

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES

Programa de Pós-graduação em Administração  
Mestrado

Natália Xavier Bueno

**A PERCEÇÃO DE MULHERES JOVENS DIAGNOSTICADAS COM  
CÂNCER DE MAMA SOBRE AS CAMPANHAS DE MARKETING  
SOCIAL**

Belo Horizonte  
2017

**Natália Xavier Bueno**

**A PERCEPÇÃO DE MULHERES JOVENS DIAGNOSTICADAS COM  
CÂNCER DE MAMA SOBRE AS CAMPANHAS DE MARKETING  
SOCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Centro  
Universitário Unihorizontes, como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre em  
Administração.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Rodrigues Cunha

Linha de pesquisa: Estratégia, gestão da inovação  
e desempenho

Área de concentração: Organização e estratégia

Belo Horizonte  
2017

B928p BUENO, Natalia Xavier.

A percepção de mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama sobre as campanhas de marketing social. Belo Horizonte: Centro Universitário Unihorizontes, 2017. 89p.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Rodrigues Cunha.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-graduação em Administração – Centro Universitário Unihorizontes.

1. Marketing social – campanhas de prevenção – câncer de mama. I. Natalia Xavier Bueno. II. Centro Universitário Unihorizontes, Programa de Mestrado em Administração. III. Título.

CDD: 658.8



Centro Universitário Unihorizontes  
Mestrado Acadêmico em Administração

---

**MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO  
DA FACULDADE NOVOS HORIZONTES**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Organização e Estratégia

MESTRANDO(A): **NATALIA XAVIER BUENO**

Matrícula: 770728

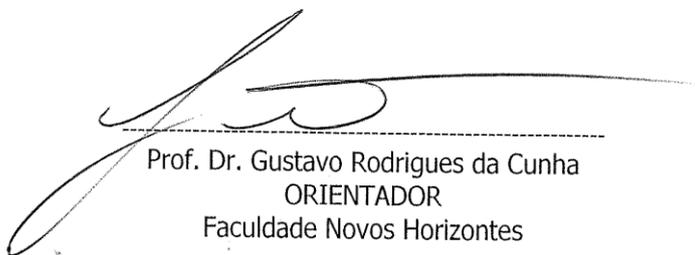
LINHA DE PESQUISA: ESTRATÉGIA, INOVAÇÃO E COMPETITIVIDADE

ORIENTADOR(A): Prof. Dr. Gustavo Rodrigues da Cunha

**TÍTULO: A PERCEPÇÃO DE MULHERES JOVENS DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA SOBRE AS CAMPANHAS DE MARKETING SOCIAL.**

DATA: 14/02/2017

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Gustavo Rodrigues da Cunha  
ORIENTADOR  
Faculdade Novos Horizontes



Profª Drª Caissa Veloso e Sousa  
Faculdade Novos Horizontes



Prof. Dr. Jefferson Lopes La Falce  
FUMEC

## DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE DISSERTAÇÃO

Declaro ter procedido à revisão da Dissertação – área de concentração: Organização e Estratégia – de autoria de **Natália Xavier Bueno**, sob a orientação do Prof. Dr. Gustavo Rodrigues Cunha, apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Administração do Centro Universitário Unihorizontes, intitulada: **A PERCEPÇÃO DE MULHERES JOVENS DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA SOBRE AS CAMPANHAS DE MARKETING SOCIAL.**

Dados da revisão<sup>1</sup>:

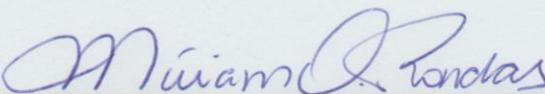
- Aspectos linguísticos
- Aspectos textuais

Belo Horizonte, 31 de janeiro 2017.

**Profa. Míriam de Oliveira Rondas**

Revisora credenciada para revisão de trabalhos acadêmicos  
Professora de língua portuguesa  
Tradutora de Língua francesa

Assinatura: \_\_\_\_\_



<sup>1</sup> A aceitação de sugestões de alterações no texto e/ou reescritas fica a cargo do autor da dissertação e do respectivo orientador.

Aos meus pais,  
como forma de retribuição à concessão da vida.

A minha família,  
exemplo de luta, persistência e vitórias.

Amo muito todos vocês!

## AGRADECIMENTOS

“A gratidão só será pura e verdadeira se for demonstrada em atitudes” (Kotama Okada).

Primeiramente, agradeço a Deus pela dádiva da vida, a permissão de estar concluindo mais essa etapa. Agradeço, imensamente, o período de aprendizado, de amadurecimento e fortalecimento. Espero alcançar Suas expectativas e ser útil à sociedade.

Aos meus pais, Ivan e Soraya, por permitirem e acreditarem que esse sonho seria possível. Sem vocês eu não teria chegado até aqui. Querida mãe, obrigada por superar comigo os momentos mais difíceis dessa trajetória e, ao mesmo tempo, amenizá-los com o seu amor incondicional.

Aos meus irmãos, Vanessa, André e Victor, motivo pelo qual desejo ser uma pessoa melhor todos os dias da minha vida. Ao meu amado sobrinho, e afilhado, Lorenzo, que alegra e ilumina minha vida. E, claro, à Helena, que está para chegar, aumentando a responsabilidade de ser exemplo como tia.

A todos os meus familiares pelo apoio e pela credibilidade. Em especial, Vó Cida, Vó Marlene, Tia Maqui e Tia Liggya que estiverem presentes em tantos momentos importantes para mim. Ao meu querido avô Vinícius (*in memoriam*), pelo exemplo ímpar de ser humano.

