins	7,097	77,685	11	14
North	111,589	828,403	123	135
Maranhão	49,109	338,420	50	35
Piauí	59,555	195,780	29	34
Ceará	123,698	544,577	81	68
Rio Grande do Norte	56,771	217,492	32	33
Paraíba	65,210	253,377	37	118
Pernambuco	188,013	607,272	90	97
Alagoas	58,817	191,844	28	38
Sergipe	30,288	132,580	20	26
Bahia	375,925	931,243	138	147
Northeast	1,007,386	3,412,584	505	596
Minas Gerais	495,734	1,503,407	222	259
Espírito Santo	83,458	271,190	40	44
Rio de Janeiro	231,324	1,350,886	200	125
São Paulo	1,214,733	3,365,379	498	391
Southeast	2,025,249	6,490,862	960	819
Paraná	309,302	825,095	122	118
Santa Catarina	172,450	497,532	74	101
Rio Grande do Sul	295,686	920,400	136	169
South	777,438	2,243,027	332	388
Mato Grosso do Sul	46,948	173,192	26	33
Mato Grosso	27,398	193,519	29	47
Goiás	75,679	433,241	64	85
Distrito Federal	1,392	197,660	29	10
Midwest	151,417	997,612	148	175
Brazil	4,073,079	13,972,489	2,068	2,113

* Based on Ordinance GM/MS No. 1,631, of October 1, 2015. (Brasil, 2015).

Fonte: Rodrigues, D., 2019, p. 1859.

Com o baixo número de mamografias realizadas no Brasil, muitos diagnósticos precoces não são realizados e, conseqüentemente, aumentam os diagnósticos avançados que eleva o número de óbitos pela doença. Assim, de acordo com Baquero et al. (2021), é possível que existam mulheres sentindo necessidade de fazer a mamografia, mas impossibilitadas de realizá-la em virtude

das dificuldades de acesso aos serviços de Mastologia e Radiologia, com mamógrafos (RODRIGUES, 2019).

Com isto, o Outubro Rosa, associado às desigualdades no acesso a serviços de saúde, à falta de mão-de-obra dos profissionais na área e de um programa adequado de rastreamento mamográfico, pode ter efeitos desfavoráveis pela carga emocional que gera (BEZERRA et al., 2018; BAQUERO et al., 2021) a partir da percepção da necessidade aliada à incapacidade de realizar as mamografias nas populações mais vulneráveis.

A mobilização da sociedade, de empresas e entidades converge para esse efeito, ainda que um olhar crítico deva ser dirigido no que tange especialmente a interesses comerciais e da mídia, Por um lado, pode chamar a atenção do público, por outro, pode ser motivo para desvios éticos e de orientação inadequada em saúde pública (BAQUERO et al., 2021). Cabe a cada um dos profissionais de saúde ser multiplicador de informações corretas e adequadas para uma sociedade em que a diversidade de fontes pode suplantar a qualidade do conteúdo.

O Outubro Rosa mostra seu potencial na comunicação em saúde para as massas e, cada vez mais, há a necessidade de que as mensagens sejam alinhadas às evidências científicas. Para isto, é necessário considerar que pode haver conflitos de interesse nas políticas de saúde pública, refletidos no desencontro entre as recomendações baseadas em evidências e as variadas entidades profissionais. Isto pode ser reduzido por meio de informações claras à população-alvo sobre a prevenção, assim como da garantia de direito à escolha informada sobre os riscos e os benefícios das intervenções.

Movimentos como o Outubro Rosa constituem um programa especial de saúde pública dentro da dinâmica da atenção básica e é uma oportunidade que pode ser aproveitada para articular a prevenção e o diagnóstico com o universo simbólico e sociocultural da população de mulheres assintomáticas. Além do aperfeiçoamento das habilidades em relação ao exame clínico e melhor interligação entre teoria e prática, a execução desse evento proporciona melhor inserção de profissionais de saúde no contexto de atuação em saúde da mulher, de forma a entender melhor os aspectos subjetivos intrínsecos às mamas e o que elas representam para este nicho da população brasileira, como um elemento construtor

de identidade, perpassando por construções psicológicas, emocionais, sociais e culturais.

De acordo com Couto et al. (2017), é imprescindível ao profissional de saúde entender que a doença resulta de um processo em que estão envolvidos os sujeitos, o meio em que estão inseridos e todo o universo cultural, social e econômico que interfere de forma significativa nos aspectos comportamentais e nas inter-relações dos indivíduos, evidenciados em movimentos populares como o Outubro Rosa. A campanha se torna uma boa assimilação crítica e de transformação do que é saúde a partir do momento em que os elementos e os valores socioculturais das comunidades brasileiras são respeitados e valorizados.

Dentro desse nível de atenção à saúde, por meio da campanha do Outubro Rosa, os profissionais exercitam ações que extrapolam o trabalho tradicional clínico e assumem, também, uma postura de multiplicador de cidadania, dos direitos e deveres da população feminina. Ao trazer a saúde ao patamar de uma prática política pautada no debate e no diálogo entre cidadãos de diferentes espaços, o próprio movimento do Outubro Rosa pode ser um canal de valorização do significado de prevenção e detecção precoce do câncer de mama, como um instrumento de justiça social e empoderamento da dignidade da mulher assintomática.

PERCURSO METODOLÓGICO

5 PERCURSO METODOLÓGICO

A partir da medicina baseada em evidências, cresceu a necessidade de síntese e respostas rápidas às questões clínicas antes da sua aplicação na prática. São necessárias evidências confiáveis para embasar a tomada de decisão em saúde. Por isso as revisões sistemáticas são uma representação do estado atual do conhecimento sobre um determinado assunto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021; HIGGINS et al., 2022) e têm sido utilizadas com o objetivo de identificar, avaliar e sintetizar os resultados de estudos primários.

A revisão sistemática a partir dos critérios de elegibilidade enquadra estudos, por meio dessa sintetização dos resultados de estudos primários, para responder uma pergunta de pesquisa. Esse tipo de revisão se baseia em métodos rigorosos, explícitos e reprodutíveis para minimizar o risco de viés, entender as inconsistências dos resultados e fornecer resultados confiáveis para a tomada de decisão.

Importa fazer revisões sistemáticas para que novas pesquisas sejam projetadas ou encomendadas, mas apenas se não duplicarem desnecessariamente pesquisas existentes (HIGGINS et al., 2022). A Revisão Sistemática (RS) identifica estudos atuais em andamento, bem como indica onde existem lacunas específicas no conhecimento ou falta de evidências (HIGGINS et al., 2022) e também pode revelar limitações na condução de estudos anteriores que podem ser abordadas no novo estudo.

São também importantes, porque oferecem a oportunidade para os autores fazerem declarações sobre a extensão do conhecimento humano em áreas relevantes e identificam prioridades para pesquisas futuras. Foi um método desenvolvido a partir da necessidade de garantir que as decisões que afetam a vida das pessoas podem ser informadas de maneira compreensiva, atualizada e completa em virtude das evidências de pesquisas relevantes como uma intervenção, teste diagnóstico, fator prognóstico ou outro tópico em saúde.

Embora, em grande parte, costume-se associar uma revisão sistemática a um método estatístico em virtude da realização da meta-análise que gera as estimativas de efeito dos estudos incluídos na revisão, uma RS não necessariamente precisa sintetizar seus resultados por esse método. Ao contrário, em alguns casos, não é

apropriado que elas sejam realizadas, para não gerar conclusões errôneas. Por isso a autora optou pelo método da revisão sistemática qualitativa.

5.1 Definição da questão de pesquisa: estratégia PICO

O processo de condução de uma revisão sistemática começa com a apresentação de uma ideia clara e objetiva. A questão de pesquisa bem formulada envolve extrema especificidade e precisão, principalmente na identificação das variáveis e da população de interesse.

A formulação da questão de pesquisa no formato PICO (*Population – Intervention – Comparison – Outcome*), onde cada letra representa um componente da questão e orienta todo o processo de elaboração dos critérios de elegibilidade primários para a estratégia de busca, seleção e avaliação dos estudos que serão a base da revisão sistemática (DONATO et al., 2019; Ministério da Saúde, 2021). Os componentes da questão nesse formato auxiliam a definir características importantes que os estudos precisam ter e orientar a formulação da questão de pesquisa.

Quadro 1 – Variáveis PICO

	Incluídos	Excluídos
<p><i>Population</i></p> <p>Qual é a população considerada pela RS</p>	Mulheres, com idade entre 40 e 69 anos de idade, sem diagnóstico de câncer de mama (assintomáticas).	Mulheres com diagnóstico de câncer de mama e/ou em tratamento da doença.
<p><i>Intervention</i></p> <p>Qual é a intervenção investigada.</p>	Programas, ações e/ou protocolos educacionais que visem o empoderamento da mulher como protagonista das suas mudanças de comportamento para prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama.	Programas, ações e/ou protocolos com mulheres diagnosticadas, em tratamento do câncer de mama e/ou mastectomizadas.
<p><i>Comparison</i></p> <p>Definição do comparador ou o controle, que é uma intervenção ativa.</p>	Dados populacionais sobre os fatores de risco, acesso as informações para prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama.	Dados sobre o câncer de mama.
<p><i>Outcome</i></p> <p>Define qual(is) será(ão) o(s) desfecho(s) investigado(s).</p>	Mudança no comportamento das mulheres sem diagnóstico de câncer de mama para prevenção e diagnóstico precoce da doença.	Dados informativos sobre câncer de mama.

Fonte: Elaboração da autora.

5.2 Estratégia de busca: seleção, elegibilidade e registros

Por meio das palavras-chave que possibilitaram o cruzamento entre os termos, os critérios de elegibilidade como estratégia de busca foram a inclusão de estudos realizados no período de 2017 a 2021, artigos científicos, estudos empíricos, em periódicos revisados por pares, nos idiomas português, inglês, espanhol e francês, cuja população fossem mulheres assintomáticas, que nunca foram diagnosticadas com câncer de mama (assintomáticas), de idade entre 40 e 69 anos, em que o objetivo fosse a aplicação de uma intervenção psicoeducativa para

prevenção e detecção precoce da neoplasia mamária. Estudos de especialização, conclusão de curso em geral, dissertações e teses foram excluídos.

As palavras-chave foram: CÂNCER (*Cancer*), MAMA (*breast*), EMPODERAMENTO (*Empowerment*), EDUCAÇÃO (*Education*), PREVENÇÃO (*Prevention*), combinando com os operadores booleanos “OR” para os vocabulários dentro de cada conceito e o “AND” para os diferentes conceitos. De acordo com a plataforma DeSC/MeSH – Descritores em Ciências da Saúde, utilizando termos de vocabulário controlado, foram feitas as seguintes combinações dos descritores: (*empowerment*) OR (*empowerment for health*) OR (*patient participation*) AND (*breast cancer*) OR (*breast neoplasms*) AND (*health education*) AND (*primary prevention*) OR (*Early Medical Intervention*).

O processo da estratégia de busca dos estudos se deu pela plataforma de Periódicos da CAPES, LILACS, Google Scholar e Elsevier Enhanced Reader, em 7 bancos de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Embase, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (National Library of Medicine's), PubMed (National Institutes of Health), e PsycInfo (American Psychological Association), no período de setembro a dezembro de 2021, por meio da identificação do título dos estudos indexados (Quadro 2). Com o auxílio do *software Mendeley*, os registros duplicados foram excluídos.

Quadro 2 – Estratégia de busca

BANCO DE DADOS	PALAVRAS-CHAVE / DESCRITORES / NOTA DE ESCOPO					ELEGIBILIDADE		
	Empowerment		Breast Neoplasms	Health Education	Prevention		INCLUSÃO	EXCLUSÃO
	(empowerment for health)	(patient participation)	Tumores ou câncer da MAMA humana.	Educação que aumente a consciência e influencie favoravelmente as atitudes e os conhecimentos relativos à melhoria da saúde a nível pessoal ou comunitário.	(primary prevention)	(early Medical Intervention)	GERAL: Inglês, Espanhol, Francês Artigos científicos Com revisão por pares Ano: 2017 a 2021 ESPECÍFICO: Mulheres de 40 a 69 anos Sem câncer de mama Programa da ABSaúde Com uma intervenção psicoeducacional em prevenção e detecção precoce do câncer de mama Estudos empíricos	1) fisiologia do câncer e/ou câncer de mama; 2) epidemiologia do câncer de mama; 3) mulheres com câncer de mama e/ou em tratamento e/ou mastectomizadas; 4) saúde em geral e outras doenças; 5) artigos que avaliavam um programa de prevenção e detecção precoce do câncer de mama, mas que não traziam resultados desta intervenção na população estudada; 6) outros.
BVS-Psi Brasil	<p>(<i>'psychoeducational interventions'</i> OR (<i>'psychoeducational AND interventions'</i>) AND (<i>'primary prevention'</i> OR (<i>'primary AND prevention'</i>) AND (<i>'empowerment of women in health promotion'</i>:au AND (<i>'healthy women'</i>:af AND (<i>'early detection of cancer'</i> 'OR (<i>'early AND detection AND of cancer AND of AND breast'</i>))</p>					<p>DEFINIÇÃO/CONCEITO</p> <p>Intervenção psicoeducacional para prevenção e detecção precoce do câncer de mama na atenção básica de saúde, com mulheres sem câncer de mama e que registrassem os resultados da ação como mudança de comportamento a partir do empoderamento feminino sobre a neoplasia.</p>		
BVS								
Embase								
Medline								
PsylInfo								
PubMed								
Scielo Index								

Fonte: Elaboração da autora.

RESULTADOS

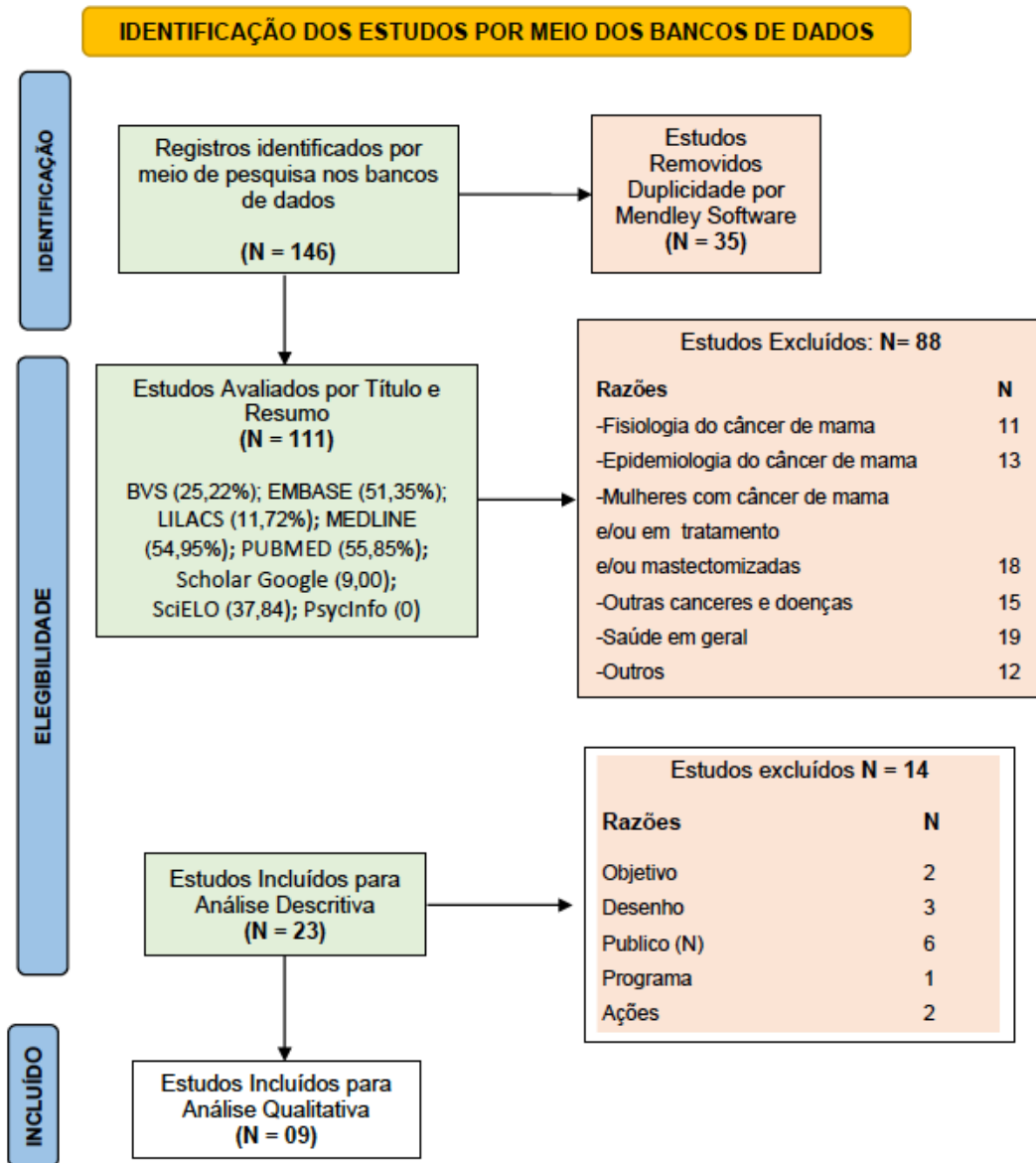
6 RESULTADOS

Para a base estrutural do mapeamento e do levantamento bibliográfico deste trabalho, a autora optou pela recomendação metodológica da declaração PRISMA2020 – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*. A declaração PRISMA2020 é uma versão atualizada e publicada no *British Medical Journal* (BMJ) no final de março de 2021 (PAGE et al., 2021a). A atualização se deu em virtude dos avanços na metodologia da revisão sistemática e de mudanças na terminologia. A Declaração PRISMA2020 é um conjunto de recomendações baseadas em evidências, desenvolvido para ajudar os autores a descrever melhor, de forma mais completa e transparente a fim de garantir que todos os aspectos desse tipo de pesquisa sejam relatados com precisão. Consiste em um roteiro para ajudar os autores a descrever melhor o que foi feito e o que foi encontrado.

Essa versão da Declaração PRISMA2020 inclui um diagrama de fluxo que contém tópicos mais específicos para revisões sistemáticas de estudos que avaliam intervenções em saúde, independentemente do desenho dos estudos incluídos (PAGE, 2021b). Essa versão se aplica a relatórios de revisões sistemáticas para avaliar outras intervenções como as sociais e/ou educacionais, conforme os critérios adotados e que nortearam o processo de busca desta pesquisa.

O *Diagrama de Fluxo PRISMA 2020* tem como objetivo apoiar e sintetizar o processo sequencial de seleção dos artigos incluídos para a apresentação dos dados colhidos nas bases de dados. O **Diagrama 1** contém as três fases do processo de seleção dos estudos e apresenta a seguinte estrutura: (a) IDENTIFICAÇÃO: consiste no registro total dos artigos encontrados nas bases de dados; (b) ELEGIBILIDADE: são os artigos para análise descritiva, a partir do resumo, considerando os critérios de inclusão e exclusão também descritos anteriormente no Quadro 2; (c) INCLUSÃO: corresponde ao número final dos estudos incluídos para a síntese qualitativa.

Diagrama 1 – PRISMA2020



Fonte: Declaração PRISMA2020.

ANÁLISE

7 ANÁLISE

7.1 Análise descritiva

Por meio de características bibliométricas (BEIRA, 2020), que possibilitam identificar a qualidade, a atividade, o impacto científico e fazer associações temáticas de interesse, foi realizada uma análise descritiva dos 23 estudos incluídos (**Quadros 7 a 29**), sendo 7 brasileiros, com 5 da Região Sudeste (3 do Estado do Rio de Janeiro, 1 de São Paulo e 1 do Espírito Santo), em destaque nos estudos sobre prevenção e detecção para câncer de mama. Foram utilizadas as seguintes categorias para esta análise: autor, ano da publicação, país de origem, fator de impacto do periódico, objetivo principal, desenho do estudo, número registrado, idade da população, se participava de algum tipo de programa, local do estudo, se havia algum protocolo descrito, ações tomadas e resultados finais. A autora manteve os critérios de inclusão e exclusão (Quadro 2) utilizados na avaliação por títulos e resumos.