A concretização desse trabalho, em especial, só foi possível graças à atuação do meu orientador. Professor Gustavo, as palavras são insuficientes para expressar a gratidão que sinto neste momento. Obrigada pelo incentivo, pelas palavras sempre motivadoras, pela amizade, pelos momentos de descontração e pelos puxões de orelha quando necessários para meu melhor desenvolvimento. Obrigada por acreditar que seria possível, mesmo quando tudo parecia não ser.

À professora Caissa, idealizadora dessa pesquisa, pelas suas valiosas contribuições, orientações, paciência e competência. Obrigada por ajudar a galgar esse caminho que, em sua maior parte, só foi possível com sua presença.

Aos professores da Faculdade Novos Horizontes que me ajudaram a enxergar o mundo com olhos críticos, contribuindo para o aprimoramento acadêmico e pessoal. Em especial, ao professor Wendel, como orientador de pesquisa na graduação; ao professor Luiz Honório, pelas valiosas contribuições em Seminários de Dissertação; e, na banca de qualificação do projeto, à professora Lousanne Barros pelas orientações tão carinhosas e construtivas para o trabalho. À professora Miriam Rondas, pelo seu jeito carinhoso, dócil e comprometido, muito obrigada por fazer a leitura coerente desse trabalho. Você foi sensacional!

Aos bolsistas de Iniciação Científica e de Mestrado, pelas trocas de experiências, pelos momentos de aprendizado e por fazerem do ambiente acadêmico um lugar cheio de sonhos. Em especial, ao meu amigo Christian, que me ensinou tudo que sei de pesquisa até hoje! Obrigada também pela sua amizade e cumplicidade. À minha amiga Paloma, por tornar nossas tardes mais leves e alegres. A todos que passaram por aqui e hoje já são mestres e professores, obrigada pelo legado: Anna Gabriela, Andréia, Mariana, Michelle, Giovanna, Valéria, Rosilaine e Jefferson.

Aos mestrandos, pela convivência desde minha época de bolsista de IC até o presente momento. Vocês foram fundamentais para que, quando eu chegasse aqui, conseguisse concluir com êxito a dissertação. Em especial, Clovis, Betânia, Eduardo, Flavinha, José Leonardo, Leonardo Motta, Lindomar, Maria Elisa, Mário e Silvana.

À melhor turma de mestrado da FNH, 1/2015, pela alegria em fazer parte dessa turma e compartilhar tantos momentos valiosos. Agradeço a cumplicidade, a confiança, as gargalhadas e os anseios vivenciados. Em especial, à Anna Sophia, ao Paulo e à Regina.

A todos os funcionários da FNH, pelo acolhimento e ajuda mútua. À Waninha, sempre disposta e compreensiva, obrigada por tudo!

Às entrevistadas, pela prontidão, disponibilidade e confiança em fazer parte dessa pesquisa. Conhecer a história de vida de vocês me transformou!

Aos meus amigos que tiveram que escutar tantas vezes: “espera eu terminar o mestrado”. Àqueles que acompanharam de perto minha caminhada, me incentivaram e compreenderam o quanto essa conquista era importante para mim. Muito obrigada, muito obrigada!

Por fim, ao meu grupo de jovens, Mahikaritai, por ensinar em sua essência o verdadeiro sentido da vida e a nunca desistir dos nossos ideais, pois temos uma missão a cumprir e é preciso persistir. Ao meu amigo Lucas, que me ajudou em tantos momentos de desespero com as traduções dos textos estrangeiros. Eterna gratidão!

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo financiamento da presente pesquisa.

*Quanto mais se carrega, a espiga do arroz mais se curva.*

Provérbio japonês.

## RESUMO

O câncer é um dos principais responsáveis pela morbidade e mortalidade no mundo (WHO, 2015). Dentre todos os tipos de câncer conhecidos, o de mama constitui o segundo mais comum e o mais frequente nas mulheres (IARC, 2012). Nos países em desenvolvimento, caracterizados por sistemas de saúde limitados e com escassez de programas de prevenção, o câncer de mama (CAM) é mais frequentemente identificado nas mulheres quando já está em estágio avançado, o que acarreta em um índice de sobrevivência de 10 a 40% (WHO, 2014a). O CAM é considerado uma doença multifatorial que envolve fatores modificáveis (extrínsecos) e não modificáveis (intrínsecos). Sendo assim, as campanhas de prevenção do CAM adotam abordagens de acordo com os fatores de risco que aumentam as chances de desenvolver a doença. Observa-se também um aumento de incidência da doença em faixas etárias mais baixas, motivado por um novo estilo de vida dos brasileiros que conduz a uma maior exposição a fatores de risco provenientes da sociedade contemporânea. Entretanto, as recomendações de rastreamento da doença por meio da mamografia, único método considerado eficaz para a detecção precoce e redução da mortalidade do CAM no Brasil, envolvem apenas mulheres acima de 50 anos (MARTINS *et al.*, 2013; INCA, 2015b). Diante do exposto, o objetivo da presente pesquisa consistiu em analisar como as mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama percebem as ações de marketing social na prevenção da doença. Do ponto de vista teórico, buscou-se investigar as ações de prevenção do CAM sob a perspectiva do marketing social. Dessa forma, o percurso metodológico pautou-se na pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado. Os sujeitos de pesquisa foram 9 mulheres jovens diagnosticadas com CAM, escolhidas pelo critério de acessibilidade e pela indicação de outras participantes (*snowball*). Utilizou-se a análise de conteúdo como técnica de análise de dados, perfazendo-se a categoria de análise temática. Portanto, as categorias empíricas que surgiram dos relatos das entrevistadas, foram: I. Convivência, sentimentos e enfrentamento associados à doença; II. Ações de prevenção do CAM; III. Marketing social: ações do governo na prevenção do CAM. Diante dos resultados, questiona-se a efetividade dos esforços governamentais a fim de informar a população sobre as formas de prevenção do CAM, resultado contrastante ao cerne do marketing social. Destarte, percebeu-se uma insatisfação das entrevistadas quanto à clareza de informações sobre a doença; à periodicidade das campanhas de prevenção, sendo elas realizadas apenas no mês de outubro por meio do movimento estrangeiro Outubro Rosa; à falta de recursos financeiros governamentais para a promoção de campanhas, bem como à disponibilidade de maquinários para prevenção e tratamento; às orientações de rastreamento por mamografia apenas para mulheres acima de 50 anos. Ainda, observa-se que a maioria das entrevistadas acredita que as campanhas com enfoque negativo, mais trágico, é que impactam na mudança do comportamento do indivíduo.