Quadro 3 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS				RESULTADOS		
				N	IDA- DE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Santos, S. L. Z. et al. 2017 EUA	Ecancer Medical Science 6.73	Avaliar a tecnologia baseada na web Como recurso de treinamento para ACS (Agentes Comunitários de Saúde), com limitações técnicas, como intervenção educacional para câncer baseada em evidências em igrejas afro-americanas.	Estudo randomizado	36	40 a 75	O Projeto HEAL (Health through Early Awareness and Learning) é um ensaio de implementação aleatória de acordo com a comunidade, com base em evidências para os aspectos educacionais de intervenção sobre câncer de mama, próstata e câncer colorretal, respectivamente.	Igrejas afro-americanas no Condado de Prince George	15 igrejas randomizadas em 2 grupos de estudo, um de aula “Tradicional” e outro em “Tecnologia”, em que 2 ACSs por igreja foram treinados. Depois os ACS conduziram 3 oficinas educativas em suas igrejas sobre detecção precoce do câncer (mama, próstata e colorretal) e foram avaliados quanto ao desempenho.	Materiais educacionais impressos com base espiritual culturalmente direcionados para afro-americanos, que foram distribuídos em oficinas em grupo nas igrejas.	A implementação foi impactante em ambos os grupos, sugerindo o uso de métodos baseados na web como intervenção baseada em evidências em ambientes religiosos onde ACS podem trabalhar para eliminar as disparidades de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 4 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR / ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS				RESULTADOS		
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Skórzyńska, H. et al. 2017 Polônia	1.57	Avaliar a consciência de mulheres com mais de 50 anos quanto ao rastreamento preventivo recomendado no período da menopausa. A pesquisa também estimou a frequência dos testes de triagem realizados e distúrbios detectados.	Pesquisa Quantitativa	150	Acima de 50 anos.	-	Província de Lublin	O questionário continha perguntas sobre as atitudes das mulheres pesquisadas para a triagem preventiva, e sobre sua avaliação de disponibilidade e realização de testes de triagem.	Questionário elaborado pelo autor.	61,3% das mulheres foram submetidas a exames de Papanicolau e 51,3% a mamografia. De acordo com os médicos, as recomendações sobre detecção precoce de cânceres são frequentemente ignoradas e desconsideradas pelos pacientes.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 5 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR / ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS				RESULTADOS		
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Soto, P.C. E. et al. 2017 México	5.09	Avaliar o desempenho de um programa educacional medindo sua viabilidade, aceitabilidade, adequação, possibilidade de integração nos currículos do ensino médio; avaliar as mudanças no conhecimento sobre o câncer de mama e interação intergeracional com a transmissão do conhecimento para parentes do sexo feminino após a intervenção.	Pesquisa- ação	126	12 a 15 anos	Teste da viabilidade de implementar um programa educacional sobre câncer de mama na escola para adolescentes em uma comunidade rural mexicana, partindo do princípio que o conhecimento das adolescentes sobre o tema aumentaria e que haveria transmissão desse conhecimento para seus parentes do sexo feminino.	Escola pública de ensino médio Escuela Secundaria Técnica Número 47, no município de Santiago Miahuatlan, no estado de Puebla	As mudanças no conhecimento dos alunos e seus familiares foram avaliadas usando questionários de linha de base e de 4 meses de acompanhamento.	Com base no “Breast Health Education para Mulheres Jovens”, da Prevent Cancer Fundação e o Howard University Cancer Center, que contém: (a) informações sobre câncer de mama, fatos e equívocos b) história de sobrevivente de câncer de mama; (c) auto-exame das mamas; (d) colagem de pensamento crítico; e) role-playing atividade.	A implementação de um programa educacional de câncer de mama na escola é viável e aceitável em comunidades rurais, que a educação sobre o câncer de mama pode ser integrada ao currículo escolar, que os programas educacionais aumentam o conhecimento sobre câncer de mama entre adolescentes e que a transmissão intergeracional é um recurso inovador em educação, prevenção e detecção precoce do câncer de mama.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 6 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS			RESULTADOS			
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Nastasi, A. et al. 2018 -	1.79	Caracterizar a conversa no Twitter sobre mamografia e avaliar a qualidade das evidências utilizadas, bem como as opiniões dos usuários sobre as diretrizes atuais de triagem, usando hashtags relacionadas à mamografia.	Análise de conteúdo prospectiva de método misto	1345	64%<40 anos	Análise do tipo e qualidade do suporte usado pelos usuários de mídia social para fazer reivindicações e conselhos para o rastreamento do câncer de mama.	Twitter (Rede social)	Análise das hashtags que tivessem: “mammo”, “mammography”, “mammogram”, e “mammograms” retiradas do Twitter	As hashtags utilizadas para esta análise foram identificadas usando Symplur, um site que coleta e organiza hashtags relacionadas à saúde.	Primeira análise da qualidade do suporte usado pelos usuários de mídia social para reivindicações e conselhos para o rastreamento do câncer de mama; melhorar o suporte científico; rejeição das diretrizes usadas pelos ACS; o potencial das mídias sociais para divulgar informações baseadas em evidências sobre câncer de mama.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 7 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS			RESULTADOS			
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Hempstead B. et al. 2018 USA	3.96	Examinar se uma intervenção seria eficaz para aumentar o conhecimento sobre o câncer de mama entre os afro- americanos educadores de pares.	Estudo pré e pós-teste	135	-	Intervenção e a sua avaliação decorre de um programa desenvolvido por mulheres afro-americanas para afro- americanos mulheres.	área metropolitana de Seattle, WA	Fase 1: Parceiros de capacitação da comunidade (CEPs) Fase 2: membros da comunidade – participantes do workshop Tecnologia e Medidas de Avaliação	Recrutamento, Treinamento e avaliação dos fatores demográficos de saúde relacionados ao câncer de mama, do conhecimento e se havia intenção pós- intervenção de discutir informações com familiares e amigos.	Educadores e membros da comunidade mostraram aumento no conhecimento sobre câncer de mama. Membros da comunidade que foram educados também tiveram aumento na intenção de discutir sobre câncer de mama e o rastreamento com sua família, amigos e conhecidos.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 8 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS			RESULTADOS			
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Serral, G. et al. 2018 Espanha	3.48	Analisar, segundo variáveis, sociodemográficas, o controle mamográfico realizado por mulheres espanholas e descrever o papel desempenhado pelos programas populacionais de rastreamento do câncer de mama em termos de variabilidade dos controles mamográficos	Estudo transversal baseado na Pesquisa Nacional de Saúde de 2011	3.086	45 e 69	O papel desempenhado pelos programas populacionais de rastreamento do câncer de mama em termos de variabilidade dos controles mamográficos.	Espanha	Baseado na Pesquisa Nacional de Saúde de 2011.	Modelos de regressão logística, Obtenção do odds ratio (OR) ajustado para idade e seus respectivos intervalos de confiança.	91,9% indicaram já ter feito mamografia; as mulheres que tinham realizado o último controle mamográfico entre 1 e 2 anos antes estavam associados à classe social mais alta; o motivo da realização da última mamografia periódica para um programa populacional associou-se a mulheres de 60-69 anos. Os resultados indicaram existência de desigualdades sociais nas práticas preventivas.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 9 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS			RESULTADOS			
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Molina Y. et al. 2018 EUA	2.06	Comparar os efeitos relativos a educação e empoderamento no: 1) rastreamento de CM em mulheres; e na 2) divulgação das informações do câncer de mama pelas mulheres em suas redes sociais	Exploratório quase experimental	150	52 a 74	Empoderamento das latinas para obter exames de câncer de mama	Illinois, Chicago	1) Latina, Hispânica, Chicana; 2) residência em uma das áreas da comunidade visada; 3) não ser funcionária do BC; 4) 52-74 anos; 5) nenhuma mamografia nos últimos 2 anos); e, 6) sem história de voluntariado em saúde. os programas foram realizados por agentes comunitários de saúde.	Recrutamento por meio de folhetos, outros locais comunitários e eventos. As intervenções consistiram em três sessões de duas horas, com educação para prevenção (dieta, atividade física) e detecção precoce do câncer de mama; para empoderamento a intervenção foi a partilha de informação com a família/amigos e o voluntariado na área da saúde; a navegação foi fornecida para todas as mulheres que desejavam fazer mamografias.	1) realização de triagem de câncer de mama; 2) divulgação das informações do câncer de mama pelos participantes; 3) mudanças positivas nos participantes, facilitadores e profissionais; 4) novos comportamentos dos membros na rede social. O trabalho ofereceu uma nova abordagem para intervenção e avaliação via análise de redes sociais.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 10 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS			RESULTADOS			
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Bonsu, A.B. et al. 2018 Ghana	4.39	Mapear evidências sobre educação em câncer de mama em ambiente hospitalar, auto-exame da mama e serviços de exame clínico da mama para mulheres em países de baixa e média renda.	Revisão sistemática de estudos revisados por pares	-	-	Revisão Sistemática	Ghana	Busca eletrônica realizada nas bases de dados eletrônicas CINAHL Além disso, com texto completo (EBSCOhost), MEDLINE com texto completo (EBSCOhost), PsychINFO (EBSCOhost) e PubMed. Pesquisa através da busca “Citado por” e citações incluídas na lista de referências dos artigos incluídos.	Triagem dos estudos por meio da avaliação de seus títulos; Seleção dos resumos dos estudos identificados de forma descritiva, por foco e métodos; extração de dados de estudos elegíveis; triagem paralela e extração de dados conduzido por dois revisores; avaliação dos estudos incluídos usando a ferramenta de avaliação de métodos mistos (MMA); relato narrativo dos dados extraídos dos estudos incluídos por meio da análise temática.	Protocolo de uma revisão sistemática

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 11 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS			RESULTADOS			
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Sendall, M.C. et al 2018 Austrália	1.43	Identificar as percepções dos farmacêuticos comunitários sobre seu papel, conhecimento e confiança em relação ao câncer de intestino e promoção da saúde do rastreamento do câncer de mama.	métodos mistos com farmacêuticos comunitários e informantes-chave na região	27	20 a 69	Quality Care Pharmacy Program Pharmacy Guild of Australia's	Brisbane, Queensland	Triagem em farmácias comunitárias.	1) os dados quantitativos foram coletados de farmacêuticos comunitários por meio de uma pesquisa eletrônica; 2) os dados qualitativos foram coletados de farmacêuticos comunitários e informantes-chave por meio de entrevistas em profundidade.	É possível promover o rastreio do câncer de intestino e de mama nas farmácias comunitárias; sugere uma formação adicional dos farmacêuticos comunitários para aumentar o conhecimento sobre câncer de mama e a confiança em promover serviços de referência e rastreio das doenças; destaca o importante papel dos farmacêuticos comunitários para o aumento do engajamento nos programas nacionais de rastreamento de câncer de intestino e de mama para diminuir as taxas de mortalidade.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 12 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS			RESULTADOS			
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Tomazelli, J. G. 2018 Brasil	2.26	Descrever o acompanhamento, durante dois anos, das mulheres com mamografias de rastreamento com lesão suspeita ou altamente suspeita de malignidade.	Estudo Descritivo	206	<40 >70	Linha de cuidado, com dados dos sistemas de informações em saúde (SIS) de mulheres que fizeram mamografia de rastreamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no segundo semestre de 2010.	Rio de Janeiro	Utilização dos dados: a) SISMAMA (Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama); b) SIA/SUS/BPA-I (Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde/Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado).c) SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde); d) APAC-Onco (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – Oncologia) d) SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade)	relaciona- mento probabilístico entre as bases de dados avaliada; utilização do teste do qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, de acordo com a indicação.	mostrou ser possível a recuperação das informações sobre linha de cuidado do câncer de mama a partir dos registros nos sistemas de informações em saúde; a estratégia utilizada permitiu que algumas mulheres fossem localizadas; indicou a necessidade de se aperfeiçoar a organização da rede de atenção ao câncer de mama; A classificação do tipo de estabelecimento possibilitou avaliar o perfil dos serviços de saúde solicitantes dos exames necessários.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 13 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS			RESULTADOS			
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Azevedo, A. et al. 2019 BRASIL	NÃO ENCONTRADO	Analisar o conhecimento de mulheres cadastradas na Estratégias de Saúde da Família (ESF) sobre rastreamento do câncer de mama.	Métodos: Estudo quantitativo, descritivo e transversal	224	entre 35 e 69 anos	Estratégias de Saúde da Família (ESF)	Alfenas – MG	população amostral, selecionada a partir do total de mulheres cadastradas em cinco ESF	Entrevistas, questionário estruturado, dados analisados por estatística multivariada com a técnica de componentes principais.	O conhecimento acerca dos exames preventivos e da sua importância está relacionado com a regularidade com que as mulheres os realizam

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 14 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS			RESULTADOS			
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Silva, R. P. et al. 2019 Brazil	2.26	Analisar a prevalência e os fatores associados à realização da mamografia	Estudo transversal	400	Mulheres de 40 a 59	Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	Vitória, Espírito Santo	26 unidades de saúde; dados coletados de março a setembro de 2014; as variáveis independentes com características sociodemográficas, comportamentais e reprodutivas	Cálculos sociodemográficos pelo programa; Coleta dos dados por entrevistas aleatórias; questionário próprio; o instrumento 'Critério de Classificação Econômica Brasil', da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa (ABEP, 2013) para categorizar a classe econômica das participantes de acordo com seu poder de compra; realização da mamografia	Maior frequência na realização de mamografias pela classe A/B, o que sugere desigualdade no acesso ao exame e investimento na capacitação dos profissionais de saúde para ações educativas sobre a importância da mamografia para detecção precoce do câncer de mama.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 15 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS			RESULTADOS			
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Bilotti, C.C., et al. 2020 Brasil	1.22	Analisar a possibilidade da incorporação dos aparelhos celulares nas estratégias de educação em saúde relacionada ao câncer de mama de mulheres atendidas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família	Descritivo	259	<40	ESF do SUS nas 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS)	Maringá, Paraná	questionários semiestruturados aplicados durante as visitas domiciliares (VD) pelos ACS. Organizado em: 1) caracterização sociodemográfica; 2) usabilidade dos aparelhos celulares; 3) usabilidade da internet; 4) conhecimento sobre a detecção precoce do câncer de mama; e 5) meios de veiculação de informações sobre o câncer de mama.	reuniões com os agentes de saúde (ACS); visitas domiciliares (VD); Os dados coletados foram tabulados em planilha Excel e os resultados analisados por meio de análise descritiva, com o auxílio do ambiente estatístico R (R Development Core Team) para a obtenção de tabelas de frequência; A porcentagem foi calculada dividindo-se a frequência absoluta pelo número de respondentes do questionário.	A incorporação dos aparelhos celulares nas estratégias de educação em saúde direcionada ao câncer de mama mostra-se viável, porém, faz-se necessário considerar limitações de usabilidade e acesso à internet.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 16 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS			RESULTADOS			
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
SCHEEL J. R. et al. 2020 Uganda	186.75	Propor recomendações para melhorar o sistema de saúde de Uganda para a detecção precoce do câncer de mama.	Análise situacional do sistema de saúde da mama usando métodos desenvolvidos pela Breast Health Iniciativa Global	-	-	-	Uganda	Diretrizes NCCN de recursos estratificados (versão 3.2018) 7 para a investigação clínica do câncer de mama	Desenvolveram uma série de recomendações para fortalecer o sistema de saúde para os primeiros diagnóstico de câncer de mama com base na detecção clínica, encaminhamento, amostragem de tecido e diagnóstico.	Os hospitais nacionais de referência devem oferecer programas educacionais a prestadores de cuidados de saúde primários em centros de saúde comunitários (CHCs), nos quais a maioria das mulheres apresenta os primeiros sintomas.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 17 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS			RESULTADOS			
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Ginsburg, O. et al. 2020 América Latina	186.75	Descrever as fases de desenvolvimento do programa de detecção precoce, com estratégias de gestão necessárias para o diagnóstico da doença clinicamente detectável com base em educação de conscientização, treinamento técnico, histórico, exame físico e diagnóstico preciso	Descritivo	-	-	Documento de consenso da 6ª Cúpula Global BHGI realizada em outubro de 2018, descrevemos “fases” de desenvolvimento do programa de detecção precoce	América Latina	Exemplos de casos de países para destacar os desafios e oportunidades da implementação bem-sucedida do programa de detecção precoce do câncer de mama considerando a complexa interação de barreiras e facilitadores em cenários do mundo real; Apresentação de “fases” do desenvolvimento do programa desde as estratégias de manejo necessárias para o diagnóstico da doença detectável, até as questões centrais relacionadas ao planejamento, implementação e o processo de melhoria do programa	estratégias de gestão, educação de conscientização e treinamento técnico, história, exame físico e diagnóstico preciso do tecido; Abordaram finanças e governança, exemplos de implementação, processo e clínica métricas de resultados que auxiliam no monitoramento da implementação do programa	Um sistema de saúde robusto é pré-requisito para fornecer tratamento de câncer de mama que são diagnosticados através dos programas de detecção precoce; a educação do paciente e do profissional de saúde ajuda a encurtar o intervalo do diagnóstico de menos de 60 dias que requer uma coordenação dos elementos desde o diagnóstico na avaliação clínica, imagem, amostragem de tecidos e avaliação patológica.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 18 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS			RESULTADOS			
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Carvalho F. P. et al. 2020 Brasil	1.857	relatar a vivência dos discentes de enfermagem em uma ação educativa sobre o câncer de mama e tuberculose.	relato de experiência	08	-	Curso de Enfermagem do Centro Universitário Anhanguera de Niterói.	Centro Universitário, Niterói/RJ	ação educativa com trabalhadores de uma empresa localizada na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, Brasil.	Dinâmica prática sobre autoexame das mamas com realização pelos funcionários; - Realização de perguntas e Respostas, leitura de mitos populares, explanação do conteúdo científico sobre as temáticas; - Feedbacks pelos funcionários.	evidenciou-se a relevância da educação em saúde ao grupo que compôs a atividade educativa, assim como os benefícios para prevenção de doenças e promoção da saúde dos trabalhadores. A maior conscientização sobre os temas câncer de mama e a tuberculose contribui para orientações que visam a promoção e prevenção

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 19 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS			RESULTADOS			
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Lourenço, C. S. et al. 2020 Brasil		Demonstrar os benefícios da educação em saúde sobre o câncer de mama para a população.	Relato de experiência	-	-	-	Escola Paulista de Enfermagem, EPE/ UNIFESP São Paulo, SP	Monitoramento e supervisão	boletins informativos e banner	Por meio de ações educativas foi possível ver os profissionais com uma visão e atuação transformadora da realidade, a partir das reflexões que interferiram no exercício da cidadania. Ao término da ação foi sentido nos discentes, a capacidade de mudar e de fazer a diferença na sociedade com a educação em saúde sobre o câncer de mama para a população.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 20 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS			RESULTADOS			
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Almeida, M. M. M. et al. 2020	29.96	Analisar os processos de regulação assistencial a partir das ações para detecção precoce do câncer de mama em perspectiva regional.	Estudo qualitativo e descritivo	6	-	Rede assistencial para detecção precoce do câncer de mama, municípios da região de saúde, estado do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	entrevistas semiestruturadas	visitas às centrais de regulação	As centrais de regulação eram heterogêneas quanto à informatização; multiplicidade de sistemas regulatórios, sob gestão estadual, municipal e regional; A implantação do Sistema de Informação de Câncer não foi efetivada, comprometendo o monitoramento das ações e coordenação do cuidado. Foram identificados esforços para qualificar os processos regulatórios empreendidos pelos municípios, embora permanecessem ações automatizadas e paralelas, sem atuação do gestor estadual na coordenação e articulação das redes regionalizadas.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 21 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS			RESULTADOS			
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Molina Y. et al. 2021 E.U.A.	3.943	Avaliação de várias abordagens baseadas na comunidade para melhorar o câncer de mama das latinas	métodos de redes sociais; eficácia comparativa	145	-	-	Duas comunidades do sul e oeste de Chicago	Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA (USPSTF) Diretrizes de triagem de câncer de mama.	3 sessões em grupo, assistência logística através de 5 ligações mensais e encaminhamento gratuito para programas de triagem e realização de mamografia.	Os participantes capacitar+LA foram mais propensos a relatar a realização de mamografias, engajar mais indivíduos sobre câncer de mama, iniciar conversas em locais públicos e discutir sobre mamografia.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 22 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS			RESULTADOS			
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Zhang, M. W. W. Q et al. 2021 China		Este estudo teve como objetivo aplicar a motivação de proteção (PMT) na previsão da intenção de rastreamento do câncer de mama.	Transversal	412	40–74	-	Wuhan	A teoria da motivação de proteção (PMT) sugerida por Rogers, que fala sobre o apelo à ameaça.	Questionário de autorrelato	Os programas de intervenção podem ser mais eficazes com base nos subconstrutos da PMT (teoria da motivação de proteção), especialmente para melhorar a autoeficácia, a gravidade percebida e o conhecimento, reduzir o custo de resposta, bem como direcionar grupos demográficos específicos para o rastreamento do câncer de mama.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 23 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR/ ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS			RESULTADOS			
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Ortega, J. M. et al. 2021 México	3.00	Relatar as intervenções educativas sobre câncer de mama realizado entre 2016 e 2021.	Revisão integrativa	19 artigos	-	-	Guanajuato e Cidade do México	Bases de dados, Utilização de palavras-chave e do operador booleano; Artigos quantitativos de texto completo em inglês, Espanhol ou Português e que o conceito de intervenções educativas sobre câncer de mama fosse abordada, com foco na prevenção primária para homens, mulheres ou ambos.	Durante o período de 2019 a 2020, foi feita uma busca exaustiva na literatura científica por artigos que descrevessem intervenções educativas sobre câncer de mama (CM), por meio da qual foram encontrados 137 artigos; com 19 artigos restantes para serem analisados	Um artigo incluiu homens e mulheres e os 18 restantes incluíram apenas mulheres, com intervenções realizadas em sessões, oficinas, em etapas e com técnicas dinâmicas. Há uma necessidade premente de intervenções educativas sobre CM para homens e mulheres em todas as fases da vida; no entanto, deve ser dada prioridade à população jovem para permitir a prevenção precoce. Estas intervenções não geram custos e têm um efeito positivo ao aumentar o conhecimento e promover cuidados pessoais.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 24 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR / ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS				RESULTADOS		
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Pons, R. A. et al. 2021 Espanha	1.66	Avaliar o efeito de receber informações sobre os benefícios e malefícios do câncer de mama triagem na escolha informada, de acordo com a escolaridade.	Análise secundária de um estudo randomizado e controlado, em quatro programas de triagem,	400	-	-	Catalunha e as Ilhas Canárias	Um grupo de intervenção e um grupo controle	folheto padrão de recomendação para participação no programa de triagem; O nível educacional foi agrupado em duas categorias, baixo e alto.	A intervenção produziu maior aumento de conhecimento em mulheres com alto nível educacional. em comparação com aqueles com nível educacional mais baixo. Entre as mulheres que receberam a intervenção, a escolha informada foi quase três vezes maior naqueles com alto nível educacional. Não foram observadas diferenças entre os níveis educacionais em conflito decisório, confiança na decisão, ansiedade e preocupação com câncer de mama, nos grupos de intervenção e controle.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 25 – Análise descritiva dos estudos incluídos