**Palavras-chave:** Marketing Social. Câncer de Mama. Campanhas de Prevenção. Mulheres Jovens.

## ABSTRACT

Cancer is the main responsible disease for morbidity and mortality in the world. Among all known types of cancer, breast cancer is the second more common in women (IARC, 2012). In underdeveloped countries, where the health system is limited and cancer preventive programs are scarce and usually poor, breast cancer is often diagnosed at an advanced stage; which leads to a low survival index (10-40%) (WHO, 2014a). Breast cancer is considered a multifactorial disease and involve environmental (extrinsic) and genetic factors (intrinsic). Therefore, breast cancer preventive campaigns adopt different approaches aiming to cover several risk factors that increase the odds of developing the disease. Recently, there has been an increase of cancer incidence among younger age groups due to a new life style observed among the brazilian population. This exposes subjects to a greater amount of risk factors. Although, the mammography test is the only effective routine recommended screening test for breast cancer, which brings about a documented decrease in breast cancer incidence in Brazil, it is only advised for women above 50 years-old (MARTINS et al., 2013; INCA, 2015b). The aim of the present study is to evaluate how young women diagnosed with breast cancer are made aware about the social initiatives focusing on disease prevention. The literature review covered the preventive breast cancer programs from a social marketing perspective. Nine women diagnosed with breast cancer were enrolled in the study. Subjects were selected on accessibility criteria and by nomination by other participants. (snowball).Data was collected retrospectively and a qualitative analysis was performed. Data analysis was structured on themes: I. Living, feelings and confrontation with the disease. II. breast cancer preventive actions. III. Social Marketing: governmental actions on breast cancer prevention. The results demonstrated that the governmental efforts to to inform and educate the population on preventive measures to tackle breast cancer are questionable. The results stress the dissatisfaction of the the interviewees with the frequency of preventive campaigns. These are often highlighted only during a short period in October, through the international campaign "Outubro Rosa". Other negative findings included the lack of governmental resources for promoting the preventive programs, the infrastructure available for prevention and treatment and the current guidelines that recommend mammography exams for women older than 50 years old only. In addition, it was observed that the majority of the participants believe that campaigns with a negative approach, more tragic, provide a better educational tool, leads to a bigger impact and therefore to a change of behavior.

**Keywords:** Social Marketing. Breast Cancer. Preventing Campaigns. Young Women.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estimativa do número de casos de câncer, todas as idades.....	22
Figura 2 – Taxas padronizadas estimadas por idade, de incidência e mortalidade por câncer (ASR), por 100.000, principais locais, em homens e mulheres de 2012, no mundo .....	23
Figura 3 – Estimativa de incidência de câncer e taxa de mortalidade por 100.000, nos principais locais, em homens e mulheres (excluindo o câncer de pele não-melanoma), por idade, no mundo, em 2012.....	24
Figura 4 – Campanha de prevenção do câncer de mama do INCA, 2016 .....	39
Figura 5 – Campanha “Câncer de mama: é preciso falar disso” .....	39
Figura 6 – Campanha de prevenção do câncer de mama da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), 2016.....	40
Figura 7 – Campanha “O câncer de mama no alvo da moda” .....	41

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEM – Autoexame das Mamas

CAM – Câncer de Mama

CFDA – *Council of Fashion Designers of America*

DNT – Doenças Não Transmissíveis

ECM – Exame Clínico das Mamas

HER2 – *Human Epidermal Growth Factor Receptor 2*

IARC – *International Agency for Research on Cancer*

IBCC – Instituto Brasileiro de Controle do Câncer

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

PNCCM – Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

PRO-ONCO – Programa de Oncologia

WHO – *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1.1	Objetivos .....	19
1.1.1	Objetivo geral.....	19
1.1.2	Objetivos específicos .....	19
1.2	Justificativas .....	19
<b>2</b>	<b>AMBIÊNCIA DO ESTUDO .....</b>	<b>22</b>
2.1	O câncer no mundo .....	22
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>26</b>
3.1	Marketing social.....	26
3.2	Câncer de mama: prevenção primária e secundária .....	29
3.3	Campanhas publicitárias na área da saúde .....	35
3.4	Campanhas de prevenção de câncer de mama .....	38
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>42</b>
4.1	Tipo e abordagem de pesquisa .....	42
4.2	Unidade de análise e sujeitos da pesquisa .....	43
4.3	Técnicas de coleta de dados .....	44
4.4	Técnicas de análise dos dados .....	45
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
5.1	Caracterização dos sujeitos de pesquisa.....	47
5.2	Análise e discussão dos resultados .....	48
5.2.1	Convivência, sentimentos e enfrentamento associados à doença .....	48
5.2.2	Ações de prevenção do CAM .....	53
5.2.3	Marketing social: ações do governo na prevenção do CAM .....	60
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>73</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>77</b>
	<b>APÊNDICE A – Roteiro de entrevista .....</b>	<b>89</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization – WHO*, 2015), o câncer é um dos principais responsáveis pela morbidade e mortalidade no mundo. Somente em 2012, o Centro Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (*International Agency for Research on Cancer – IARC*), agência especializada da WHO, constatou que houve um aumento de 14,1 milhões de novos casos de câncer no mundo, ocasionando em 8,2 milhões de mortes entre homens e mulheres (IARC, 2012).

Embora o aumento do número de casos de câncer seja esperado em função do envelhecimento da população (cenário demográfico atual), observa-se também um aumento de incidência da doença em faixas etárias mais baixas (MARTINS *et al.*, 2013), motivado por um novo estilo de vida dos brasileiros que conduz a uma maior exposição a fatores de risco provenientes da sociedade contemporânea. Dessa forma, se por um lado observa-se a diminuição da preocupação com doenças infectocontagiosas, por outro observa-se a mudança do baricentro de atenção para doenças crônico-degenerativas, destacadamente, o câncer (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA, 2014).

Espera-se que até 2025 os países em desenvolvimento respondam por 80% dos mais de 20 milhões de novos casos de câncer estimados (INCA, 2015a). Tal expectativa e o cenário atual de aumento de incidência da doença fazem do câncer no Brasil um problema incontestável de saúde pública, cujo controle e prevenção devem ser priorizados em todas as regiões, independentemente do nível cultural, social e econômico (INCA, 2014). Somente para o biênio 2016-2017, o INCA (2015a) estima a ocorrência de aproximadamente 600 mil novos casos da doença, dos quais 58 mil referem-se ao câncer de mama (CAM).

Dentre todos os tipos de câncer conhecidos, o de mama constitui o segundo mais comum, ficando atrás apenas do câncer de pulmão. Contudo, quando se consideram apenas as mulheres, o CAM torna-se o mais frequente, representando 1,67 milhões (11,9%) do total de novos casos de câncer no mundo (IARC, 2012). Não obstante,

essa neoplasia, se descoberta precocemente e tratada de forma adequada, tem alta probabilidade de cura, aproximadamente 90% de chance de sobrevivência se o tumor for detectado em fase inicial (THULER, 2003; GARICOCHEA *et al.*, 2009; PORTAL BRASIL, 2014).

Ressalta-se que o CAM também acomete os homens, no entanto sua representatividade é baixa, correspondente a 1% do total de casos da doença. Dessa forma, estima-se que para cada 1.000 mulheres com CAM, apenas um homem é diagnosticado (LIMA; BARBOSA; ROCHA, 2015).

Nos países em desenvolvimento, caracterizados por sistemas de saúde limitados e com escassez de programas de prevenção, o CAM é mais frequentemente identificado nas mulheres já em estágio avançado, o que acarreta em um índice de sobrevivência de 10 a 40%. Esse resultado é contrastante com o de países em que a detecção precoce e acessibilidade a tratamentos elevam a taxa de sobrevivência acima de 80% (WHO, 2014a).

Neste sentido, torna-se evidente a necessidade de ações de prevenção ao CAM, sendo oportuno o desenvolvimento da conscientização da população e dos profissionais de saúde, o que, dentre outros benefícios, possibilitaria a oportuna identificação da doença na população, principalmente em indivíduos assintomáticos (WHO, 2014a).

No entanto, esse tipo de neoplasia envolve aspectos que vão além da prevenção e controle da doença. A notícia do diagnóstico de câncer de mama está diretamente ligada à sentença de morte, acarretando sentimentos de raiva, pesar e medo na mulher (KOVÁCS *et al.*, 1998).

Além disso, as etapas do tratamento envolvem a perda parcial ou total da mama, perda de cabelos, interrupção da menstruação e, até, infertilidade, o que fragiliza o sentimento de identidade da mulher (WANDERLEY, 1994). Ainda, além da modificação corporal feminina, aspectos da sua vida social e afetiva também são prejudicados. Duarte e Andrade (2003) enfatizam que a mulher precisa assumir uma nova identidade quando diagnosticada com o câncer de mama, uma vez que o seio

é considerado o órgão feminino associado ao prazer e à vida, sendo símbolo de fertilidade e saúde.

Dessa forma, o diagnóstico de CAM impacta psicossocialmente na vida da paciente e de familiares, conduzindo, normalmente, a um cenário de crise. Esta crise, segundo Lugton (1997), vivenciada com o devido suporte amoroso e emocional permite as mulheres manterem a própria identidade. Nessa mesma linha, Gimenes (1998) observa que os significados e as interpretações associados ao câncer interferem no processo de enfrentamento, de adaptação e nas diferentes fases do processo de tratamento da neoplasia, tornando-se imprescindível que a mulher tenha uma rede de apoio social, a fim de incentivá-la no enfrentamento da doença, função normalmente ocupada pela família (BERGAMASCO; ANGELO, 2001).

Neste sentido, mostra-se essencial a soma de esforços para o enfrentamento dessa doença, sendo necessário envolver gestores, pesquisadores, profissionais da saúde, comunicação e a sociedade como um todo, em ações de prevenção (INCA, 2015a). Mais especificamente, ações de educação para saúde, prevenção orientada, geração de opinião pública, apoio e estímulo à formulação de legislação específica para o enfrentamento de fatores de risco e fortalecimento de ações em escolas e ambientes de trabalho (INCA, 2014).