AUTOR / ANO PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO FATOR DE IMPACTO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO	INSTRUMENTOS				RESULTADOS		
				N	IDADE	PROGRAMA	LOCAL	PROTOCOLO	AÇÕES	RESULTADOS
Oliveira, D. A. L. et al. 2021 Brasil	5.70	Elucidar o uso de tecnologias na educação em saúde para prevenção e rastreamento do câncer de mama.	Revisão integrativa	563 estudos	-	-	-	Temas relacionados ao uso de tecnologia para educação em saúde na prevenção e rastreamento precoce do câncer de mama, utilizando recorte temporal de 2015 à 2019, fontes primárias e avaliação dos níveis de evidência	-	Evidenciou-se que o uso de tecnologias computacionais são ferramentas aliadas ao processo de empoderamento feminino, desenvolvimento das estratégias educativas, refletindo no fortalecimento da autonomia da mulher e melhor operacionalização destas ações nos serviços de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

7.2 Análise qualitativa

Cevallos e Egger (2014) relatam que, depois de algumas discussões, em 2010, em um workshop sobre revisões sistemáticas, foi sugerido usar a Declaração PRISMA e *The STROBE Statement – Strengthening The Reporting Of Observational Studies In Epidemiology* juntos. Questões conceituais específicas dos estudos observacionais não contidos no *checklist* PRISMA, com a junção, compõem um recurso de avaliação mais completa (LIBERATI A. et al., 2009; CEVALLOS; EGGER, 2014). Segundo Vandembroucke et al. (2014), *The STROBE Statement* facilitou a interpretação e aplicação dos resultados dos estudos selecionados para uma revisão sistemática.

A declaração STROBE avalia a qualidade da publicação de estudos epidemiológicos do tipo coorte, caso-controle e transversal, auxilia na avaliação da qualidade metodológica, evidencia se a produção de informações fornecidas é segura e sem viés, bem como avalia os pontos fortes e fracos. Os critérios de avaliação que compõem a lista de verificação STROBE têm como objetivo indicar as informações essenciais que devem ser reportadas e como devem ser relatadas, facilitando a avaliação e a validação dos estudos, bem como examinar novas ideias que podem ser úteis para rejeitar ou confirmar procedimentos já existentes.

Ajustar os olhares sobre dados de estudos já realizados pode não ser possível ou desejável por alguns (VANDENBROUCKE et al., 2014), mas servem como estudos adicionais para confirmar ou refutar as observações anteriormente realizadas. Por essas razões apresentadas é que a autora optou pela aplicação da declaração *The STROBE Statement* nesta etapa da análise qualitativa da revisão.

A lista de verificação possui 22 itens (VON ELM et al., 2008; VANDENBROUCKE et al., 2014; PACHECO et al., 2017), a saber: título, resumo, introdução, métodos, resultados e seções de discussão dos estudos. A avaliação dos pontos fortes e fracos corresponde a uma pontuação de 0 a 2 para cada um dos 22 itens, com escore máximo de 20 pontos. Quanto mais elevados os escores, maior a qualidade dos estudos.

Assim, A *Lista de Verificação de Estudos Observacionais em Epidemiologia* (CheckList STROBE – ANEXO 1) foi utilizada para avaliar os estudos selecionados

para análise qualitativa (n=09), de acordo com os critérios de inclusão e exclusão (ver motivos de exclusão no Quadro 2) e os critérios analíticos que constam nos Quadro 26.

Quadro 26 – Resultados da análise usando critérios STROBE.

	Item	Itens	Soto, P.C. E. et al. 2017	Nastasi, A. et al. 2018	Hempstead, B. et al. 2018	Molina, Y. et al. 2018	Ginsburg, O. et al. 2020	Carvalho, F. P. et al. 2020	Molina, Y. et al. 2021	Pons, R. A. et al. 2021	Oliveira, D. A. L. et al. 2021	
Título e Resumo	1	a) Projeto	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
		b) Resumo	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
Introdução	2	c) Estrutura	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	3	Objetivos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
Métodos	4	Desenho do Estudo	1	2	2	2	2	2	2	2	2	
	5	Contexto	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	6	Participantes	a) Elegibilidade e Seleção	2	2	2	2	2	2	2	2	2
			b) Critérios de correspondência	1	2	2	2	2	2	2	2	2
	7	Variáveis	0	2	2	2	2	2	2	2	2	
	8	Fontes de dados/medição	2	2	2	2	0	2	2	2	2	
	9	Viés	1	2	2	2	1	2	2	2	2	
	10	Tamanho do estudo	2	2	2	2	1	2	2	2	2	
	11	Variáveis quantitativas	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	12	Métodos Estatísticos	a) Métodos	2	2	2	2	1	2	2	2	2
			b) Subgrupos	2	2	2	2	1	2	2	0	2
			c) Dados ausentes	0	0	2	2	1	2	2	0	2
d) Coorte - Caso-Controlle - Transversal			2	2	2	2	1	2	2	N/A	2	
e) Análises de sensibilidade			N/A	N/A	2	2	1	2	2	0	2	

[continua...]

	Item	Itens	Soto, P.C.E. et al. 2017	Nastasi, A. et al. 2018	Hempstead , B. et al. 2018	Molina, Y. et al. 2018	Ginsburg, O. et al. 2020	Carvalho, F. P. et al. 2020	Molina, Y. et al. 2021	Pons, R. A. et al. 2021	Oliveira, D. A. L. et al. 2021	
Resultados	13	Participantes	a) N° de indivíduos	2	2	2	2	1	2	2	2	2
			b) Motivos da não participação	0	0	0	2	0	2	2	0	2
			c) Diagrama de fluxo	2	2	1	2	0	2	2	2	2
	14	Dados Descritivos	a) Características dos participantes	2	2	2	2	2	2	2	2	2
			b) Dados ausentes para cada variável	2	2	2	2	0	2	2	0	2
			c) Tempo de acompanhamento (Coorte)	2	2	2	2	0	2	2	2	2
	15	Dados de resultado	- N° de eventos de resultado ao longo do tempo - N° de cada categoria de exposição - N° eventos de resultado	2	2	1	2	2	2	2	2	2
	16	Principais resultados	a) Estimativas	2	2	2	2	2	2	2	2	2
			b) Limites da categoria	0	0	2	2	2	2	2	2	2
			c) Risco Relativo/Absoluto	2	2	2	2	2	2	2	2	2
17	Outras análises		0	0	2	2	2	2	2	0	2	
Discussão	18	Principais resultados		2	2	2	2	2	2	2	2	
	19	Limitações		2	1	2	2	2	2	2	2	
	20	Interpretação		2	2	2	2	2	2	2	2	
	21	Generalização		2	2	2	2	2	2	2	2	
Outros	22	Financiamento		2	2	2	2	2	2	2	2	
Total												
Total (%)												

Fonte: von Elm et al. (2008); Vandenbroucke et al. (2014) (Adaptado).

Conforme os critérios de elegibilidade, os artigos incluídos na análise qualitativa foram publicados nos anos de 2017 a 2021. Dos 9 estudos selecionados, 3 foram publicados em 2018 (NASTASI et al., 2018; HEMPSTEAD et al., 2018; MOLINA et al., 2018) e 3 foram publicados mais recentemente, em 2021 (MOLINA et al., 2021; PONS et al., 2021; OLIVEIRA et al., 2021). Nesses anos, de 2018 a 2021, 2 artigos são de uma mesma autora principal: Yamile Molina.

Observamos que a maioria dos estudos analisados mostrou acordo em relação aos fatores relacionados às dificuldades de adesão ao rastreamento da população atendida. Os principais fatores encontrados associados ao população-alvo foram: escolaridade inferior a oito anos, baixa renda, rede de apoio social e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Soto-Perez-de-Celis et al. (2017) relatam que barreiras sociais, culturais e econômicas, como pobreza, falta de conscientização e programas de triagem deficientes também podem ajudar para o aumento de diagnósticos tardios para câncer de mama.

Quanto menor o nível educacional e a renda, maior é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A baixa escolaridade está diretamente relacionada à baixa renda e às atividades profissionais (PONS-RODRÍGUEZ et al., 2021). Os resultados apontados por Pons-Rodríguez et al. (2021) indicaram que as mulheres, com baixo nível educacional, participantes do estudo melhoraram suas atitudes em relação ao rastreamento, além do aumento na intenção de ser rastreada após receberem informações sobre os benefícios e efeitos adversos produzidos pela realização da mamografia. Pons-Rodríguez et al. (2021) consideram, então, a necessidade de maior atuação dos serviços públicos de saúde em educação, intervindo, de forma mais eficaz, na população mais vulnerável para o desenvolvimento do câncer de mama e garantir o rastreamento preventivo.

De acordo com os objetivos e as ações dos 9 estudos, todos referem a educação como eixo principal de suas pesquisas. Soto et al. (2017), Nastasi et al. (2018), Molina et al. (2021) e Hempstead et al. (2019) avaliaram as mudanças no conhecimento sobre o câncer de mama por meio da divulgação de dados e diretrizes baseadas em evidências. As participantes pesquisadas foram equipadas com habilidades atuais, de modo a se engajarem para um comportamento de mudança sobre o câncer de mama. No estudo de Soto et al. (2017), o destaque foi a interação

intergeracional para transmissão do conhecimento sobre câncer de mama a partir de adolescentes do sexo feminino de uma escola de ensino médio rural para seus familiares do mesmo sexo, em que as mudanças no conhecimento dos dois grupos foram avaliadas usando questionários de linha de base e com acompanhamento por 4 meses.

Soto et al. (2017) registraram, também, que, para questões de viabilidade, foram incluídas apenas alunas mulheres. Contudo, os autores reconhecem que é muito relevante incluir homens e pretendem desenvolver um programa específico para o público masculino em estudos futuros.

Hempstead et al. (2019), ao recrutar, treinar e capacitar mulheres afro-americanas para servirem como educadoras de pares, mostraram que o interesse das participantes em divulgar o conhecimento recebido sobre câncer de mama para familiares, amigos e conhecidos foi associado com maiores mudanças de crenças e de comportamento. Os autores sugerem que a educação por pares capacitou as mulheres afro-americanas, que passaram de “receptoras de informações” para “conselheiras” sobre câncer de mama.

Esses trabalhos se alinham com a teoria de Paulo Freire sobre empoderamento em educação e apoia o crescimento de interesses em intervenções de redes entre líderes de opinião popular para programas de rastreamento de câncer de mama. Participantes de intervenções com empoderamento educativo estarão mais propensas a compartilhar informações com mulheres em suas redes sociais e comunitárias (HEMPSTEAD et al., 2019; MOLINA et al., 2018).

Ginsburg et al. (2021) concluíram em seu estudo que a disponibilidade de recursos humanos para a saúde depende da capacidade do sistema educacional de produzir atrair, motivar e reter provedores. De acordo com os autores, as abordagens de compartilhamento e transferência de tarefas têm sido usadas com sucesso em diferentes ambientes de programas de detecção precoce do câncer de mama para melhorar o acesso aos cuidados de saúde da mama e reduzir as disparidades dos diagnósticos de câncer de mama em todo o mundo.

No documento de consenso da 6ª Cúpula *Global The Breast Health Global Initiative* (BHGI) realizada em outubro de 2018 (DUGGAN, 2020; GINSBURG et al., 2020) foram descritas as fases de desenvolvimento de um programa para detecção

precoce do câncer de mama, começando com as estratégias de gestão necessárias para o diagnóstico da doença com base em educação de conscientização e treinamento técnico. Ginsburg et al. (2020) abordaram questões centrais desse documento, incluindo finanças e governança, que dizem respeito ao planejamento, à implementação e ao processo de melhoria e que são necessários para que um programa de detecção precoce do câncer de mama seja bem-sucedido.

Considerar a complexa interação de barreiras e facilitadores para alcançar a detecção precoce do câncer de mama é uma das maneiras mais eficazes para a implementação de um programa eficaz em detecção precoce do câncer de mama. Segundo Ginsburg et al. (2020), em muitos contextos, as mulheres enfrentam barreiras complexas para detecção precoce, incluindo sociais, econômicas, fatores geográficos, entre outros que podem limitar seu acesso a serviços eficazes de saúde da mama.

Carvalho et al. (2020) também destacam em seu trabalho a importância das atividades de educação em saúde como ferramenta utilizada com o objetivo de abordar temas que possibilitem a população adquirir conhecimento e autonomia para uma vida saudável. A estratégia de compartilhar conhecimento de forma dinâmica e com vocabulário acessível à compreensão da população foi uma ferramenta explorada. Os autores constataram que as orientações de promoção de saúde e preventivas sobre câncer de mama devem ser incentivadas por meio da educação em saúde e do comprometimento motivacional dos profissionais envolvidos, desmistificando, ainda, as crenças que envolvem o saber popular.

Como no estudo sobre o papel do nível educacional no rastreamento do câncer de mama (PONS-RODRÍGUEZ et al., 2021), os autores analisaram se o nível educacional modifica o efeito da intervenção de informações para a população feminina. Observou-se que a escolha informada foi cerca de três vezes maior em mulheres com nível educacional mais alto do que naquelas com nível educacional mais baixo. A intervenção resultou em um maior aumento do conhecimento sobre os benefícios e efeitos adversos da triagem em mulheres com alto nível educacional e diminuiu a atitude contra o rastreamento nestas mulheres em relação àquelas que tinham um nível educacional mais baixo.

Pons-Rodríguez et al. (2021) concluíram que as informações sobre os benefícios e efeitos adversos da triagem do câncer de mama teve mais impacto nas mulheres com alto nível educacional. Nas mulheres com baixo nível educacional, informações sobre os benefícios e efeitos adversos produziram um aumento na intenção de participar do rastreamento. No Brasil, esse resultado confronta com a falta de acesso aos mamógrafos, que são mal distribuídos, a falta de uma alimentação saudável e de acesso a atividades físicas. Esse fato, na verdade, frustra essas mulheres quando elas compreendem para que serve a mamografia e todos esses recursos modificadores dos principais fatores de risco para a detecção precoce do câncer de mama.

Por fim, Oliveira et al. (2021) trazem um estudo em que destacam o uso de tecnologias de educação em saúde, voltadas para a prevenção e o rastreamento precoce do câncer de mama. Os autores revelam um panorama que retrata a deficiência no trabalho das equipes de saúde na aplicação de atividades educativas no âmbito da atenção primária, referentes à prevenção dessa patologia. Os resultados apresentados nesse estudo descrevem o empoderamento como forma de educar e promover uma melhor tomada de decisão da população feminina e fortalece novos hábitos, visando à prevenção do câncer de mama.

Tendo em vista que a maioria dos casos ocorre por falta e/ou déficit de informações por parte das mulheres sobre a doença, os autores verificaram que o desenvolvimento de ações educativas no âmbito da saúde que abordem estratégias incisivas é essencial para a prevenção e a diminuição de agravos para câncer de mama. Oliveira et al. (2021) tiveram resultados significativos diante do uso de uma comunicação ativa e educativa, desenvolvendo uma maior confiança nas mulheres e fortalecendo a relação interpessoal com os profissionais, conseguindo transpor barreiras existentes quanto à procura de ajuda, aumento da percepção das mulheres sobre as mudanças em seu corpo e engajamento para o autocuidado.

A implementação da educação em saúde é um fator positivo por favorecer autonomia ao paciente, desde que as informações transmitidas sejam fornecidas de forma simples e dinâmica à comunidade, viabilizando a compreensão do conteúdo. A execução dessas ações demonstra seu papel enquanto promotoras de saúde e valorização do autocuidado, ao permitir a elucidação e a construção de novos

conhecimentos no tocante às práticas de prevenção e rastreamento do câncer de mama. Trata-se de promover estratégias que valorizem a comunicação e a informação como ponto primordial na abordagem com mulheres assintomáticas, já que esse aspecto tem dado resultados satisfatórios em relação ao conhecimento sobre câncer de mama, como também na adesão e realização dos exames preventivos e detecção precoce.

DISCUSSÃO

8 DISCUSSÃO

As evidências consideradas para a análise qualitativa desta revisão sistemática forneceram dados importantes para abordar as necessidades não atendidas de educação para a saúde da mama das mulheres. Os estudos apontaram que os programas educacionais precisam ser cultural e socialmente apropriados, indo além das barreiras que influenciam a participação da população no rastreamento do câncer de mama.

Os resultados basais dos 9 estudos incluídos na análise qualitativa evidenciaram baixo nível de conhecimento sobre o câncer de mama em todas as populações pesquisadas. Uma razão para isto está no fato de que, mesmo para as informações sobre os problemas de saúde da mulher, as oportunidades educacionais são limitadas. O tema saúde e prevenção do câncer, de um modo geral, não estão incluídos entre as questões de saúde abordadas nos currículos educacionais do Ministério da Educação em nenhum dos níveis (SOTO et al., 2017).

Em países com recursos limitados, as intervenções educativas sobre a saúde da mama precisam ensinar às mulheres a importância de buscar uma avaliação oportuna dos sintomas, enfatizando que há uma melhoria na sobrevida quando o câncer de mama é detectado precocemente. De acordo com Soto et al. (2017), o acompanhamento realizado em seu estudo ao longo de 4 meses, após a implementação do programa, foi fundamental para a viabilidade e a aceitação das intervenções educacionais por parte do público-alvo.

A implementação de um programa educacional sobre câncer de mama é viável e aceitável, conforme descreve Soto et al. (2017) em seu estudo realizado em uma escola de ensino médio rural mexicana para adolescentes do sexo feminino. O estudo mostrou que educar adolescentes e jovens do sexo feminino é uma intervenção eficaz para aumentar a conscientização e o conhecimento sobre prevenção e detecção precoce do câncer de mama. O programa educacional implementado por Soto et al. (2017) aumentou significativamente o conhecimento sobre o câncer de mama entre estudantes e seus familiares do sexo feminino.

A estratégia de se fazer uma transmissão intergeracional entre estudantes e seus familiares, além do acompanhamento de ambos os grupos por 4 meses pela

equipe de pesquisa, mostrou ser um recurso eficaz para o aumento do conhecimento sobre o câncer de mama. Nesse estudo, Soto et al. (2017) queriam saber se o conhecimento sobre o câncer de mama poderia ser transmitido de forma intergeracional de adolescentes a seus familiares do sexo feminino, ampliando o efeito do programa e aumentando a conscientização de uma população de maior risco.