Este cenário contribui para destacar a relevância do Marketing Social, que tem por objetivo principal sensibilizar e realizar a mudança de comportamento dos indivíduos (KOTLER; LEE, 2011). Termo cunhado em 1971 por Kotler e Zaltman, o marketing social utiliza das ferramentas tradicionais do marketing comercial, mas com a finalidade de influenciar a aceitação de ideias sociais. Diante de problemas sociais substanciais na área da educação, saúde, meio ambiente, justiça social, assistência social, etc., o governo lança mão do marketing social para otimizar ações e recursos e reduzir os problemas públicos sociais. O presente estudo interessa-se pelo emprego deste campo de conhecimento em campanhas de prevenção do CAM.

Destarte, políticas públicas em prol da saúde da mulher vêm sendo desenvolvidas desde meados dos anos 1980 no Brasil (MARTINS *et al.*, 2013; INCA, 2015b). Nas três últimas décadas, observou-se a maior discussão sobre o tema em campanhas

de publicidade, veiculadas pela televisão, pelo rádio e, mais recentemente, pela internet (BERBEL; RIGOLIN, 2011). Essas campanhas são direcionadas à prevenção orientada e à geração de opinião pública.

De acordo com o INCA (2017), o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, em 1984, incorporou as ações de controle do CAM no Brasil. Esse marco histórico no país ampliou os cuidados com as mulheres além daqueles envolvendo apenas o período de gravidez. Dessa forma, o Programa identificou o CAM como um dos problemas de saúde feminina e, juntamente com outras ações, propôs estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde da mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

Em 1986, o INCA criou o Programa de Oncologia (Pro-Onco) com o objetivo de estruturar um serviço de abrangência nacional voltado para as ações de prevenção e controle do câncer. As políticas públicas em prol da prevenção do CAM foram impulsionadas pelo Programa Viva Mulher, em 1998, que tinha como objetivo a detecção do câncer do colo uterino (INCA, 2015b). Sendo assim, o governo iniciou a formulação de diretrizes e a estruturação da rede assistencial para a detecção precoce do CAM.

Destarte, o controle do CAM foi afirmado como prioridade por meio das ações da Política Nacional de Atenção Oncológica em 2005, do Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo do Útero e de Mama 2005-2007 e do Pacto pela Saúde em 2006 (INCA, 2017). Ainda, o INCA (2011) desenvolveu o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (PNCCM) com o objetivo de dar acesso à população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas.

Em escala mundial, a campanha Outubro Rosa é a mais popular. Em 1982, Nancy Goodman Brinker fundou a organização Susan G. Komen®, reconhecida atualmente como a maior organização sem fins lucrativos e com o maior movimento global em prol do CAM. Nancy, em homenagem a irmã Susan que morreu com a doença, criou o laço rosa e o distribuiu na primeira Corrida pela Cura, em 1991 na cidade de Nova Iorque, Estados Unidos (GAZETA DO POVO, 2015). Dados do site da organização afirmam que entre 1990 e 2013 suas ações ajudaram a reduzir 37% das taxas de

mortalidade por CAM (KOMEN, 2017). O INCA integrou-se a este movimento no ano de 2010, com o intuito de promover eventos técnicos, debates e apresentações sobre o controle do CAM, além da disseminação de informações sobre prevenção e detecção precoce da doença.

O CAM é considerado uma doença multifatorial que envolve fatores modificáveis (extrínsecos) e não modificáveis (intrínsecos) (INCA, 2015a). Sendo assim, as campanhas de prevenção do CAM adotam abordagens de acordo com os fatores de risco que aumentam as chances de desenvolver a doença. Dessa forma, consideram-se as campanhas de prevenção primária e secundária a respeito do CAM.

Neste sentido, as campanhas de prevenção primária recomendam um melhor estilo de vida, a fim de reduzir os fatores modificáveis ou ambientais (extrínsecos). Tais fatores podem ser alterados pelo comportamento do indivíduo, por exemplo, o consumo de álcool, hábitos alimentares inadequados, ausência de atividade física, exposição a raios ultravioletas e obesidade. No entanto, Gomes (2012) afirma que as ações para incentivar a mudança desses hábitos sejam ainda pouco divulgadas.

Em contrapartida, alguns fatores não modificáveis (intrínsecos), tais como aumento da idade, etnia ou raça, herança genética, menarca precoce e menopausa tardia também estão relacionados ao diagnóstico do CAM. Logo, as ações de prevenção secundária envolvem a detecção precoce por meio de duas estratégias: diagnóstico precoce e rastreamento. O diagnóstico precoce tem por finalidade conscientizar a população e os profissionais da saúde acerca dos sinais iniciais da doença na população sintomática. O rastreamento realiza testes e exames na população sem sintomas (INCA, 2015b).

O diagnóstico da doença contempla outro ponto de discussão relevante ao considerar a incidência do CAM em mulheres em plena idade reprodutiva. Apesar de incomum, observa-se na literatura a incidência entre 5% e 7% em mulheres com idade abaixo de 50 anos. Dessa forma, as mulheres até 50 anos de idade diagnosticadas com CAM são definida por diversos autores como mulheres jovens (CRIPPA *et al.*, 2003; HAYES, 2007; MARTINS *et al.*, 2013; PINHEIRO *et al.*, 2013).