Crianças e adolescentes influenciam e modificam comportamentos adultos tanto direta quanto indiretamente. Estudos em educação ambiental têm mostrado que a informação entregue às crianças pode ser transferida com sucesso entre gerações e causar mudanças comportamentais nos pais. Damerell, Howe e Milner-Gulland (2013), em seus estudos sociais, relataram que as crianças influenciam os valores e as atitudes de seus pais, inclusive sobre o uso do orçamento e dos investimentos familiares.

Esse potencial influenciador das transmissões intergeracionais não é explorado nos cuidados em saúde. Os resultados encontrados no estudo de Soto et al. (2017) reforçam a eficácia da transmissão intergeracional de conhecimento sobre câncer de mama das alunas do ensino médio para seus familiares do sexo feminino. O estudo mostrou que houve melhora no conhecimento dos familiares 4 meses após a intervenção, que não foi tão grande quanto a dos alunos, mas, ainda assim, foi significativo, além de estreitar as relações familiares e difundir o conhecimento adquirido sobre o tema.

O aumento observado no conhecimento sobre câncer de mama entre os familiares do sexo feminino das estudantes é relevante, porque elas eram mais propensas a estar em uma faixa etária-alvo para o rastreamento do câncer de mama. Assim, a implementação de programas educacionais intergeracionais pode ter impacto de longo prazo ao proporcionar às adolescentes e às jovens mais conhecimento sobre a prevenção do câncer de mama, bem como benefícios de curto prazo ao estimular a detecção de doenças sintomáticas e assintomáticas entre seus familiares de todas as idades no controle do câncer de mama.

Incluir um programa educacional para prevenção e detecção precoce do câncer de mama como uma atividade escolar regular pode ser uma intervenção em potencial. Reunir uma equipe de pedagogos e psicólogos que façam educação em

saúde, bem como autoridades educacionais e professores, que desenvolvam um programa culturalmente sensível e apropriado à população-alvo, pode ser uma proposta de intervenção viável com base nas evidências apresentadas pelo estudo de Soto et al. (2017).

Assim, o programa pode ser implementado por agentes comunitários, ou seja, mulheres sobreviventes de câncer de mama, treinadas previamente por psico-oncologistas e residentes de medicina especializados na doença. Os agentes podem ser multiplicadores e facilitadores para transmissão do conhecimento e direcionadores de atividades aos professores locais para implementar o programa de educação em prevenção e detecção precoce do câncer de mama.

Hempstead et al. (2019) ampliam os resultados da pesquisa de Soto et al. (2017), mostrando em seu estudo que um modelo de educadores de pares pode ser atraente e viável. Mesmo que as desigualdades no estado de saúde, as dificuldades de acesso e cuidados, a situação socioeconômica, a falta de conhecimento e as crenças culturais sobre câncer de mama em populações de baixa renda sejam maiores do que em outras (SMITH; CONWAY-PHILLIPS; FRANCOIS-BLUE, 2016; SHELTON et al., 2017).

Hempstead et al. (2019) revelaram que é possível recrutar, treinar e capacitar mulheres afro-americanas – público-alvo do estudo – para servirem como educadoras de pares. Os resultados desse estudo confirmaram que o modelo de educadores por pares funcionou para aumentar o conhecimento sobre câncer mama e as diretrizes de prevenção e detecção precoce da doença.

Pesquisas anteriores (ROBERTSON, 2006) já sugeriam que educadores por pares, como membros da comunidade, aumentam, em algum nível, o conhecimento sobre câncer de mama. São dados que mostram o efeito cascata que a educação em saúde pode causar na população e se somam a um crescente indicador de que os educadores de pares são mais eficazes quando comparados aos dos profissionais de saúde treinados com o mesmo objetivo.

Esse estudo de Hempstead et al. (2019) também evidenciou que as mulheres que frequentavam os *workshops* eram mais propensas a conversar com outras sobre o câncer de mama. No que se refere aos exames de prevenção e detecção precoce para câncer de mama, os resultados apontaram que aproximadamente 88%

(n=83) conversariam com a família; 89% (n=84), com amigos; e 82% (n=77), com seus conhecidos. No geral, 78% (n=74) dos participantes do *workshop* comunitário indicaram que pretendiam discutir sobre o rastreamento do câncer de mama com a sua rede de relacionamentos. O comportamento dos participantes do *workshop* em divulgar os conhecimentos adquiridos sobre câncer de mama com seus pares foi diretamente associado, também, a mudanças no comportamento sobre a doença.

De acordo com Hempstead et al. (2019), o movimento de divulgar informações para familiares, amigos e conhecidos mostrou que a educação em saúde para mulheres assintomáticas prepara e capacita, além de promovê-las de “receptoras de informações” para “conselheiras” de promoção da saúde, prevenção e detecção precoce do câncer de mama. Este e o estudo de Soto et al. (2017) se alinham com a Teoria da Educação de Freire (2017), citada no capítulo de embasamento teórico desta tese, como empoderamento das mulheres assintomáticas para câncer de mama, aumentando o interesse de intervir em suas redes e ampliando a formação de líderes de opinião comunitária e coletiva (VALENTE; PITTS, 2017).

Descobertas semelhantes foram encontradas em uma população rural hispânica/latina (SCHEEL et al., 2015), em que a incidência de diagnósticos avançados de câncer de mama em mulheres latinas era maior do que em relação a mulheres brancas não latinas. Foi um estudo prospectivo que examinou lacunas na literatura sobre: 1) mudanças no conhecimento e no engajamento social após o recebimento de promotores de intervenção; e 2) o conhecimento sobre uma pós-intervenção educacional e se o engajamento social prediz a intenção de realização mamografia como exame de detecção precoce do câncer de mama. Com isto, Scheel et al. (2015) registraram que houve aumento significativo no conhecimento e no engajamento social sobre a mamografia, e que após a intervenção foi um preditor significativo da intenção das participantes em realizar a mamografia.

A pesquisa realizada por Y. Molina et al. (2018), por sua vez, comparou os efeitos das sessões interventivas de educação e empoderamento em mulheres de bairros latinos no sul e oeste de Chicago, nos Estados Unidos. Os autores observaram que as sessões realizadas foram um recurso que ajudou as participantes a superarem barreiras não só econômicas, mas também psicossociais

e culturais. Os autores observaram que “os potenciais efeitos multiníveis das abordagens aplicadas em nível individual” (MOLINA et al., 2018, p. 6), incluindo a disseminação das informações fornecidas nas sessões através das redes de relacionamentos das participantes, causaram mudanças de comportamentos também nas mulheres assintomáticas não participantes da intervenção.

Carvalho et al. (2020) também trouxeram contribuições semelhantes em seu estudo de uma ação educativa com trabalhadoras no estado do Rio de Janeiro. Este estudo mostrou que intervenções com ações educativas podem melhorar o alcance das metas propostas pelos programas de rastreamento para diminuir as estatísticas de óbito por câncer de mama.

Durante a implementação das ações educativas, Carvalho et al. (2020) perceberam que as participantes desconheciam a importância de se ter mais conhecimento sobre o próprio corpo para que possam identificar mudanças e/ou alterações que indiquem a necessidade de buscar um serviço de saúde. Ficou evidenciado para os autores a relevância de maior informação nas ações para detecção precoce do câncer de mama, porque o desconhecimento sobre os métodos de detecção precoce contribuem para as elevadas taxas de mortalidade (ALVES et al., 2019). Carvalho et al. (2020) constataram também maior interesse das participantes quando envolvia casos familiares ou de pessoas próximas e que toda orientação contribuiu para levar conhecimento baseado em evidências, o que ajudou a desconstruir mitos e crenças.

Já Molina et al. (2021), ao comparar os efeitos de diferentes intervenções para realização da mamografia no rastreamento de latinas para difusão dos conhecimentos adquiridos pelas próprias participantes, identificaram que abordagens de capacitação podem ser mais eficazes para mudança de comportamento do que apenas educar. Os autores consideraram que educar colocava as mulheres em um lugar de “receptoras passivas de informações” (MOLINA et al., 2021, p. 10). O estudo *Comparando os efeitos de diferentes intervenções na triagem de latinas: obtenção de mamografia e difusão de informações orientadas pelo participante* (MOLINA et al., 2021) mostrou que as abordagens para empoderamento, como a capacitação, podem ser mais

impactantes e promover “efeitos de rede” (MOLINA et al., 2021, p.10) pelas participantes, ao considerarem que podem:

- 1) compartilhar informações sobre o rastreamento para câncer de mama com maior número de indivíduos e também incentivar os não participantes à capacitação;
- 2) comunicar informações sobre câncer de mama em público com sua rede de relacionamento, o que, por sua vez, pode afetar outros não participantes e resultar em mudanças nas percepções e comportamentos em níveis comunitários maiores (CENTOLA, 2018) a partir do princípio do reforço social de uma rede dinâmica em mudança de comportamento.

No estudo conduzido por Pons-Rodríguez et al. (2021), os resultados mostraram que o nível educacional modifica o efeito da intervenção e observaram que a escolha informada foi cerca de três vezes maior em mulheres com nível educacional mais alto do que naquelas com nível educacional mais baixo. A pesquisa mostrou que o fato de receber informações sobre os benefícios e efeitos adversos do rastreamento para câncer de mama em mulheres com alto nível educacional foram mais impactadas quanto a escolha do que fazer, enquanto nas mulheres com nível educacional mais baixo as informações sobre os benefícios e efeitos adversos do rastreamento para câncer de mama produziram um aumento na intenção de participar. Com isto, os autores recomendaram uma adaptação dos recursos informativos e educacionais que ajudam nas tomadas de decisão para prevenção e detecção precoce do câncer de mama às características da população-alvo.

Oliveira et al. 2021 constataram, mediante a grande incidência e as altas taxas de mortalidade, que o câncer de mama passa a ser um problema sanitário, refletindo limitações existentes quanto à prevenção e à realização de diagnósticos precoces, já que ensaios clínicos referem a detecção de numerosos casos em estágios mais avançados. Este panorama, de acordo com Oliveira et al. (2021), demonstra a deficiência no trabalho das equipes de saúde na aplicação de atividades educativas, no âmbito da atenção básica, referentes à prevenção do câncer de mama.

O empoderamento, de acordo com Oliveira et al. (2021), é uma forma de educar e promover uma melhor tomada de decisão da população feminina.

Segundo os autores, empoderar as mulheres é fortalecer novos hábitos para prevenção do câncer de mama, tendo em vista a diminuição da incidência. Oliveira et al. (2021) verificaram uma diminuição dos agravos e uma redução da exposição aos fatores de risco quando as mulheres são abordadas com ações educativas e estratégias incisivas essenciais no âmbito da saúde.

Diante do avanço tecnológico atual, Oliveira et al. (2021) entenderam que o uso desses recursos tem se destacado e demonstrado boa aceitação pelo público feminino nas realizações das atividades educativas em saúde. São recursos que facilitam o acesso e a transmissão das informações, viabilizando as ações nos ambulatórios e centros de atendimento. A utilização dessas ferramentas tem se mostrado eficaz devido à sua versatilidade diante da praticidade exigida nesta era contemporânea, além das intervenções via internet que possibilitam uma maior facilidade de propagação, abrangendo um maior número de pessoas.

Práticas que valorizem a comunicação e a informação como ponto primordial em abordagens a pacientes possuem grande impacto quando relacionadas aos aspectos culturais e cognitivos, bem como às habilidades demonstradas por um indivíduo em particular. Essas características percebidas nas entrevistas motivacionais, para Oliveira et al. (2021), demonstraram sucesso em relação ao conhecimento sobre câncer de mama, assim como na adesão e aquisição dos exames preventivos.

De acordo com Oliveira et al. (2021), foram resultados significativos em virtude do uso de uma comunicação ativa e educativa. Foi possível desenvolver uma maior confiança nas participantes, aumento da percepção das mulheres sobre as mudanças em seu corpo, bem como da estima e engajamento para o autocuidado, transpondo as barreiras existentes quanto à procura e à ajuda, proporcionando a melhoria na qualidade de vida e fortalecendo a relação interpessoal com os profissionais.

Sustentando as evidências, o estudo de Oliveira et al. (2021) reafirma o uso da interação educativa como fruto incentivador à realização de práticas ativas, empregando as novas tecnologias com o uso de plataformas como recursos para o crescimento da difusão de conhecimentos, dentre os mais variados grupos de idade. A tecnologia da informação em saúde oferece um potencial para automatizar

sistematicamente os processos de tomada de decisão fora das restrições dos encontros clínicos (OLIVEIRA et al., 2021). Consiste em uma estratégia de transmissão programada de saber, como suporte e coleta das dúvidas relatadas pelas participantes, além de compartilhar as próximas medidas necessárias, quando houver.

Oliveira et al. (2021) afirmaram que essa estratégia tem estado cada vez mais evidente no momento da realização do rastreamento mamográfico. Através dos sistemas de saúde, os autores entenderam que a implementação da educação em saúde é vista como um fator positivo, por favorecer a autonomia da paciente e utilizar de estratégias inovadoras associadas às mais diversas tecnologias. Contudo, os autores alertam que apesar dos benefícios advindos do uso de dispositivos tecnológicos de comunicação, deve-se atentar para a implementação das ações educativas, sendo possível certificar que as informações transmitidas sejam fornecidas de forma simples e dinâmica à população-alvo, viabilizando a compreensão do conteúdo e alcançando o objetivo proposto. A execução dessas ações mostra um papel propício na promoção de saúde e valorização do autocuidado, permitindo a construção de novos conhecimentos quanto às práticas de prevenção e detecção precoce do câncer de mama.

O estudo de Molina et al. (2021) implicou efeitos potencialmente maiores de abordagens baseadas na comunidade, visando a uma amplitude das construções teóricas (empoderar) em relação às abordagens menos abrangentes e aprofundadas (educar).

Uma das autoras, Yamile Molina, já em 2018, participou do estudo *The “Empowering Latinas to Obtain Breast Cancer Screenings” study: rationale and design* (MOLINA et al., 2018, p. 6) e, neste, os autores alertaram para a necessidade de “futuros esforços translacionais”, inclusive por parte da própria comunidade científica, nestes formatos de intervenções de empoderamento em saúde como uma maneira de “mitigar as disparidades entre a população”. Os autores entenderam que esta pode ser uma solução para diminuir os diagnósticos avançados e a alta taxa de mortalidade por câncer de mama nas populações de nível socioeconômico mais baixo (SMITH; CONWAY-PHILLIPS; FRANCOIS-BLUE, 2016; SHELTON et al., 2017).

Com vistas a essa mitigação das disparidades entre a população, o uso de mídias digitais como veículo de conhecimento sobre prevenção e detecção precoce do câncer de mama, Nastasi et al. (2018) observaram que os usuários tiveram dificuldades de identificar o que era verdade e o que era falso. Os autores obtiveram como resultado de seu estudo, *Breast Cancer Screening and Social Media: a Content Analysis of Evidence Use and Guideline Opinions on Twitter*, que o fato de os usuários de mídia social estarem acostumados a consumir grandes quantidades de informações rapidamente, parece ser mais confortável repassar informações que tenham uma referência; apesar do estudo, também tenha mostrado que, os usuários não perdem tempo investigando a qualidade da referência ou a veracidade da informação.

Esse estudo de Nastasi et al. (2018) é bastante oportuno, por causa da atual discussão em torno da disseminação de notícias falsas nas mídias sociais e suas implicações nos eventos de conhecimentos básicos sobre câncer de mama, como a campanha do movimento Outubro Rosa. Esses resultados indicam a necessidade de uma melhor explicação e divulgação por parte da comunidade científica, de modo a obter a aprovação desse público e para evitar a propagação de informações imprecisas e prejudiciais.

Por esse motivo, Nastasi et al. (2018) compreenderam que as mídias sociais digitais e outras plataformas de saúde, apesar de serem um meio importante de disseminação de informações, que também possuem alto potencial de divulgação pela comunidade científica com dados mais precisos e baseados em evidências, não estão sendo bem utilizadas para divulgações das informações sobre prevenção e detecção precoce do câncer de mama. Esse estudo mostrou que os não usuários de serviços de saúde das mídias sociais constituem uma parcela significativa na disseminação de informações sobre o tema. Os autores identificaram que muitas informações continham afirmações falsas, sem respaldo por evidências científicas e a favor de alternativas naturais para prevenção e tratamento do câncer de mama. Além disso, foi identificado no estudo que os usuários tinham baixa aceitação e faziam confusão sobre as diretrizes para prevenção e detecção precoce da doença.

Esses achados sugerem a necessidade de mais empenho para educar e disseminar informações ao público em geral sobre as diretrizes existentes para

prevenção e detecção precoce do câncer de mama baseada em evidências. De acordo com Nastasi et al. (2018), pouco trabalho foi feito examinando as evidências das publicações e comentários dos usuários de mídias sociais sobre as diretrizes e os temas relacionados ao câncer de mama. Os autores consideraram relevante avaliar a qualidade das evidências utilizadas nesses meios de comunicação, bem como as conversas trocadas sobre prevenção e detecção precoce, de como os usuários estão divulgando o assunto, a qualidade da evidência que estão usando e suas opiniões sobre as orientações traçadas das diretrizes atuais.

A maneira pelas quais as pessoas compartilham informações nas mídias sociais sobre o câncer de mama, prevenção e rastreamento não tem sido extensivamente pesquisada, acompanhada e orientada (NASTASI et al., 2018); da mesma forma, o tipo e a qualidade das referências que usuários de mídia social empregam para apoiar suas reivindicações e suas atitudes em relação ao rastreamento do câncer de mama.

Com as diretrizes atuais em mudança e conflitantes, é necessário compreender o estado atual sobre o conhecimento de prevenção e detecção precoce do câncer da mama, não só pelos usuários nas redes de mídias sociais, mas também pela população em geral, visto o que os resultados do estudo de Nastasi et al. (2018) revelaram o que é registrado sobre as práticas preventivas, reivindicações e conselhos discutidos nesses meios.

Os meios de comunicação, segundo Nastasi et al. (2018), podem: a) determinar que qualidade e tipo de referência as pessoas usam em suas publicações, comentários e divulgações; b) revelar se a mensagem informada é devidamente de acordo com as evidências e as diretrizes sobre as melhores práticas preventivas e de diagnósticos; e c) entender como os usuários de mídia social se sentem sobre as diretrizes e o estado atual da evidência.

Nas diretrizes da *Global Summit held in October 2018* (BHGI), Ginsburg et al. (2021) descreveram em “fases” o desenvolvimento de um programa para detecção precoce do câncer de mama, a partir das estratégias de gestão necessárias para chegar ao diagnóstico mais preciso da doença. Para isto, os autores traçaram um processo que tem como base a educação de conscientização, treinamento técnico, a história da paciente, os exames físicos e de imagem até o tratamento.

Ginsburg et al. (2021) fornecem uma estrutura, e o título do estudo já o anuncia ao denominá-lo de “*uma abordagem de implementação faseada*”, que auxilia na definição de políticas públicas para prevenção e detecção precoce do câncer de mama de acordo com o nível de recursos disponíveis. No entanto, os autores ressaltam que a mesma política pode diferir em suas configurações dependendo das características e capacidades do sistema de saúde a ser implementado.

Para Ginsburg et al. (2021), o desenvolvimento e a implementação de políticas para detecção precoce do câncer de mama precisam contar com análises situacionais precisas, incluindo: avaliação da situação sociopolítica e contexto econômico, capacidade de mão de obra, infraestrutura, distribuição de equipamentos e instalações (como determinantes do acesso geográfico), estruturas sociais e de financiamento. Além disso, os autores orientam também a inclusão de cientistas sociais (abrangendo estudiosos de gênero) e representantes da população-alvo. Segundo os autores, para garantir políticas e intervenções aceitáveis, equitativas e inclusivas para auxiliar na definição dos recursos, das abordagens e da elaboração. Isto porque o objetivo de todo processo é a quebra dos paradigmas em relação à detecção precoce por meio de um programa de rastreamento populacional.

A proposta de Ginsburg et al. (2021) é de que seja adotada uma alternativa diferente para cada mulher. Além disso, sugerem que sejam estabelecidos mecanismos de proteção financeira para minimizar o risco de diagnóstico ou tratamento incompleto e, assim, o tratamento da doença precoce fica menos dispendioso, gerando economia de despesas médicas. Por isso Ginsburg et al. (2021) entendem que, em configurações de recursos limitados, a expansão dos serviços de saúde por agências governamentais é menos provável de ocorrer devido as restrições existentes no próprio sistema.