Enquanto estatísticas atualizadas indicam que 27% dos cânceres de mama, invasivos e não invasivos<sup>1</sup>, atingem mulheres com menos de 50 anos de idade (Estados Unidos), e o aumento de incidência do câncer de mama em mulheres abaixo de 50 anos no Brasil (MAGALHÃES; COSTA; PINHEIRO, 2006; GONÇALVES; BARBOSA, 2006; FREITAS-JUNIOR *et al.*, 2008; JÁCOME *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2013), as recomendações de rastreamento da doença por meio da mamografia no Brasil envolvem apenas mulheres acima de 50 anos (MARTINS *et al.*, 2013; INCA, 2015b).

Não obstante, a literatura pertinente apresenta especificidades sobre o diagnóstico e o prognóstico da doença em mulheres jovens. Evidências empíricas indicam que fatores como o baixo índice de suspeição clínica da doença, a dificuldade de realização de exames em mamas densas e a falta de orientações de rastreamento por mamografia para grupos de mulheres abaixo de 50 anos retardam o diagnóstico e, conseqüentemente, pioram o prognóstico do CAM (BACKHOUSE *et al.*, 1987; SCHMIDT; TSANGARIS; CHEEK, 1991; BONNIER *et al.*, 1995; CHUNG *et al.*, 1996; FISHER *et al.*, 1997; BERTHEAU *et al.*, 1999; GAJDOS *et al.*, 2000; KROMAN *et al.*, 2000; YILDIRIM; DALGIÇ; BERBEROGLU, 2000; JMOR *et al.*, 2002; KOTHARI; FENTIMAN, 2002; TRYGGVADÓTTIR, 2002; CRIPPA *et al.*, 2003; DUMITRESCU; COTARLA, 2005; PINHEIRO *et al.*, 2013).

Diante do aumento da incidência do CAM em mulheres jovens, explicado parcialmente pelas poucas ações de rastreamento, baixo índice de suspeição clínica, densidade mamária relativamente alta, falta de sintomas, e o foco prioritário das campanhas veiculadas em mulheres acima dos 50 anos, propõe-se o seguinte problema de pesquisa: **Como as mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama percebem as ações de marketing social na prevenção da doença?**

---

<sup>1</sup> Ao encontrar o câncer de mama, deve-se levar em consideração se o câncer se espalhou para fora dos ductos lactíferos (pequenos tubos nas mamas que levam o leite dos lóbulos até o mamilo) ou dos lóbulos da mama (glândulas mamárias que produzem o leite). Dessa forma, quando o CAM permanece no local onde começou, ou seja, nos ductos lactíferos ou nos lóbulos da mama, este é considerado não invasivo. Caso contrário, ao invadir células normais dentro ou fora da mama o câncer é chamado de invasivo (BREASTCANCER.ORG, 2010).

## **1.1 Objetivos**

A fim de responder ao problema de pesquisa, foram traçados os seguintes objetivos:

### **1.1.1 Objetivo geral**

Analisar como as mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama percebem as ações de marketing social na prevenção da doença.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

Para alcançar o objetivo geral, delinearam-se os seguintes objetivos específicos:

- a) Analisar a percepção das mulheres jovens a respeito das ações de marketing social para a prevenção primária do câncer de mama;
- b) Analisar a percepção das mulheres jovens acerca das ações de marketing social para a prevenção secundária, ou seja, de detecção precoce do câncer de mama;
- c) Descrever as estratégias de enfrentamento do câncer de mama vivenciadas pelas mulheres jovens acometidas pela doença.

## **1.2 Justificativas**

Este estudo justifica-se pela importância em contribuir com os aspectos acadêmico e social.

Segundo Fialho e Magalhães da Silva (2004), os estudos sobre o câncer de mama envolvem um maior enfoque em dados quantitativos, ao invés de buscarem a opinião de mulheres sobre o que a doença significa para elas. De acordo com as autoras, conhecer a realidade das mulheres que vivenciaram o CAM é imprescindível para implementação de políticas de prevenção, a fim de diminuir o índice de incidência da doença e os demais fatores decorrentes do diagnóstico de câncer.

Para tanto, a fim de identificar a produção científica sobre o tema proposto de discussão, levantou-se as informações nas bases de dados da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração (ANPAD), principal órgão de interação entre programas associados de pós-graduação, grupos de pesquisa e comunidade internacional do campo científico das ciências administrativas, contábeis e afins.

Ao pesquisar por 'marketing social' nos registros da ANPAD, não se encontrou nenhum trabalho que investigasse a temática atrelada às ações em prol da prevenção do câncer de mama.

A busca também se realizou nas bases de dados científicos do *Scientific Periodicals Electronic Library* (SPELL) e do *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO). Tanto no SPELL quanto no SCIELO encontraram-se, respectivamente, 34 e 423 registros de publicações acerca de 'marketing social'. No entanto, ao refinar a busca atrelando-a ao termo 'câncer de mama' não foi possível identificar nenhuma pesquisa que tratasse das duas temáticas em consonância.

Ainda, pesquisou-se na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). A busca decorreu em 6.418 resultados, dentre eles 4.405 dissertações e 2.013 teses. Entretanto, não localizou-se publicações com a combinação dos termos propostos para esta dissertação. Destarte, registram-se 13 trabalhos com enfoque no 'marketing social', atrelando-o a estudos com consumo de bebidas alcoólicas entre jovens, consciência ecológica, reciclagem de materiais, dentre outros, no período de 1991 a 2014.

Dessa forma, a combinação do termo 'marketing social' e 'câncer de mama' não apresentou nenhum registro, o que demonstra a escassez de estudos que possibilitem melhor compreensão sobre as ações de marketing social em prol da prevenção de câncer de mama.