Ginsburg et al. (2021) verificaram que as sociedades médicas e organizações não governamentais (ONGs) – algumas até de sobreviventes de câncer de mama – frequentemente intervêm por meio do fornecimento de infraestrutura, equipamentos e pessoal para preencher essas lacunas relacionadas à implementação de programas educacionais em saúde para detecção precoce do câncer de mama em

populações de baixa renda. No entanto, os autores alertam que se esses serviços não estiverem integrados ao sistema de saúde existente, coordenados com os ministérios e instituições relevantes, tais esforços podem ser em vão. Além disso, precisa haver uma estratégia desde o início para a transição das iniciativas de propriedade entre governo e os demais fomentos. As ONGs, Ginsburg et al. (2021) ressaltam, devem desempenhar um papel ativo na transição da prestação de serviços de detecção precoce para a integração dessas intervenções no sistema de saúde, com compromisso governamental para garantir sustentabilidade.

A educação pode ser a aliada de que as mulheres assintomáticas precisam para lidar com o fardo desproporcional que carregam sobre câncer de mama. Nesta discussão fica evidente o potencial da educação em saúde como recurso de empoderamento com mulheres assintomáticas, corroborando com o que foi registrado no capítulo dos embasamentos teóricos deste trabalho.

Diante do exposto, as evidências registradas nos estudos em discussão apontaram a capacitação por meio de atividades educativas em saúde para a população de mulheres assintomáticas sobre prevenção e detecção precoce do câncer de mama, como recurso de empoderamento para adquirir conhecimento e autonomia. A estratégia de compartilhamento de forma dinâmica e com vocabulário acessível à compreensão da população foi mais um destaque explorado nos estudos desta revisão sistemática.

Com isto, os objetivos traçados para o desenvolvimento desta tese foram alcançados, a saber:

- a) investigar os recursos utilizados nas intervenções psicoeducativas descritas nos estudos;
- b) identificar o conceito de empoderamento expresso nas intervenções psicoeducativas;
- c) analisar os resultados apontados nos estudos pela perspectiva da eficácia das intervenções psicoeducativas para empoderamento feminino na adesão aos programas de rastreamento para detecção precoce do câncer de mama.

Por fim, com base nas evidências apresentadas nesta discussão, contribuindo com a sociedade, principalmente com a população de mulheres assintomáticas para câncer de mama, no próximo capítulo, segue o *Guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas baseado em evidências*. Espera-se que esse guia sirva como recurso de empoderamento e mudanças no comportamento das mulheres assintomáticas para câncer de mama, a partir da adoção de hábitos e condutas saudáveis na prevenção e detecção precoce da doença. Com isso, conforme o objetivo geral desta tese, a autora acredita colaborar com os programas de controle do câncer de mama no Brasil.

***GUIA DE RECOMENDAÇÕES
SOBRE CÂNCER DE MAMA
PARA EMPODERAMENTO
DE MULHERES
ASSINTOMÁTICAS
BASEADO EM EVIDÊNCIAS***



9 GUIA DE RECOMENDAÇÕES

9.1 Introdução

A Organização Mundial da Saúde – OMS (WHO, 1998) propôs pela primeira vez uma visão de alfabetização em saúde que expandiu a noção de alfabetização. A alfabetização em saúde passa a compor resultados úteis de promoção da saúde e preenche o termo “empoderamento para a saúde”. De forma interativa, a alfabetização em saúde refere-se a habilidades sociais mais elaboradas, e as pessoas podem participar mais ativamente na saúde.

Durante as últimas décadas, cresceu o interesse pela literacia em saúde, como um conceito fundamental para um papel mais ativo por parte dos cidadãos quanto aos cuidados em saúde. A literacia tem se difundido e consolidado de tal forma, que a *United Nation of Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO) já há algum tempo discute o tema, reconhecendo-a como um direito humano fundamental, devido ao seu caráter construtivo e afirmativo tão necessários nos processos linguístico e educacionais.

O termo “literacia” é uma derivação da palavra inglesa “*literacy*”, que etimologicamente se origina da forma latina “*littera*”, cujo significado é “*identificação das palavras escritas, conhecimento da ortografia das palavras, aplicação aos textos dos processos linguísticos e cognitivos de compreensão*” (MORAIS, 2014, p. 13). Inicialmente, a palavra “literacia” denotava alfabetização e/ou letramento; porém, de acordo com Morais (2014), em sua associação com a mídia, a informação e a tecnologia, o termo “literacia” foi estendido, considerando os meios, os contextos e os ambientes em que se encontra e se produz o conhecimento.

De acordo com Pedro, Amaral e Escoval (2016), o conceito de literacia em saúde surge em 1974, num artigo intitulado “*Health education as social policy*”, intimamente ligado às questões de promoção de saúde. Contudo, foi somente no final da década de 1990 que o uso do conceito surgiu no contexto das produções científicas internacionais, enquanto que na produção nacional ocorre principalmente a partir de meados dos anos 2000 (PERES; RODRIGUES; SILVA, 2021), apresentando crescimento na última década do século XX.

A partir desse período, o conceito de literacia não mais denotou um sentido vinculado somente ao letramento e à alfabetização, mas também associado a um processo educacional mais amplo, que envolve práticas sociais e culturais, fator importante na composição de uma sociedade. Kickbusch e Maag (2008) acrescentaram à definição de literacia em saúde o componente social e de vida em sociedade:

a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia a dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controle das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades. (KICKBUSCH; MAAG, 2008, p. 205).

Pedro, Amaral e Escoval (2016) entenderam que o conceito de literacia evoluiu de uma definição relacionada com o desempenho de determinadas tarefas, numa perspectiva completamente individual, para um conceito que contempla não só o componente pessoal, mas também o componente social do indivíduo, assumindo sua capacidade e responsabilidades de tomar decisões fundamentadas no dia a dia,

Para Peres, Rodrigues e SILVA (2021), ainda que a definição de literacia em saúde varie conforme as áreas de estudo e referenciais teóricos, os autores concordam que pode ser entendida como o conjunto de habilidades e competências acionado não só pelos indivíduos, mas também pelo coletivo para buscar, selecionar e dar significado às informações sobre saúde. Nessa perspectiva, Peres, Rodrigues e SILVA (2021) registram que as relações que se configuram pela literacia em saúde geram possibilidades de uso das informações. Rosangela-Gabriel (2017) entende que a literacia procura articular perspectivas e construir uma visão abrangente com o desafio de formar leitores autônomos.

A literacia em saúde configura-se um tema fundamental, uma vez que níveis baixos de literacia estão relacionados a piores resultados de saúde, tanto em nível individual quanto coletivo (PERES; RODRIGUES; SILVA, 2021; LEE et al., 2021). A literacia em saúde não deve ser confundida com letramento ou alfabetização em saúde (PEDRO; AMARAL; ESCOVAL, 2016; ROSANGELA-GABRIEL, 2017;

PERES; RODRIGUES; SILVA, 2021), ou ainda ser limitada a uma perspectiva funcional, uma vez que apresenta especificidades e não se limita à educação formal e ao processo de ensinar e saber ler e escrever de acordo com os padrões da língua em que o indivíduo se expressa.

No entanto, é cada vez mais complexo melhorar significativamente a saúde e o bem-estar das populações, reduzir as desigualdades na saúde, fortalecer a saúde pública e garantir sistemas de saúde centrados nas pessoas que sejam universais, equitativos, sustentáveis e de alta qualidade. Há uma forte tendência de as pessoas pensarem no pior, aliado à falta de confiança nos governantes, na opinião dos especialistas e, sobretudo, com dificuldade de ouvir e processar informações sobre saúde.

Diante do exposto, com base nas evidências apresentadas na revisão sistemática da literatura, a autora desta tese construiu um *Guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas baseado em evidências*, cujo eixo norteador consistiu nos pontos-chave de cada estudo incluído na análise qualitativa, a saber:

- A. Abordagens baseadas na comunidade (MOLINA et al., 2018; MOLINA et al., 2021).
- B. Produção de conhecimento (PONS-RODRÍGUEZ et al., 2021).
- C. Conciliação dos níveis de conhecimento população e profissionais (PONS-RODRÍGUEZ et al., 2021).
- D. Informação partilhada (MOLINA et al., 2018; HEMPSTEAD et al. (2019).
- E. Escolha informada (PONS-RODRÍGUEZ et al., 2021).
- F. Ferramentas aliadas ao processo de empoderamento e fortalecimento da autonomia (MOLINA et al., 2018; MOLINA et al., 2021).
- G. Tecnologias educativas em saúde (OLIVEIRA et al., 2021).

9.2 Guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas baseado em evidências

O *Guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas baseado em evidências* foi construído como um norteador para profissionais de saúde, educadores e todos os que desejam ser multiplicadores de conhecimento sobre câncer de mama junto à população-alvo, contribuindo, assim, para a diminuição dos diagnósticos sem possibilidade de cura e da mortalidade pela doença. A proposta deste guia é apresentar aspectos essenciais da literacia em saúde para prevenção e detecção precoce do câncer de mama a partir de orientações práticas para empoderamento e promoção da saúde da mulher assintomática.

Habilitar as pessoas para ganhar controle sobre as suas vidas e a sua saúde é uma estratégia com características centrais naquela comunidade e pode ajudar os profissionais a desenvolverem melhores abordagens de empoderamento nos programas de prevenção e detecção precoce do câncer de mama como recurso de encorajamento e empoderamento.

9.2.1 Abordagens centrais recomendadas

9.2.1.1 Abordagens baseadas na comunidade e na conciliação dos níveis de conhecimento da população e dos profissionais

A abordagem baseada na comunidade e na conciliação dos níveis de conhecimento da população e dos profissionais é uma intervenção na forma de confiança, de reciprocidade e de cooperação entre as relações. A partir de uma participação ativa, a confiança e a coesão entre os participantes são construídas, fatores importantes são mobilizados e recursos necessários são criados para apoiar a ação coletiva. Dessa forma, o foco deixa de ser nas realidades de desigualdade e injustiça.

A. Produção de conhecimento, informação partilhada e escolha informada

Recomenda-se trabalhar com as mulheres a partir dos seus próprios termos, aproveitando o seu contexto e não condenando os seus comportamentos danosos. Essas estratégias são baseadas na aceitação e na disposição das mulheres em colaborar com as outras no decorrer da compreensão dos fatores preventivos e na redução dos riscos modificáveis para câncer de mama. Uma abordagem para efetivação dessa estratégia é a *educação por pares*.

B. Abordagens aliadas ao processo de empoderamento e fortalecimento da autonomia e tecnologias educativas em saúde

A recomendação para o bom andamento de um processo de empoderamento e fortalecimento da autonomia está no aproveitamento dos profissionais das tecnologias educativas em saúde para melhorar a comunicação, organizar, mobilizar, para ter mais influência e, também, conseguir recursos.

As tecnologias educativas em saúde podem remover barreiras, pois:

- encorajam umas as outras, permitindo que as participantes encontrem outras mulheres para compartilhar interesses mútuos;
- facilitam as interações sociais em comunidades e criam espaços de conversa;
- constroem ciclos de interação e compartilhamento de conhecimentos e interesses mútuos;
- operam como troca de informações e contato;
- ajudam a estender a participação e a transparência nas relações.

9.2.1.2 Recomendações para intervenção em literacia em saúde para empoderamento sobre câncer de mama

A. Gestão e profissionais facilitadores de literacia em saúde para empoderamento sobre câncer de mama

A gestão e os profissionais de literacia em saúde para câncer de mama requerem uma força de trabalho multidisciplinar, a qual precisa ser desenvolvida por especialistas, ou seja, profissionais com as competências necessárias. Isto para assegurar que o programa alcance suas metas e seus objetivos. No coração de um programa de literacia em saúde, neste guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas, o sucesso está em quem dá forma, implementa, gere e avalia.

Uma abordagem empoderadora envolve as mulheres da comunidade, incluindo-as nas atividades e alimentando um sentido de pertença. O papel da gestão e dos profissionais facilitadores de literacia em saúde para câncer de mama é de construir a capacidade, o conhecimento e as habilidades das mulheres envolvidas. Para garantir que isto seja alcançado, é preciso ter papéis e responsabilidades claramente definidos para todos envolvidos.

Para uma boa gestão e atuação dos profissionais de literacia em saúde, recomenda-se que os termos técnicos que fazem parte da linguagem quotidiana dos gestores sejam substituídos por uma linguagem que seja entendida por todos. A utilização de linguagem especializada é, muitas vezes, confundida pelos leigos e pode demonstrar excesso de poder por parte do especialista, além de afastar o público da informação transmitida. Em vez de empoderar, desempodera as mulheres do conhecimento necessário para prevenção do câncer de mama.

Na gestão de literacia em saúde para câncer de mama a recomendação para uma relação facilitadora com qualidade é o uso de um diálogo não coercivo na identificação das necessidades e o uso de um estatuto profissional para dar credibilidade e fortalecer o papel de cada um dos envolvidos.

B. Planejamento

O programa precisa ser um meio de construção dos mais diversos recursos disponíveis que serão utilizados para fortalecer os conhecimentos, as habilidades e as competências de todos os envolvidos, como: financeiros, materiais e humanos. O programa de literacia em saúde para empoderamento de mulheres assintomáticas sobre câncer de mama tem maiores possibilidades de sucesso de incluir as necessidades das participantes para quem foi criado para beneficiar.

Durante o processo de planejamento, é importante considerar o período de tempo e o tamanho do programa. É importante que gestores e profissionais atentem para um desenvolvimento gradual, pois um período de tempo muito curto para processos sociais complexos, como mudança de hábito no estilo de vida para diminuição dos fatores de riscos modificáveis, correm o risco de serem ineficazes. Da mesma forma, se o programa for muito longo, o programa pode não ser capaz de fornecer cobertura suficiente ou ser ineficaz no envolvimento adequado dos principais interessados naquela ação, como o grupo de mulheres cuja faixa etária para o rastreamento mamográfico é a partir dos 40 anos.

O objetivo é sustentar o interesse e promover a participação mesmo em questões mais complexas como esta. Por isso o planejamento precisa centralizar na prevenção, na gestão dos estilos de vida e na mudança de comportamento em saúde para câncer de mama.

Um programa de literacia em saúde de mulheres assintomáticas para câncer de mama precisa de planejamento para que, inicialmente, examinem criticamente as questões locais e, assim, desenvolvam mudanças. Por isso, um programa precisa permitir que os seus aspectos sejam administrados pelos beneficiários, mesmo com pouca experiência e habilidades. Para tanto, a recomendação é que se concentrem, inicialmente, em pequenos grupos de mulheres, evitando problemas associados a intervenções em grande escala, como o início de tratamento.

C. Seleção de estratégias

Há uma tendência de os profissionais pensarem mais nos problemas relacionados com a saúde da mulher do que considerarem como ela abordará o problema relacionado com a saúde por meio de comunicação e mudança de comportamento, mudança social, empoderamento ou desenvolvimento de políticas aplicáveis e permitir que as participantes tenham mais controle sobre as suas vidas e melhorem de fato a saúde.

As estratégias de promoção da saúde tendem a ser muito teóricas e apresentam dificuldades para serem aplicadas imediatamente. Com isto, a recomendação de um programa baseado na literacia em saúde com mulheres assintomáticas para câncer de mama é uma recomendação forte, pois oferece orientação para uma implementação eficaz mesmo em um ambiente complexo.

As mulheres podem abordar os determinantes da sua saúde e conseguir uma mudança de estilo de vida e comportamento. O programa pode empregar recursos, métodos e técnicas apropriados para auxiliar na execução das atividades necessárias para atingir o seu objetivo.

D. Recomendação de implementação das abordagens de literacia em saúde para empoderamento das mulheres assintomáticas para câncer de mama

As abordagens de promoção da saúde ajudam a compreender melhor as diferentes formas de trabalhar na prática. As diferentes abordagens são baseadas na história, às vezes contraditórias, e sem nenhuma ser dominante ou suficiente para atender aos requisitos da prática atual. As abordagens recomendadas são:

- médica;
- educacional;
- comportamental/estilo de vida;
- socioambiental

E. Recomendação dos *settings* de literacia em saúde para empoderamento das mulheres saudáveis para câncer de mama

Os *settings*, ou contexto social, são os lugares onde as pessoas se envolvem em atividades diárias, em quais fatores ambientais, organizacionais e pessoais que interagem e que de alguma forma afetam a saúde e o bem-estar. Consiste em um cenário em que as pessoas usam e moldam ativamente o ambiente e, assim, criam ou resolvem problemas relacionados à saúde. Uma abordagem dos *settings* tem por objetivo fazer mudanças sistemáticas em todo o ambiente e não apenas usá-lo como um lugar de acesso para educar as mulheres assintomáticas sobre o câncer de mama.

As ações podem ocorrer por meio de diferentes *settings*, os quais, por sua vez, podem assumir diferentes formas, como o tipo e a estrutura de uma organização, o espaço físico, a administração e o gerenciamento. Os *settings* também podem ser usados para empoderamento das mulheres assintomáticas sobre câncer de mama e promoção da saúde que vivem e trabalham neles. A recomendação de *settings* de literacia para empoderamento sobre câncer de mama é que sejam em diferentes e variadas áreas da comunidade, a saber: hospitais, escolas, locais de trabalho em geral, prisões e universidades.

F. Recomendação de estratégia de comunicação

As abordagens recomendadas para o trabalho de literacia em saúde para empoderamento das mulheres assintomáticas para câncer de mama são baseadas, inicialmente, na experiência e na construção da história vivida anteriormente por essas mulheres em relação a prevenção e detecção precoce da doença.

A abordagem individual é um primeiro passo para a criação de um diálogo e para ajudar as participantes a identificarem questões pessoais e habilidades mais importantes que contribuam com o programa. A recomendação para o momento da implementação, como estratégia para alcançar a conscientização e o desenvolvimento de habilidades, são:

- aconselhamento;
- educação por pares;
- abordagem centrada no cliente.

O segundo passo recomendado para adquirir maior controle sobre o processo de implantação e para melhorar a participação da comunidade são as ações coletivas. É por meio de ações em conjunto que as participantes podem compartilhar suas necessidades e preocupações, além de abordar as causas mais amplas da desigualdade em saúde daquela comunidade.

Trabalhar ações coletivas é uma parte importante para o processo de literacia para empoderamento sobre câncer de mama, porque permite que as mulheres assintomáticas se organizem e se mobilizem melhor para atender às suas necessidades de saúde. Coletivamente, o profissional tem a oportunidade de ajudar no desenvolvimento dos vínculos sociais e das habilidades individuais em conjunto, bem como levantar recursos necessários para apoiar esta e outras ações.

O foco inicial das ações coletivas, geralmente, gira em torno das necessidades imediatas das participantes. Contudo, de acordo com a capacitação, esse foco se amplia e podem incluir as causas de desigualdade e injustiça social. As abordagens recomendadas para as ações coletivas são:

- tomada de decisão coletiva;
- habilidades para a vida.

As habilidades para a vida são descritas como uma área de ação para tomada de decisões e resolução de problemas, por meio de pensamento criativo e crítico, autoconsciência, habilidades de comunicação e estratégias para lidar com as emoções.

G. Avaliação das recomendações de literacia em saúde para empoderamento das mulheres assintomáticas sobre câncer de mama

Este Guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas baseado em evidências, com base na literacia, não tem a pretensão de ser perfeito. Por isso, a recomendação é que seja realizada uma avaliação que envolva os integrantes que participaram ativamente, para fornecer

resultados baseados nas evidências de modo a envolver não apenas evidências científicas, mas as evidências apuradas da experiência, da vivência, tanto dos profissionais como das participantes. O objetivo de uma avaliação é:

- saber se as ações funcionaram e se as metas gerais e os resultados esperados foram alcançados;
- fornecer informações sobre o processo, o impacto e o progresso;
- até que ponto uma mudança ocorreu com as ações, abordagens e estratégias implementadas.

Para que esses objetivos sejam alcançados na avaliação, a recomendação é que:

- defina os objetivos: específicos, mensuráveis, alcançáveis e realistas desde o início;
- realize um estudo de base que mostre as alterações das ações;
- registre todo o processo, o resultado e o impacto;
- procure as realizações e as falhas por meio do desenho da avaliação;
- se possível, identifique situações idênticas ou semelhantes para mostrar a mudança como resultado das atividades;
- envolva todos os parceiros na avaliação;
- registre os benefícios da avaliação.

As abordagens recomendadas pretendem orientar a teoria e a prática para que se evite a contradição entre um discurso de uma prática de controle epidemiológico e de empoderamento. As recomendações traçadas aqui são atividades educacionais e de desenvolvimento de habilidades que precisam ser vistas como parte de uma estrutura mais ampla, porque consiste em abordagens para empoderamento e promoção da autonomia de mulheres assintomáticas para prevenção e detecção precoce do câncer de mama.

Espera-se que este *Guia de recomendações para empoderamento baseado em evidências* fortaleça mulheres assintomáticas para câncer de mama, seus grupos e comunidade por meio de sua autonomia e suas habilidades para alcançar uma vida melhor, mais saudável e mais sustentável. Isto porque a solução não deve ser simplesmente a mudança de comportamento, mas a obtenção de escolhas autônomas e empoderadas.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os comportamentos preventivos de saúde ajudam a reduzir o sofrimento e os custos associados às doenças. A promoção desses comportamentos requer uma comunicação efetiva em nível populacional, e essa efetividade exige conscientização sobre as doenças e descrições claras que gerem mudanças no comportamento de uma população.

Dessa maneira, um delicado equilíbrio entre os potenciais benefícios e danos sobre prevenção e detecção precoce para câncer de mama, foco deste trabalho, demanda que recomendações sejam atualizadas, elaboradas, aplicadas e respeitadas. Os consensos em torno das melhores evidências disponíveis, em alinhamento com estratégias que levem em conta as preferências e os valores de cada mulher, precisam ser conhecidos por elas. As mulheres assintomáticas para câncer de mama precisam ser empoderadas de recursos que as capacitem a decidir e exercer sua autonomia sobre as prevenções e a detecção precoce para a doença.

Muitos esforços e muitas iniciativas são, há décadas, desenvolvidos nesse contexto de prevenção e detecção precoce do câncer de mama no Brasil (INCA, 2011a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a; INCA, 2015b; INCA, 2018c; INCA, 2021d; MINISTÉRIO DA SAÚDE B, 2021). Contudo, isto não se dá de forma integrada, mas fragmentada, com grupos de trabalho isolados, sem objetivos coesos, informações não partilhadas, escolhas não informadas e muito menos utilizando recursos aliados a um processo de empoderamento que fortaleça a autonomia das mulheres assintomáticas sobre o câncer de mama.

Como consequência, o que se vê dessas diretrizes é uma diminuição substancial das oportunidades de profissionais, organizações de saúde e da própria comunidade feminina assintomática de trabalharem em conjunto de forma harmônica, com trabalhos orientados, aprendendo umas com as outras, de acordo com as suas competências e os recursos necessários para a prática de prevenção e detecção precoce do câncer de mama. Por isso a autora considera fundamental e urgente a disponibilização e a implementação do *Guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas baseado em*

evidências (APÊNDICE 1), desenvolvido e proposto neste trabalho, como estratégia de literacia em saúde para mulheres assintomáticas da neoplasia mamária.

Como o câncer de mama não é um problema individual, mas coletivo e sistêmico, é necessário integrar diferentes dimensões e competências. Assim, recomendações para promoção de saúde para prevenção e detecção precoce da doença precisam de fundamentações consistentes de um conjunto de abordagens, estratégias e ações que:

1. Incluam educação em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).
2. Assegurem o acesso e a gestão de informações consistentes e eficientes.
3. Assegurem uma comunicação efetiva.
4. Integrem uma proposta de literacia em saúde sobre câncer de mama nos níveis de ensino fundamental, médio e superior.
5. Garantam a sustentabilidade das iniciativas em saúde.

A revisão sistemática realizada neste trabalho mostrou evidências de que o envolvimento das partes interessadas nas ações de literacia para empoderamento ajuda a garantir a aceitabilidade e a viabilidade das recomendações em saúde. As mulheres assintomáticas, quando envolvidas, também podem garantir que questões de equidade e direitos humanos sejam levadas em consideração e apoiar a adoção das recomendações de políticas públicas e práticas coletivas em saúde.

Isto, por sua vez, pode levar a uma melhor adesão a qualquer outra prática recomendada de tantas outras doenças, desde a prevenção até aos tratamentos. O envolvimento das partes interessadas na execução de recomendações em saúde faz parte de uma aceitação mais ampla pela comunidade, o que garante participação nas pesquisas, na transmissão e no reforço do conhecimento.

Existem muitos outros grupos, como consumidores, público em geral, pesquisadores e formuladores de políticas públicas em saúde da mulher, interessados e igualmente afetados pelas recomendações de empoderamento sobre câncer de mama. No entanto, o engajamento com as mulheres assintomáticas é o que mais importa. Até porque é isso que se vê por décadas. As vozes femininas e também dos demais interessados (médicos, gestores e profissionais da saúde)

separados de outras partes potencialmente interessadas diminuem a contribuição e a influência que juntos poderiam oferecer.

Este estudo deixou evidente que o envolvimento equitativo de vários grupos de partes interessadas no empoderamento das mulheres assintomáticas pode ajudar a garantir que as recomendações contribuam para a redução das disparidades e das barreiras existentes na promoção de saúde, prevenção e detecção precoce do câncer de mama. O guia de recomendações, de forma inovadora, consiste em um recurso inclusivo, abrangente e igualitário. Nele, não apenas a parte envolvida na criação e, posteriormente, na implementação das recomendações são relevantes. As mulheres assintomáticas são o público-alvo.

Educação, Salutogênese, literacia em saúde e empoderamento foram temas abordados ao longo desta tese, que fortalecem as ações de promoção da saúde de mulheres assintomáticas e a transformação dos seus comportamentos sobre câncer de mama. Diante desse processo de libertação e de quebra de paradigmas, a autora entende que essas mulheres passam à posição de protagonistas de suas vidas e do cuidado com sua saúde, sendo capazes de minimizar, ao menos, os fatores de risco modificáveis e os avanços da doença ao enfrentarem um diagnóstico precoce.

Com o auxílio do um *Guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas baseado em evidências*, pode ajudar na alteração do panorama epidemiológico da doença. A proposta é que a mulher assintomática para câncer de mama, empoderada por meio das abordagens educativas de literacia em saúde, com uma participação ativa e integrativa, aproprie-se das mudanças de hábito de vida, individuais e coletivos e assuma seu compromisso com ela mesma, com sua saúde, seu corpo e com a sua comunidade.

Como psico-oncologista, a autora compreende que colaborar para uma atuação baseada na atenção das necessidades e potencialidades das mulheres implica, também, o exercício de uma escuta qualificada das experiências que esse público tem sobre e com o câncer de mama. Essa atuação, para a qual só um psicólogo é habilitado, contribui para o fortalecimento dos recursos pessoais e sociais, como garantia da democratização e do respeito à realidade dessas mulheres.

As contribuições da psico-oncologia no empoderamento sobre câncer de mama com mulheres assintomáticas amplia as inserções dos gestores, dos profissionais multiplicadores em saúde e da comunidade. A partir da valorização de recursos próprios e do contexto em que se encontram, há maior garantia e favorecimento do acesso a melhor condição de promoção da saúde, pois é na construção de interlocuções da teoria com a prática, a partir de um diálogo constante, que os processos de desenvolvimento humano são fundamentados.

No Brasil, no contexto da redemocratização do país, a luta pela universalização do sistema de saúde incluiu em sua discussão o SUS, na perspectiva da defesa da vida e da saúde como um direito social. Com uma compreensão ampliada de saúde, o SUS valoriza os modos de vida e os contextos sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais das pessoas, considerando as histórias e as condições de vida dos cidadãos.

De caráter integrado, promover saúde é uma estratégia de cuidado com a vida, em que é fundamental a articulação de diversas áreas. Nesse contexto, a psicologia tem sido indicada como uma área de atuação importante pela sua amplitude, na valorização das capacidades e habilidades das pessoas, na compreensão de formas mais afirmativas de vida, seja individual ou coletivamente, na construção de ambientes saudáveis e na consolidação de projetos interdisciplinares que respeitem as pessoas dentro de sua história de vida e contexto social.

Dessa forma, a psico-oncologia, como interface da psicologia da saúde, pode auxiliar no rompimento de um modelo de recomendações sobre câncer de mama tradicional, focado nas preconizações em mastologia e no indivíduo. Com base em práticas da psico-oncologia, a mulher assintomática pode ser vista a partir das suas necessidades, do seu contexto social, econômico, político e cultural. A mulher pode, a partir de sua singularidade, falar e construir formas de viver criativas, livres e autônomas sobre um assunto que lhe é desconfortável.

Assim, as questões e as intervenções sobre prevenção e detecção precoce do câncer de mama podem ser contextualizadas em diferentes planos. Nesse sentido, o conhecimento especializado, baseado em evidências, aliado a uma contextualização que valorize o ambiente dessas mulheres e suas relações, bem

como as recomendações de empoderamento sobre câncer de mama serão uma intervenção construída a partir de espaços e cidadãs autônomos.

A participação social pressupõe que a mulher signifique a si mesma e as suas necessidades, a fim de que as ações de empoderamento apresentem recursos para a construção autônoma de projetos de vida saudáveis. O que fortalece a implicação das mulheres assintomáticas como participantes das ações recomendadas para empoderamento pelo guia é a potencialização das suas experiências. Isto contribui ainda mais para que as ações não sejam meras reproduções, mas construídas a partir das mulheres e da sua realidade, por um trabalho coletivo potente.

O *Guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas* possibilitará discussões práticas e efetivas de rompimento com o trabalho desenvolvido no passado apenas por diretrizes de questões clínicas. É necessário observar que, diante do desafio da construção de um trabalho inserido na realidade social, psicológica, biológica e cultural da mulher assintomática, essas recomendações marcam o rompimento com as práticas individualizantes.

Diante do exposto, o guia se propõe fomentar a construção de caminhos coletivos, porém individuais pelo empoderamento dos recursos pessoais e sociais, visando à melhoria da qualidade de vida, respeitando as especificidades de cada mulher. Espera-se, a partir deste trabalho, que:

- os diálogos coletivos e individuais sejam ampliados;
- a percepção das e atenção às demandas das mulheres assintomáticas sobre câncer de mama sejam transformadas para hábitos de saúde e novas posturas cidadãs e sejam essas mulheres transformadoras de si mesmas e de muitas outras;
- contém com uma atuação da psico-oncologia de forma inovadora e crítica no processo de romper com a lógica dos modelos preconizadores clinicamente, ao cuidar dessas mulheres de forma integrativa.

À guisa de encerramento, este trabalho se soma àqueles que o fundamentaram, tendo, ainda, a proposta de impulsionar pesquisadores voltados para o cuidado com a saúde das mulheres assintomáticas.

REFERÊNCIAS

- AD HOC COMMITTEE ON HEALTH LITERACY FOR THE COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS, American Medical Association. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. **The Journal of the American Medical Association**, 1999; v. 281, n. 6, p. 552-557.
- ABREU, P. H. B.; ALONZO, H. G. A. Salutogênese-Camponês a Camponês: uma metodologia para promoção da saúde de populações expostas a agrotóxicos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro: v. 42, n. especial 4, p. 261-274, dez. 2018.
- ALVES, P. C. et al. Effects of educational intervention on knowledge and attitude on early detection of breast cancer. **Rev. Rene**, v. 20, p. e40765, 9 maio 2019. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/40765>. Acesso em: 25 abr. 2022.
- AMARAL P., et al. Distribuição espacial de equipamentos de mamografia no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**: Rio de Janeiro, 2017, p. 326-41.
- AMORIM G. Radar do câncer – exames e tratamentos na pandemia. **Portal PEBMED**. Disponível em: https://pebmed.com.br/radar-do-cancer-exames-e-tratamentos-na-pandemia/?utm_source=artigoportal&utm_medium=copytexthttps://pebmed.com.br/radar-do-cancer-exames-e-tratamentos-na-pandemia. Acesso em: 5 set. 2022.
- ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, 2015, p. 169-173. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100169&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 abr. 2020.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**: dados com base no levantamento socioeconômico 2013. São Paulo: ABEP, 2013.
- AZAMJAH, N.; SOLTAN-ZADEH, Y.; ZAYERI, F. Global trend of breast cancer mortality rate: a 25-year study. Asian Pacific: **Journal of Cancer Prevention**, Bangkok, 2019. p. 2015-2020. Disponível em: http://journal.waocp.org/article_88661.html. Acesso em: 13 nov. 2022.
- BATESON, G. **Naven**. The culture of the Iatmul people of New Guinea as revealed through a study of the “naven” ceremonial. Stanford: Stanford University Press, 1965.
- BATESON, G. **Vers une écologie de l'esprit**. Paris: Seuil, 1980, v. 1 e v. 2.
- BATESON, G.; RUESCH, J. **Communication et société**. Paris: Seuil, 1988.
- BAQUERO O. S. et al. Outubro Rosa e mamografias: quando a comunicação em saúde erra o alvo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2021, v. 37, n. 11, p. e00149620.

BARBOSA, L. Introduzindo o campo da literacia em saúde: conceito, usos e reflexões para a saúde pública. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, 2021, p. 790-796.

BEIRA, J. C. et al. Indicadores bibliométricos na produção científica em periódicos brasileiros da Ciência da Informação no Estrato A1. **Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina**, Santa Catarina, 2020, p. 383-408.

BERARDINELLI, L. M. M. et al. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2014; p. 603-9.

BESSA, J. F. Imagens das mamas prejudicadas durante a pandemia de covid-19, no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003375>. Acesso em: 29 maio 2021.

BEZERRA H. S. et al. Avaliação do acesso em mamografias no Brasil e indicadores socioeconômicos: um estudo espacial. **Rev. Gaúcha Enferm.**, 2018, v. 39, p. e20180014.

BOING, L. et al. Tempo sentado, imagem corporal e qualidade de vida em mulheres após a cirurgia do câncer de mama. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, 2018, p. 366-370.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS**, 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 18 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que asseguram a prevenção, detecção, tratamento e acompanhamento de câncer de colo uterino e mama, sem monitoramento do Sistema Único de Saúde (SUS), **Diário Oficial da União**, Seção 1 (30/4/2008), p. 1, Brasília, DF, 30 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_elaboracao_revisao_sistemica_meta-analise.pdf. Acesso em: 26 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), **Diário Oficial da União**, Seção 1 (27/5/2013), p. 129, Brasília, DF, 30 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRAY, F. et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: Cancer Journal for Clinicians**, 2018, p. 394-424.

CABRAL, M. F. C. T.; VIANA, A. L.; GONTIJO, D. T. Utilização do paradigma da complexidade no campo da saúde: revisão de escopo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000300701&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 abr. 2020.

CAMPOS, P. H. F. Representações sociais, risco e vulnerabilidade. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Goiás: PUC-Goiás/UNESA, 2012, p. 13-34.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARVALHO, F. P. ET AL. Câncer de mama e tuberculose: ação educativa com trabalhadores em município do Rio de Janeiro. **J. Nurs. Health**, 2020; p. 1-8.

CATHCART-RAKE, E. et al. Breast cancer in adolescent and young adult women under the age of 40 years. **JCO Oncology Practice**, Hoboken: Pediatric blood & cancer, 2021. p. 305-315. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/OP.20.00793>. Acesso em: 13 nov. 2022.

CEVALLOS, M.; EGGER, M. STROBE (STrengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology). In: MOHER, D.; ALTMAN, D. G., SCHULZ, K. F.; SIMERA, I.; WAGER, E. **Guidelines for Reporting Health Research: A User's Manual**. Nova York: John Wiley & Sons, 2014. p. 169-179.

CHETLEN, A.; MACK, J.; CHAN, T. **Breast cancer screening controversies: who, when, why, and how?** Nova York: Clinical imaging, 2016, v. 40, n. 2, p. 279–282.

CORRÊA, R. S. et al. Estimativas da cobertura mamográfica no Estado de Goiás, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2011, v. 27, n. 9, p. 1757-67.

D'ALMEIDA MACHADO, M. J.; HERRERA CHAVES, U. **Gregory Bateson e o construtivismo**. São Paulo: Nova Perspectiva Sistêmica, 2016 [S. l.], v. 25, n. 54, p. 29-44.

DAMERELL, P., HOWE, C., MILNER-GULLAND, E. J. Child orientated nvironmental education influences adult knowledge and household behaviour. **Environmental Research Letters**, Bristol, Inglaterra: Editora IOP – Institute of Physics, 2013, v. 8:015016.

DE CESARO, B. C.; VASCONCELLOS, V. P. C.; SCOLA, B. T. Heterogeneidade nas diretrizes do câncer de mama: Ministério da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba: PUC-SP, 2019, p. 22-27. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/35845>>. Acesso em: 30 out. 2019.

DONATO, H.; DONATO, M. Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. **Acta Med. Port., São Paulo**, 2019, p. 227-235.

DUGGAN, C. et al. The Breast Health Global Initiative 2018 Global Summit on Improving Breast Healthcare Through Resource-Stratified Phased Implementation: Methods and overview. **Cancer**, Nova York, 2020, p. 2339-2352.

ESCUDERO-PORROCHE, A. Perilous equations? Empowerment and the pedagogy of fear in breast cancer awareness campaigns. **Women's Studies International Forum**, Birmingham, Reino Unido, 2014, p. 77-92.

FERREIRA, D. M. R.; LIMA, A. A. T. F. C.; FERREIRA, M. A. M. Dimensões estatal, gerencial e individual da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (de Mama): um modelo avaliativo. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 4, n. 11, 2019, p. 1-19. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/7240>. Acesso em 6 dez. 2022.

FITZMAURICE, C. et al. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 29 cancer groups, 1990 to 2017. **JAMA Oncology**, Chicago, 2019. p. 1749-1768. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2752381>. Acesso em: 13 nov. 2022.

FREER P. E. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Breast Imaging. **Radiologic clinics of North America**, Maryland Heights - Missouri, no Condado de St. Louis, 2021. p.1-11.

FREIRE, P. **Conscientização**. Teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro, 2001.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

GABRIEL, R. Letramento, alfabetização e literacia: um olhar a partir da ciência da leitura, **Revista Práxis**, Novo Hamburgo: **Universidade Feevale**, 2017. p. 76-88.

GARCIA, C.; MARASCA, E. Pedagogia Waldorf e Salutogênese: o ensino como fonte de saúde. **Utopía y Praxis Latinoamericana**, Maracaibo, Estado Zula, Venezuela, Universidade del Zulia, 2017, p. 97-110.

GÓIS, C. W. L. **Psicologia Comunitária: atividade e consciência**. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

GOIS, C. W. L. **Saúde comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: HUCITEC, 2008.

GONÇALVES, L. L. C. et al. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo: USP, 2014, p. 394-400.

GONÇALVES, J. G. et al. Evolução histórica das políticas para o controle do câncer de mama no Brasil. **DIVERSITATES International Journal**. Rio de Janeiro: Niteroi-RJ: Universidade Federal Fluminense, 2016, p: 1-23.

GONÇALVES, L. L. C. et al. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo: USP, 2014, p. 394-400.

GINSBURG, O. et al Breast cancer early detection: a phased approach to implementation. Program to Increase Breast Cancer Awareness and Promote Intergenerational. **Cancer**, 2020, p. 2379–2393.

GUTIÉRREZ, M. G. R.; ALMEIDA, A. M. Outubro Rosa. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2017, p. 3-5. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201700065>>. Acesso em: 01 jun. 2022.

HADDAWAY, N. R., Page, M. J., Pritchard, C. C., & McGuinness, L. A. (). PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. **Campbell Systematic Reviews**, 2022, v. 18, e1230.

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2014, p. 3553-3559.

HEMPSTEAD, J. et al. Community Empowerment Partners (CEPs): A breast health education program for African-American women. **Bridgette Community Health**, Holanda, 2019, p. 833–841.

HIGGINS, J. P. T. et al. (ed.). **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions versão 6.3 (atualizado em fevereiro de 2022)**. Londres: Cochrane, 2022. Disponível em www.training.cochrane.org/handbook. Acesso em: 2 nov. 2021.