Sob a ótica social, o câncer de mama se configura como um problema de saúde pública e, atrelado a esse fato, observa-se o aumento de incidência de casos da doença em mulheres jovens. De acordo com Teixeira (2015), os problemas

relacionados ao câncer e seu impacto na saúde pública vêm sendo discutidos sob diversos aspectos multidisciplinares que, segundo o autor trata-se de um caminho árido, mas de grande relevância social.

Skaba (2003) afirma que a detecção precoce do CAM poderia mudar o curso do tratamento, principalmente em casos de mulheres jovens acometidas pela doença. Logo, a autora enfatiza que o atraso no início dos tratamentos diz respeito à desorganização do sistema de saúde, em que o acesso restrito aos serviços faz parte dessa realidade.

Dessa forma, considerando que exista uma relação direta entre o diagnóstico tardio da doença com o declínio da perspectiva de sobrevida, compreender, a partir da percepção das mulheres jovens, a realidade do cenário de prevenção do CAM é relevante para, assim, entender como as ações de marketing social são empreendidas e os resultados que elas causam na sociedade.

Tendo em vista que essa neoplasia tem alta probabilidade de cura, ou seja, 90% de chance se o tumor for detectado em fase inicial (THULER, 2003; GARICOCHA *et al.*, 2009; PORTAL BRASIL, 2014), argumenta-se a necessidade de ações de marketing social específicas para esse grupo compreendido por mulheres jovens.

Esta dissertação está estruturada em seis capítulos. No primeiro, delinea-se a introdução, abordando a contextualização do tema, o problema de pesquisa, os objetivos geral e específicos e, por fim, as justificativas para a realização do trabalho. O segundo capítulo apresenta a ambiência da pesquisa acerca do câncer de mama no mundo. O referencial teórico que sustentou os argumentos da pesquisa é discorrido no terceiro capítulo. Na sequência, no quarto capítulo, apresenta-se o percurso metodológico para a realização deste estudo. No quinto capítulo procede-se à apresentação e análise dos resultados. O sexto capítulo é composto pelas considerações finais e, por fim, complementam a dissertação as referências e o apêndice.

## 2 AMBIÊNCIA DO ESTUDO

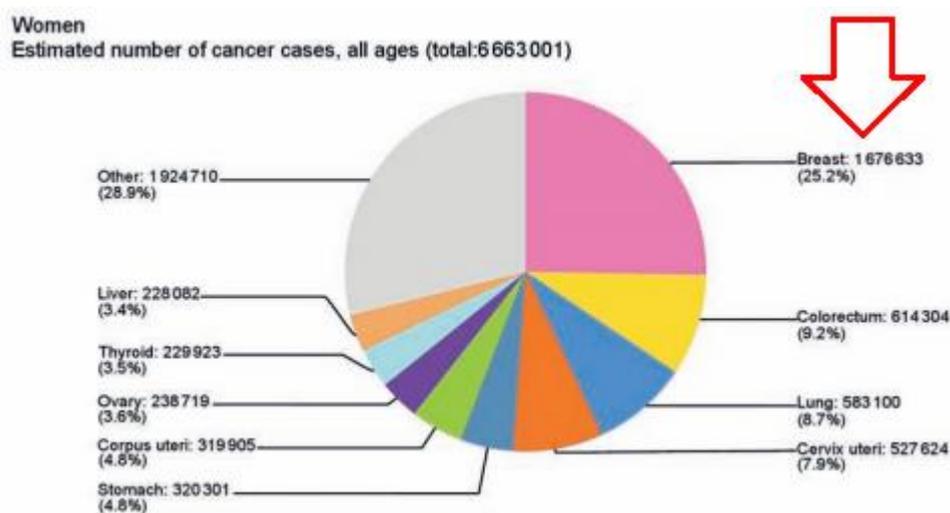
Este capítulo abordará sobre o cenário do câncer no mundo.

### 2.1 O câncer no mundo

As estimativas de casos de incidência de câncer no mundo, publicados no Globocan, constaram que houve um aumento de 14,1 milhões de novos casos de câncer, em 2012, ocasionando em 8,2 milhões de mortes entre homens e mulheres (IARC, 2012). Em específico, houve mais casos de incidência relacionados aos homens (53%), bem como mais mortes (57%).

Entre os homens, o câncer mais diagnosticado é o de pulmão (16,7%), seguido pelo câncer de próstata (15%). Já entre as mulheres, a incidência de câncer de mama equivale a 25,2% do total de novos casos de câncer acometidos na população feminina, conforme demonstrado na FIG. 1.