HOSYNS, C. et al. Pricing Fair Trade Products to Include Unpaid Labour and Empower Women. **Oñati Socio-legal Series**, Espanha, Instituto Internacional de Sociologia do Direito Antigua Universidad Gipuzkoa, 2012, p. 24-35.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2019**: informações e unidades da sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Programa nacional de controle do câncer de mama**: histórico das ações. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Acessado em: 14 de agosto de 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/historico-das-acoes>. Acesso em: 14 ago. 2022.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Viva Mulher 20 anos**: história e memória do controle do câncer do colo do útero e de mama no Brasil: catálogo de documentos / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **O câncer e seus fatores de risco**: o que a educação pode evitar? Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/o-cancer-e-seus-fatores-de-risco-o-que-educacao-pode-evitar>. Acesso em: 23 ago. 2019.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **A situação do câncer de mama no Brasil**: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020**: síntese de resultados e comentários. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>. Acesso em: 13 nov. 2022.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Causas e Prevenção**: Como prevenir o câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/como-prevenir-o-cancer>. Acesso em: 31/05/2022.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Parâmetros técnicos para rastreamento do câncer de mama**. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

KICKBUSCH, I.; MAAG, D. Health Literacy AND I. In: Heggenhougen, K.; Quah, S. **Editors International Encyclopedia of Public Health**. San Diego: Academic Press, 2008, p. 204-211.

KIM, H. et al. Association between online information seeking and adherence to guidelines for breast and prostate cancer screening. **Preventing Chronic Disease**, Atlanta, Geórgia, EUA, Centers for Disease Control and Prevention, 2018, p. 1-11. Disponível em: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2018/17_0147.htm. Acesso em: 13 nov. 22.

LAGES, R. B. et al. Inequalities associated with lack of mammography in Teresina-Piauí-Brazil, 2010-2011. **Rev. Bras. Epidemiol**, 2012, p. 737-47.

LANDERDAHL, M. C. et al. Processo de empoderamento feminino mediado pela qualificação para o trabalho na construção civil. Revista de Enfermagem **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013, p. 306-312. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 ago. 2019.

LASSERSON, T. J.; THOMAS, J.; HIGGINS, J. P. T. Chapter 1: Starting a review. In: HIGGINS, J. P. T. et al. (ed.). **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.0** (atualização em julho de 2019). Londres: Cochrane, 2019. Disponível em: www.training.cochrane.org/handbook. Acessado em: 30 ago. 2022.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; FIGUEIREDO, R. Comunicação em Saúde e Discurso do Sujeito Coletivo: semelhanças nas diferenças e diferenças nas diferenças. **Boletim do Instituto de Saúde – Comunicação em Saúde**, São Paulo, 2010, v. 12, n. 1.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde ou negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2015.

LEITE, R. A. F. et al. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual Paulista, 2014, p. 661-672. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400661&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 09/08/2019.

LEE, J. et al. Direct Interactive Public Education by Breast Radiologists About Screening Mammography: Impact on Anxiety and Empowerment. **Journal of the American College of Radiology**, Reston, Virginia, EUA, American College of Radiology, 2016, p: 12-20.

LEE, H. Y. et al. Role of Health Literacy in Health-Related Information-Seeking Behavior. Online: Cross-sectional Study, **Journal of medical Internet research**, 2021, p. e14088.

LEÓN, L. P. Brasil tem 152 milhões de pessoas com acesso à internet. **Agência Brasil: Empresa Brasileira de Comunicações (EBC)**. Brasília, DF, 23 ago 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2021-08/brasil-tem-152-milhoes-de-pessoas-com-acesso-internet>. Acesso em: 22 mar. 2022.

LIBERATI A. et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. San Francisco, California: PLOS Medicine, 2009, v. 6, n. 7, p. e1000100. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1000100&type=printable>. Acesso: 23 ago. 2021.

LIMA, M. et al. Temporal trend of cancer mortality in a Brazilian state with a medium Human Development Index (1980-2018). Londres: **Scientific Reports**, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-78381-4>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-78381-4>. Acesso em: 17 set. 2021.

MADEIRA, W.; LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. (2009). Sociedade do Conhecimento, Empoderamento e Produção de Consensos na Saúde. **Revista ECO-Pós**, Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação da Escola de Comunicação da UFRJ, v. 10, n. 1. DOI: <https://doi.org/10.29146/eco-pos.v10i1.1043>.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2011, p. 973-982.

MARÇAL C. C. et al. A Salutogênese na pesquisa em saúde: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro: UERJ, 2018, v. 26, p. e37954.

MARTINEZ, M. E. et al. Contribution of clinical and socioeconomic factors to differences in breast cancer subtype and mortality between Hispanic and non-Hispanic white women. **Breast Cancer Res. Treat.**, 2017, v. 166, p. 185-193.

MATEUS, A. F. A importância da comunicação nas redes de investigação interdisciplinares e suas práticas discursivas. **Opción**, 2015, p. 536-554.

MELO, V. A. A.; RIBEIRO, M. A. Epistemologias sistêmicas e suas repercussões para a clínica da terapia familiar. **Pensando fam.**, Porto Alegre, DOMUS – Centro de Terapia de Casal e Família, 2016, p. 149-161. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2016000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jun. 2020.

MENDES, E. V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2014, p. 38-49.

MENDES, R.,; FERNANDEZ, J. C. A.; SACARDO, D. P. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, jan.-mar. 2016, v. 40, n. 108, p. 190-203.

MENDONÇA, R. F.; SIMÕES, P. G. Enquadramento: diferentes operacionalizações analíticas de um conceito. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, São Paulo, Associação Nacional de Pós-graduação em Pesquisa em Ciências Sociais, 2012; p. 187-201. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092012000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jun. 2020.

MENTI, D. C.; RUBLESCKI, A. Relações de gênero e poder: um estudo da representação da figura feminina na arte. **Revista Caribeña de Ciencias Sociales**, São José dos Pinhas, Paraná, Future Publishers Group Ltda., 2018. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/09/relacoes-genero-poder.html>. Acesso em: 9 out. 2019.

MIGOWSKI, A.; CORRÊA, F. Recomendações para detecção precoce de câncer durante a pandemia de covid-19 em 2021. **Revista de APS- Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2020, p. 235-240. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/33510/22826>. Acesso em: 18 mar. 2022.

MIGOWSKI A. et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II – Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2018, v. 34, p. E00074817.

MOLINA Y. et al. Comparing Different Interventions' Effects on Latinas' Screening Mammography Attainment and Participant-Driven Information Diffusion. *Health Educ Behav*, Newbury Park, California, 2021, p. 818–830.

MOLINA Y. et al. The “Empowering Latinas to Obtain Breast Cancer Screenings” study: Rationale and design. *Contemporary Clinical Trials*, New York, US, 2018, p. 1–8.

MORAIS, J. **Alfabetizar para a democracia**. Porto Alegre: Penso, 2014.

NÁFRÁDI, L. et al. An empirical test of the Health Empowerment Model: Does patient empowerment moderate the effect of health literacy on health status? **Patient Education and Counseling**, Salisbury, Reino Unido, European Association for Communication in Healthcare, 2018, p. 511-517.

NASTASI, A. et al. Breast Cancer Screening and Social Media: a Content Analysis of Evidence Use and Guideline Opinions on Twitter. **J. Canc. Educ.**, Virginia, EUA, American Association for Cancer Education Charlottesville, 2018, p. 695-702.

NCD COUNTDOWN 2030 COLLABORATORS. **NCD Countdown 2030**: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. Londres: Lancet, 2018, p. 1072-1088.

NCD COUNTDOWN 2030 COLLABORATORS. **NCD Countdown 2030**: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the Sustainable Development Goal target 3.4 in low-income and middle-income countries. Londres: Lancet, 2022, p. 1266-1278.

NEPOMUCENO, L. B. et al. Participação Social em Saúde: Contribuições da Psicologia Comunitária. **Psico**. Porto Alegre: PUCRS, 2013, p. 45-54.

OHL, I. C. B. et al. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: 2016; p. 793-803.

OLIVEIRA, D. A. L. et al. Tecnologia para educação em saúde na prevenção e rastreamento do câncer de mama. **Revista Nursing**, Osasco, São Paulo, Editora MPM Comunicação, 2021, v. 24, n. 275, p. 5530-5536.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estratégia e plano de ação para a promoção da saúde no contexto dos objetivos de desenvolvimento sustentável 2019-2030**. Washington, D.C.: OPAS, 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51618/CD57-10-p.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2021.

ORLANDINI, L. F. et al. Epidemiological analyses reveal a high incidence of breast cancer in young women in Brazil. Alexandria: **Journal of Global Oncology**, 2021. p.: 81-88. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/GO.20.00440>. Acesso em: 13 nov. 22.

ORTIZ, I. et al. Universal Social Protection Floors: Costing Estimates and Affordability in 57 Lower Income Countries Extension of Social Security. **International Labour Office: ESS – Working Paper No. 58**. Geneva: ILO, 2017.

PACHECO, R. L. et al. Guidelines para publicação de estudos científicos. Parte 2: Como publicar estudos observacionais (coorte, caso-controle e transversal). **Diagn. Tratamento**, São Paulo, Associação Paulista de Medicina, 2017; p. 121-126.

PAGE, M. J. et al. PRISMA2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. **BMJ**, Londres, British Medical Association, 2021, v. 372, n. 160.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. **Journal of Clinical Epidemiology, Nova York**, 2021, p. 178-189.

PAEZ, A. Grey literature: An important resource in systematic reviews. **Journal of evidence-based medicine, Jersey, EUA, John Wiley & Sons Hoboken**, ago. 2017, v. 10, n. 3, p. 233-240.

PELICIONI, M. C. F. **Educação e promoção da saúde: teoria e prática**. 2. ed. – Rio de Janeiro: Santos, 2019.

PONS-RODRÍGUEZ, A. et al. Elección informada en el cribado del cáncer de mama: el papel del nivel educativo/Informed choice in breast cancer screening: the role of education. **Gac. Sanit.** 2021; p. 243-249.

PORROCHE-ESCUADERO, A. Empoderamiento: el santo grial de las campañas de cáncer de mama. *Revista Internacional de Sociología*, [S. l.], v. 74, n. 2, p. e031, 2016.

PORTO, G. P. G. **Crenças e percepções das mulheres saudáveis sobre câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura**. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

PRATES, A. C. L. et al. Indicadores de insatisfação relacionados à imagem corporal em pacientes submetidas à mastectomia. **Brazilian Journal of Mastology**, Rio de Janeiro, The Brazilian Society Mastology, 2014, p. 23-8.

PRATES, A. C. L. et al. Influência da imagem corporal em mulheres em tratamento contra câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2017, p. 175-183.

RAMASWAMI, R. et al. Disparities in breast, lung, and cervical cancer trials worldwide. **Journal of Global Oncology**, Alexandria, Virginia, ASCO – American Society of Clinical Oncology, 2018. p. 1-11. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JGO.17.00226>. Acesso em: 13 nov. 22.

RAMOS, A. C. V. et al. Estratégia Saúde da Família, saúde suplementar e desigualdade no acesso à mamografia no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, 2018, v. 42, p. E166.

RETHLEFSEN, M. L. et al. An Extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews., New York, USA, Springer Nature, 2021, v. 39.

ROBERTSON, E. M. et al. African American community breast health education: a pilot project. **ABNF J.**, Lisle, EUA, Tucker Publications, 2006, p. 48-51.

RODRIGUES, J. D.; CRUZ, M. S.; PAIXAO, A. N. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2015, p. 3163-3176. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003163&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2019.

RODRIGUES, A. R. S. et al. Câncer de mama: conhecimentos de usuárias do serviço público de saúde. **Temas em Saúde**, João Pessoa, Editora Fiocruz, 2018, p. 5-21.

RODRIGUES, D. et al. Acesso difícil e baixa produtividade: triagem mamográfica no Brasil. **The Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Tehran, Asian Pacific Organization for Cancer Prevention 2019, p. 1857-1864.

RODRIGUES, D. et al. Dificuldade de acesso e baixa produtividade: rastreamento mamográfico no Brasil. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**. Sichuan, 2019, p. 1857-1864.

ROSO, A. R.; ROMANINI, M. Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico. **Psicologia e Saber Social.**, Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2014; p. 83-95.

RUNJIC, E. et al. Half of systematic reviews about pain registered in PROSPERO were not published and the majority had inaccurate status. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, Pergamon Press, v. 116, p. 114-121, 2019.

SÁ, G. S.; CAROZZO, N. P. P. Imagem Corporal e Habilidades Sociais em pacientes com câncer de mama. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, Faculdade Meridional IMED, Escola de Psicologia Passo Fundo, 2018, p. 37-55.

SALCI, M. A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2013; p. 224-30.

SAFORCADA, E. Salud Comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. **Aletheia**, Canoas, Rio Grande do Sul, Universidade Luterana do Brasil, 2012, p. 7-22. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100002&lng=pt&tlng=es. ACESSO: 05 ago 2021.

SANTOS, D. B. et al. Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, Universidade de São Paulo, 2014, p. 1342-1355.

SANTOS, I. S. Políticas de controle do câncer de mama no Brasil: quais são os próximos passos? **Cad. Saúde Pública**, 2018, v. 34, p. E00097018.

SARFOCADA, E. El concepto de salud comunitaria ¿Denomina solo un escenario de trabajo o también una nueva estrategia de acción en salud pública? **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, Departamento de Psicologia da Universidade de Juiz de Fora 2008, p. 3-13. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472008000200002&lng=pt&tlng=es. Acesso: 02 ago 2021.

SCHEEL, J. R. et al. Latinas' Mammography Intention Following a Home-Based Promotores-Led Intervention. **Journal of Community Health**, 2015, p. 1185-92.

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Comunicação Saúde Educação**, São Paulo, 2018, p. 177-88.

SHARPLESS, N. E. COVID-19 and cancer. **Science**: Washington DC, American Association for the Advancement of Science, 2020, p. 1290. Disponível em: https://www.science.org/doi/10.1126/science.abd3377?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 20 maio 2021.

SILVA, L. S.; COTTA, R. M. M.; ROSA, C. O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, DC, Organização Pan-Americana da Saúde, 2013; p. 343-50.

SILVA, J. P., BOUSFIELD, A. B. S., CARDOSO, L. H. A hipertensão arterial na mídia impressa: análise da revista *Veja*. **Psicologia & Saber Social**, Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2014; p. 191-203.

SILVA, J. O. et al. Educação em saúde para prevenção do câncer de mama no município de Piri-piri-PI: atuação do pet-saúde. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, Santa Catarina, Hospital Santa Cruz Núcleo de Epidemiologia Hospitalar/Comissão de Controle de Infecção, 2015, p. 203-205, out. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/5458>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

SILVA, F. X. et al. Mamografia em mulheres assintomáticas com idades entre 40 e 49 anos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, Universidade de São Paulo, 2014, p. 931-939.

SILVA, K. K. S. et al. Estratégias de enfrentamento após o diagnóstico de câncer de mama. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, UNIFOR, 2020. p. 1-10. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/10022>. Acesso em: 13 nov. 22.

SILVA, N. R. O. Mortalidade por câncer de mama no Brasil de 2010 a 2019. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. São Paulo, 2021, p. 116-125. Disponível em: [https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/no-brasil#:~:text=4.-,RESULTADOS,44%25%20\(9.917%20%C3%B3bitos\)](https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/no-brasil#:~:text=4.-,RESULTADOS,44%25%20(9.917%20%C3%B3bitos)). Acesso em: 13 nov. 2022.

SIMEÃO, S.S.S. ET AL. A difusão do câncer de mama em mulheres na mídia impressa. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2016, p. 142-155.

SMITH, M. A.; CONWAY-PHILLIPS, R.; FRANCOIS-BLUE, T. Sisters Saving Lives: Instituting a Protocol to Address Breast Cancer Disparities. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, Pittsburg, Oncology Nursing Foundation, 2016, p. 427-32.

SOPIK, V. International variation in breast cancer incidence and mortality in young women. **Breast Cancer Research and Treatment**, Dordrecht, Nova York, Springer Publishing 2021, p. 497-507. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10549-020-06003-8>. Acesso em: 13 nov. 2022.

SOTO-PEREZ-DE-CELIS, E. et al. Implementation of a School-Based Educational Program to Increase Breast Cancer Awareness and Promote Intergenerational Transmission of Knowledge in a Rural Mexican Community. **The Oncologist**, Durham, Carolina do Norte, 2017, p. 1249-1256.

SOUZA, J. M. et al. Aplicabilidade prática do *empowerment* nas estratégias de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2014, p. 2265-2276.

SOUZA, J. R. S. **Avaliação da imagem corporal de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária** (Dissertação de Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015.

STEWART, L.; MOHER, D.; SHEKELLE, P. Why prospective registration of systematic reviews makes sense. **Systematic reviews**, Baden-Württemberg, Alemanha, Springer Nature Stuttgart, v. 1, p. 7, 2012.

SUNG, H. et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, Atlanta, Georgia, American Cancer Society Center, 2021. p. 209-249. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21660>. Acesso em: 13 nov. 2022.

TENGLAND, P. A. Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Goals. **Health Care Analysis**, Canadá, Universidade de York, 2016. 24(1), 24-46

TORRE, L. A. et al. Estatísticas globais de câncer, 2012. **CA Cancer J Clin.**, Atlanta, Geórgia, 2015, p. 87-108.

TORRE, L. et al. Global cancer incidence and mortality rates and trends: an update. Filadélfia: **Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention**, 2016. p. 16-27. Disponível em: <https://cebp.aacrjournals.org/content/25/1/16>. Acesso em: 13 nov. 22.

TRAJANO, M. F. C.; VIANA, A. L.; GONTIJO, D. T. Utilização do paradigma da complexidade no campo da saúde: revisão de escopo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, 2020, p. e20190235. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000300701&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 abr. 2020.

VALENTE, T. W.; PITTS, S. R. An Appraisal of Social Network Theory and Analysis as Applied to Public Health: Challenges and Opportunities. **Annual Review of Public Health**, San Mateo, California, EUA., 2017, p. 103-18.

VANDENBROUCKE, J. P. et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. **International Journal of Surgery**. Londres, Associação de Cirurgiões em Training, a New York Surgical Society, 2014, p. 1500-1524.

VIEIRA, R. A. C.; FORMENTON, A.; BERTOLINI, S. Breast cancer screening in Brazil. Barriers related to the health system. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, Associação Médica Brasileira, 2017, p. 466-474.

VON ELM, E. et al. Iniciativa STROBE. A declaração de Fortalecimento do Relatório de Estudos Observacionais em Epidemiologia (STROBE): diretrizes para relatar estudos observacionais. **J. Clin. Epidemiol.**, Londres, BMJ Group, 2008, p. 344-9.

XAVIER, D. R. ET AL. Cobertura de mamografias, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de estudos de Saúde (Cebes), FIOCRUZ, 2016, p. 20-35.

XIMENES, V. M. et al. Saúde Comunitária e Psicologia Comunitária: suas contribuições às metodologias participativas. **Psicol. Pesq.** Juiz de Fora, Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2017, p. 4-13. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472017000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2019.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In. CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 635-667.

WILDE, S.; WIRTH, T.; ZÖLLNER, Y. Mammography screening in the OECD and its impact on health and health system related indicators. **J. Health Policy Outcomes Res.**, 2014, p. 76-83. Disponível em: http://www.jhpor.com/index/artikul/pokaz/mammography_screening_in_the_oecd_and_its_impact_on_health_and_health_system_related_indicators. Acesso em: 1 jun. 2022.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Promotion Glossary**. Geneva: World Health Organization, 1998.

APÊNDICE A – *Guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas baseado em evidências*

Somos
MULHERES
somos
EMPODERADAS



Somos MULHERES somos EMPODERADAS

Guia de recomendações sobre câncer de mama
para empoderamento de mulheres assintomáticas
baseado em evidências



FICHA TÉCNICA

PORTO, Gláucia Pina Guimarães. **GUIA DE RECOMENDAÇÕES SOBRE CÂNCER DE MAMA PARA EMPODERAMENTO DE MULHERES ASSINTOMÁTICAS BASEADO EM EVIDÊNCIAS**. São Paulo: 2022, 8f.

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Área de Concentração: Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Orientadora: Professora Doutora FRANCO, Maria Helena Pereira.

APRESENTAÇÃO

Melhorar significativamente a saúde e o bem-estar das populações é cada vez mais complexo. Reduzir as desigualdades na saúde, fortalecer a saúde pública e garantir sistemas de saúde centrados nas pessoas que sejam universais, equitativos, sustentáveis e de alta qualidade também. Há uma forte tendência de as pessoas pensarem no pior, aliado à falta de confiança em todos os envolvidos em saúde pública e, sobretudo, dificuldade de ouvir e processar informações sobre saúde.



Figura 1: Abordagens para a prevenção e detecção precoce

Fonte: Elaborada pela autora.

Com base nas evidências da revisão sistemática da literatura, realizada no trabalho *Guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas baseado em evidências* (PORTO, 2022), o que norteia este guia são:

- Abordagens baseadas na comunidade.
- Produção de conhecimento.
- Conciliação dos níveis de conhecimento da população e dos profissionais.
- Informação partilhada.
- Escolha informada.
- Ferramentas aliadas ao processo de empoderamento e fortalecimento da autonomia.
- Tecnologias educativas em saúde.

Este guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas foi construído como um norteador para profissionais de saúde, educadores e todos os que desejam ser multiplicadores de conhecimento sobre câncer de mama junto à população alvo, contribuindo, assim, para a diminuição dos diagnósticos sem possibilidade de cura e da mortalidade pela doença. A proposta é apresentar aspectos essenciais da literacia em saúde para empoderamento e promoção da saúde da mulher assintomática sobre prevenção e detecção precoce do câncer de mama.

Abordagens centrais recomendadas

A abordagem baseada na comunidade e na conciliação dos níveis de conhecimento da população e dos profissionais é uma intervenção na forma de confiança, de reciprocidade e de cooperação entre os envolvidos.

Essas estratégias são baseadas na aceitação e disposição das mulheres em colaborar umas com as outras no decorrer da compreensão dos fatores preventivos e na redução dos riscos modificáveis. Uma abordagem para efetivação dessa estratégia é a educação por pares.

Abordagens baseadas na comunidade e conciliação dos níveis de conhecimento da população e dos profissionais

A recomendação consiste na utilização dos pontos fortes da comunidade, a partir de um olhar em que as mulheres e organizações representem recursos sobre os quais se pode reconstruir:

1. Do que está presente, de modo a descobrir as capacidades daquela comunidade.
2. Da construção de agendas e das capacidades de resolução de problemas das moradoras, associações e instituições locais.
3. Dos relacionamentos, da construção e reconstrução de vínculos e ligações entre as moradoras, instituições e organizações locais, com base nas suas habilidades, no poder das associações e nas funções de apoio das instituições locais, aproveitando os pontos fortes existentes.

Abordagens aliadas ao processo de empoderamento e fortalecimento da autonomia e tecnologias educativas em saúde

Recomenda-se que os profissionais tirem proveito das novas tecnologias para melhorar a comunicação, para se organizar, para se mobilizar, para ter mais influência e conseguir recursos. As tecnologias educativas em saúde podem remover barreiras, pois:

- ❖ Fazem com que encorajem umas às outras, permitindo que encontrem outras mulheres para compartilhar interesses mútuos.
- ❖ Facilitam as interações sociais em comunidades e criam espaços de conversa.
- ❖ Constroem ciclos de interação e compartilhamento de conhecimentos e interesses mútuos.
- ❖ Operam como troca de informações e contato.
- ❖ Ajudam a estender a participação e a transparência nas relações.

Recomendações para intervenção em literacia em saúde para empoderamento das mulheres assintomáticas sobre câncer de mama

A literacia em saúde configura-se um tema fundamental, uma vez que níveis baixos de literacia estão relacionados a piores resultados de saúde, tanto a nível individual quanto coletivo (PERES; RODRIGUES; SILVA, 2021; LEE et al., 2021).

LITERACIA EM SAÚDE	CAPACITAÇÃO			
	Informação	Compreender	Avaliar	Utilizar
Cuidados de saúde	Acesso a informação	O significado	Aplicação	Tomar decisões informadas
Prevenção e detecção	Sobre fatores de risco	Significado dos fatores de risco e do seu	Avaliação sobre os fatores de risco	Julgar a relevância dos fatores de risco
Promoção da saúde e fatores de risco modificáveis	Atualização sobre questões de saúde	As relações em saúde	Avaliação das informações sobre saúde	Formar uma opinião consciente sobre saúde

Quadro 1: Recomendação de capacitação

Fonte: Elaborada pela autora.



A. Gestão

A recomendação é que sejam gestores e profissionais facilitadores para empoderamento sobre câncer de mama e que tenham as seguintes competências:

COMPETÊNCIA PRINCIPAL	DESCRIÇÃO
Concepção do programa, gestão, implementação e avaliação	<ul style="list-style-type: none">• A habilidade para planejar, incluindo a gestão de recursos e de pessoas.• Compreender os ciclos do programa, orçamentos, planejamento e avaliação.
Planejamento e provisionamento de estratégias de comunicação	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar os níveis de conhecimento e a consciencialização.• Desenvolver estratégias que visem as mulheres assintomáticas para câncer de mama, grupos e comunidades.
Competências de facilitação	<ul style="list-style-type: none">• Formar ou treinar, conduzir reuniões ou grupos de trabalho.
Competências de investigação	<ul style="list-style-type: none">• Investigar, incluir o uso de técnicas participativas, métodos quantitativos e qualitativos e revisões sistemática.
Competência de empoderamento comunitário	<ul style="list-style-type: none">• Construir capacidades.• Ajudar as mulheres assintomáticas para câncer de mama, grupos e comunidades a ganhar mais poder.
Habilidade para influenciar as políticas e as práticas	<ul style="list-style-type: none">• Influenciar as políticas e as práticas através de técnica e da ajuda às comunidades.

Quadro 2 – Recomendações das competências do gestor e dos profissionais

Fonte: Elaboração da autora

B. Planejamento

O processo de planejamento inclui o tamanho e o cronograma do programa, objetivos realistas e o papel central da avaliação das necessidades.

Recomendações para planejamento das ações em literacia em saúde para câncer de mama

- ❖ Abordagens estratégicas e participativas para maior envolvimento dos mais diferentes parceiros.
- ❖ Para facilitar o empoderamento dos envolvidos na construção das capacidades ampliadas, para que os objetivos sejam alcançados e que o tratamento ocorra dentro da lei dos 60 dias ou logo após o diagnóstico de câncer de mama, que o cronograma não seja definitivo.



C. Seleção de estratégias

Uso das teorias, abordagens estratégicas e a abordagem de *settings*.

A recomendação é que se desenvolvam estratégias que procurem representar versões simplificadas da realidade, mas que não reflitam verdadeiramente as complexidades daquele grupo. As estratégias de literacia em saúde para câncer de mama inclui maior responsabilidade pessoal e escolha autónoma e que se explique como e porque os diferentes aspectos são importantes.

Roteiro de orientação para câncer de mama

1. O roteiro é simples de entender e os fatores de prevenção apresentados têm lógica?
2. Corresponde às observações diárias dos problemas apresentados pelas mulheres?
3. Foi usado com sucesso anteriormente num contexto semelhante?
4. Tem apoio tanto em evidências científicas como na experiência das participantes?
5. Pode ser justificado em termos dos recursos disponíveis?
6. Pode ser medido?



D. Implementação das abordagens

A recomendação é que as abordagens sejam baseadas, inicialmente, na experiência e na construção da história vivida pelas mulheres assintomáticas em relação a prevenção e detecção precoce da doença.

ABORDAGENS	RECOMENDAÇÃO
Educacional	A abordagem educacional consiste, por meio de uma escolha informada e não do conhecimento por si só, o reconhecimento da mudança de comportamento. Isso porque o foco está na transferência de conhecimento sobre aspectos preventivos dos riscos percebidos pela própria mulher.
Socioambiental	A abordagem socioambiental tem como foco um levantamento das desigualdades em prevenção e detecção precoce do câncer de mama, como: acesso a alimentação saudável, acesso a atividades físicas orientadas e acesso a realização de exames periódicos da mama, como ultrassonografia e mamografia digital.
Estilo de vida	A abordagem, baseada no estilo de vida, reconhece que o comportamento é influenciado e condicionado por uma interação complexa de fatores. A recomendação para estilo de vida enfatiza a responsabilidade da mulher no cuidado da saúde e do seu corpo, por meio de estratégias educacionais, motivacionais e participativas que sejam facilmente implementadas no contexto das participantes.

Quadro 3 – Recomendação das abordagens

Fonte: Elaboração da autora

Recomendação dos *settings* de literacia em saúde para empoderamento das mulheres saudáveis para câncer de mama

Os *settings* consistem em cenários onde as pessoas usam e moldam ativamente o ambiente e, assim, criam ou resolvem problemas relacionados à saúde. Uma abordagem dos *settings* tem por objetivo fazer mudanças sistemáticas ambientais e não apenas usá-lo como um lugar de acesso para educar as mulheres assintomáticas sobre câncer de mama.

SETTING	RECOMENDAÇÃO
Sistema educacional	<ul style="list-style-type: none"> • Escolas e institutos de educação. • Tem um papel importante na promoção da saúde. • Crianças e jovens podem aprender sobre câncer de mama. • É parte integrante dos cuidados de saúde.
Sistema de assistência médica	<ul style="list-style-type: none"> • Os profissionais de saúde também precisam adequar sua comunicação para atender as necessidades das mulheres.
Casa, comunidade, prisões	<ul style="list-style-type: none"> • As comunidades precisam apoiar o grupo de mulheres assintomáticas. • Fornecimento de estruturas estáveis e ambientes saudáveis. • Desempenham um papel importante no combate às desigualdades em saúde.
Trabalho e meio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Escolha possível no ambiente de trabalho. • Fornecimento de refeições saudáveis. • Introdução de horários de trabalho flexíveis que permita as funcionárias realizarem os exames preventivos e de detecção precoce do câncer de mama. • Envolvimento em atividades saudáveis de tempo livre.
Política	<ul style="list-style-type: none"> • Integração e concepção de políticas em saúde. • Escolhas informadas e capacitação em saúde pública.
Empresas e comércio local	<ul style="list-style-type: none"> • Para uma escolha saudável e minimizar os fatores de risco modificáveis para câncer de mama, o oferecimento dos alimentos, os locais para atividade física e de assistência em saúde precisam ser adequados às mudanças de comportamento previstas.

Quadro 4 – Recomendações dos *settings*

Fonte: Elaboração da autora

Estratégia de Comunicação

A recomendação para a estratégia de comunicação consiste em ajudar as mulheres assintomáticas para câncer de mama no controle sobre as suas vidas, começando por aumentar os seus conhecimentos, desenvolvendo as suas habilidades e criando um diálogo para identificar questões pessoais e soluções potenciais.

ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS	RECOMENDAÇÃO
Aconselhamento	Os conselheiros, psico-oncologistas especializados em prevenção e detecção precoce do câncer de mama, podem ajudar a mulher a compreender sua realidade, descobrir melhores maneiras de pensar e viver preventivamente, a partir dos fatores de risco modificáveis.
Educação por pares	As mulheres são capacitadas para encorajar o comportamento saudável entre si e se tornam multiplicadoras educacionais para prevenção e detecção precoce do câncer de mama. Os profissionais recrutam mulheres da comunidade formadoras de opinião, que se envolverão com seus pares, usando uma linguagem do cotidiano e levarão sugestões relevantes e significativas de acordo com a sua realidade. É recomendado que seja monitorado por um agente de saúde comunitário.
Centrada no cliente	Ajuda a promover os princípios básicos da responsabilidade individual. Concentra-se na perspectiva do indivíduo para ajudá-lo a identificar e resolver os seus próprios problemas de saúde. A mulher é encorajada a compartilhar suas preocupações, sentimentos e opiniões. Uma relação mais igualitária em que o psico-oncologista usa do seu conhecimento para permitir que a mulher tome decisões informadas sobre prevenção e detecção precoce do câncer de mama.

Quadro 5 – Recomendações das estratégias individuais

Fonte: Elaboração da autora

ESTRATÉGIAS COLETIVAS	RECOMENDAÇÃO
Ações coletivas	A recomendação é que os grupos iniciem com o foco nas necessidades imediatas das participantes e que, ao longo dos encontros, as mulheres sejam capazes de ampliar questões sobre desigualdade e injustiça social que afetam o comportamento coletivo para a prevenção e detecção precoce do câncer de mama. Os grupos permitem que as mulheres se organizem e se mobilizem por meio de uma ação coletiva, atender às suas necessidades de saúde. É uma oportunidade para o desenvolvimento de vínculos e habilidades sociais e para o gestor levantar recursos.
Tomada de decisão coletiva	A recomendação é que as mulheres, em um grupo, construam uma lista de classificação das principais preocupações que envolvam a prevenção e a detecção precoce do câncer de mama. O profissional pode ajudar, fornecendo informações técnicas específicas para responder a quaisquer perguntas, de modo que gere empoderamento e transformação a partir das decisões e ações coletivas.

Quadro 6 – Recomendações das estratégias coletivas

Fonte: Elaboração da autora



E. Avaliação das recomendações de literacia em saúde para empoderamento das mulheres assintomáticas para câncer de mama

O guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas, com base na literacia, não tem a pretensão de ser perfeito. Por isso, a recomendação é que seja realizada uma avaliação que envolva os integrantes que participaram ativamente, para fornecer resultados baseados nas evidências, o que envolve não apenas evidências científicas, mas experiência e vivência, tanto dos profissionais como das participantes.

OBJETIVOS	RECOMENDAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Saber se as ações funcionaram e se as metas gerais e os resultados esperados foram alcançados. Fornecer informações sobre o processo, o impacto, o progresso. Até que ponto uma mudança ocorreu com as ações, abordagens e estratégias implementadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Defina os objetivos: específicos, mensuráveis, alcançáveis e realistas desde o início. Realize um estudo de base que mostre as alterações das ações. Registre todo o processo, o resultado e o impacto. Procure as realizações e falhas por meio do desenho da avaliação. Se possível, identifique situações idênticas ou semelhantes para mostrar a mudança como resultado das atividades. Envolva todos os parceiros na avaliação. Registre os benefícios da avaliação.

Quadro 7 – Objetivos das avaliações e recomendações

Fonte: Elaboração da autora

A recomendação é que a avaliação seja baseada em evidências e que, ao menos, forneça informações que mostrem se as abordagens e ações foram ou não implementadas de forma eficaz (processo) e se atingiu com eficiência os objetivos propostos (resultados).

TIPOS RECOMENDADOS DE AVALIAÇÃO

TIPOS	DESCRIÇÃO	MEDIDAS
Avaliação de resultados	As mudanças ocorridas.	Resultados sociais e epidemiológicos.
Avaliação do processo	Funcionamento de uma estratégia.	Possível redução dos fatores de risco modificáveis.
Avaliação formativa	Desenvolvimento de materiais e métodos do planejamento. Ocorre antes da implementação.	Relevância, confiabilidade e validade de materiais e métodos.
Avaliação do impacto	Avalia o alcance dos objetivos.	Modificação do estilo de vida, utilização dos serviços.
Avaliação do processo	Avalia o funcionamento de uma estratégia.	Resultado dos fatores de risco modificáveis para câncer de mama.

Quadro 8 – Tipos recomendados de avaliação

Fonte: Elaboração da autora

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que este *Guia de recomendações sobre câncer de mama para empoderamento de mulheres assintomáticas baseado em evidências* fortaleça mulheres assintomáticas para câncer de mama, seus grupos e sua comunidade por meio da sua autonomia e habilidades para alcançar uma vida melhor, mais saudável e mais sustentável. Isso porque, a solução, não deve ser simplesmente a mudança de comportamento, mas a obtenção de escolhas autônomas e empoderadas. Que a percepção e atenção às demandas das mulheres sobre câncer de mama sejam transformadas para hábitos de saúde, para novas posturas cidadãs e sejam transformadoras de si mesmas e de muitas outras mulheres.

REFERÊNCIAS

- CARVALHO, F. P. et al. Câncer de mama e tuberculose: ação educativa com trabalhadores no estado do Rio de Janeiro. *J. Nurs. Health, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)*, 2020, p. 1-8.
- GINSBURG, O. et al Breast cancer early detection: a phased approach to implementation. Program to Increase Breast Cancer Awareness and Promote Intergenerational. **Cancer**, 2020, p. 2379–2393.
- HEMPSTEAD, J. et al. Community Empowerment Partners (CEPs): A breast health education program for African-American women. *Bridgette Community Health, Holanda*, 2019, p. 833–841.
- MOLINA Y. et al. Comparing Different Interventions' Effects on Latinas' Screening Mammography Attainment and Participant-Driven Information Diffusion. *Health Educ Behav, Newbury Park, California*, 2021, p. 818–830.
- MOLINA Y. et al. The “Empowering Latinas to Obtain Breast Cancer Screenings” study: Rationale and design. *Contemporary Clinical Trials, New York, US*, 2018, p. 1–8.
- NASTASI, A. et al. Breast Cancer Screening and Social Media: a Content Analysis of Evidence Use and Guideline Opinions on Twitter. **J. Canc. Educ.**, Virginia, EUA, American Association for Cancer Education Charlottesville, 2018, p. 695-702.
- OLIVEIRA, D. A. L. et al. Tecnologia para educação em saúde na prevenção e rastreamento do câncer de mama. **Revista Nursing, Osasco, São Paulo**, 2021, v. 24, n. 275, p. 5530-5536.
- PONS-RODRÍGUEZ, A. et al. Elección informada en el cribado del cáncer de mama: el papel del nivel educativo. **Gac Sanit.** 2021, p.:243–249.
- SOTO-PEREZ-DE-CELIS, E. et al. Implementation of a School-Based Educational Transmission of Knowledge in a Rural Mexican Community. **The Oncologist, Durham, Carolina do Norte**, 2017, p. 1249-1256.

ANEXO A – Lista de Verificação de Estudos Observacionais em Epidemiologia – STROBE

Lista de Verificação de Estudos Observacionais em Epidemiologia – STROBE					
	Item	Itens		Nº	Recomendação
Título e resumo	1	a) Projeto		1	Indique o desenho do estudo com um termo comumente usado no título ou no resumo. Fornecer no resumo um resumo informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado.
		b) Resumo			
Introdução	2	Estrutura		2	Explique a base científica e a justificativa para a investigação que está sendo relatada.
	3	Objetivos		3	Declare objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-especificadas.
Métodos	4	Design de estudo		4	Apresente os elementos-chave do desenho do estudo no início do artigo.
	5	Contexto		5	Descreva o cenário, locais e datas relevantes, incluindo períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento e coleta de dados.
	6	Participantes	a) Elegibilidade e seleção	6	(a) Estudo de coorte—Dê os critérios de elegibilidade e as fontes e métodos de seleção dos participantes. Descrever métodos de acompanhamento Estudo de caso-controle—Dê os critérios de elegibilidade e as fontes e métodos de verificação de caso e seleção de controle. Dê a justificativa para a escolha de casos e controles Estudo transversal—Dê os critérios de elegibilidade e as fontes e métodos de seleção dos participantes.
			b) Critérios de correspondência		(b) Estudo de coorte—Para estudos pareados, forneça os critérios de compatibilidade e o número de expostos e não expostos Estudo de caso-controle—Para estudos pareados, forneça os critérios de compatibilidade e o número de controles por caso.
	7	Variáveis		7	Defina claramente todos os resultados, exposições, preditores, potenciais fatores de confusão e modificadores de efeito. Dê critérios diagnósticos, se aplicável.
	8	Fontes de dados/medição		8	Para cada variável de interesse, forneça as fontes de dados e detalhes dos métodos de avaliação (medição). Descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação se houver mais de um grupo.
	9	Viés		9	Descreva quaisquer esforços para abordar possíveis fontes de viés.
	10	Tamanho do estudo		10	Explique como se chegou ao tamanho do estudo.

[continua...]

Lista de Verificação de Estudos Observacionais em Epidemiologia – STROBE					
	Item	Items		Nº	Recomendação
	11	Variáveis quantitativas		11	Explique como as variáveis quantitativas foram tratadas nas análises. Se aplicável, descreva quais agrupamentos foram escolhidos e por quê.
	12	Métodos Estatísticos	a) Métodos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controlar a confusão.
			b) Subgrupos/Interações		Descreva quaisquer métodos usados para examinar subgrupos e interações.
			c) Ausência		Explique como os dados ausentes foram tratados.
			d) - Perda de acompanhamento (Coorte) - Matching de casos (Caso-Controle) - Estratégia de amostragem (estudo transversal)		Estudo de coorte—Se aplicável, explique como a perda de seguimento foi abordada Estudo de caso-controle—Se aplicável, explique como a correspondência de casos e controles foi abordada Estudo transversal—Se aplicável, descreva métodos analíticos levando em consideração a estratégia de amostragem.
		e) Análises de sensibilidade		Descreva quaisquer análises de sensibilidade.	
Resultados	13	Participantes	a) Números de indivíduos	13	Relate o número de indivíduos em cada estágio do estudo – por exemplo, números potencialmente elegíveis, examinados para elegibilidade, elegíveis confirmados, incluídos no estudo, completando o acompanhamento e analisados.
			b) Motivos da não participação/Perda		Justifique a não participação em cada etapa.
			c) Diagrama de fluxo		Considere o uso de um diagrama de fluxo.

Fonte: von Elm et al. (2008); Vandembroucke et al. (2014) (Adaptado)