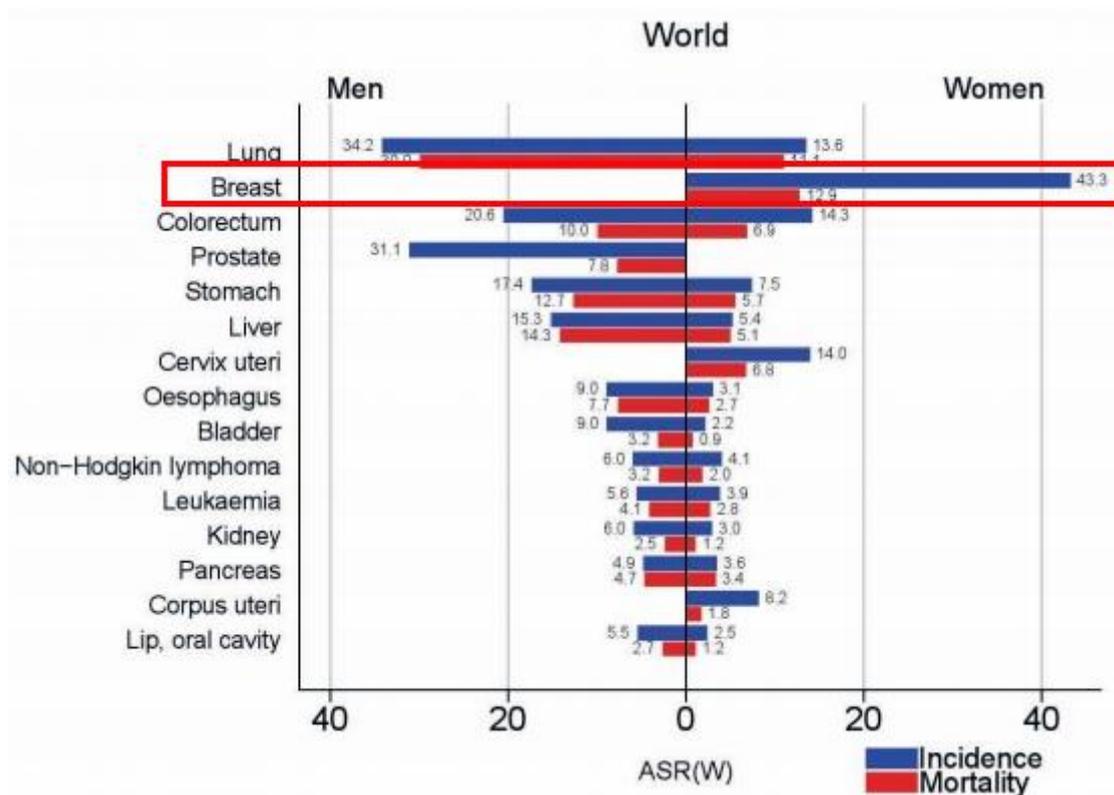
Figura 1 – Estimativa do número de casos de câncer, todas as idades



Fonte: IARC, 2014, p. 18

Ainda entre a população feminina, a taxa de incidência de câncer de mama é equivalente a 43,3 por 100 mil mulheres, ocasionando em uma taxa de 12,9/100.000 casos de morte, como demonstrado na FIG. 2 (IARC, 2014).

Figura 2 – Taxas padronizadas estimadas por idade, de incidência e mortalidade por câncer (ASR), por 100.000, principais locais, em homens e mulheres de 2012, no mundo



Fonte: IARC, 2014, p. 20

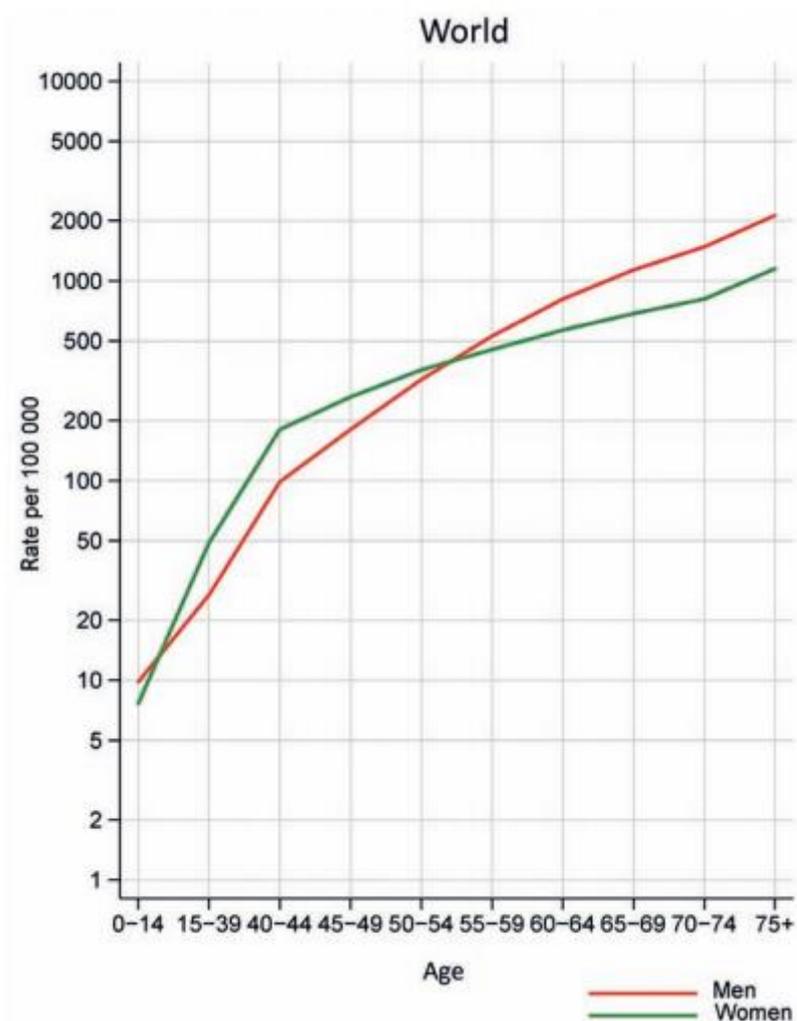
As estimativas prevalecem crescentes, projetando para o ano de 2030, aproximadamente, um aumento de 8,2 milhões de mortes por câncer para 12,6 milhões (53,7%) (WHO, 2014b).

O Relatório Mundial do Câncer (IARC, 2014) afirma que o câncer tem forte relação com a idade. A saber, entre 0 e 14 anos, a taxa equivale a 10 por 100.000, aumentando para 150/100.000 no grupo de 40 a 44 anos de idade, e para mais de 500/100.000 nas idades de 60 a 64 anos. Importante ressaltar que as estatísticas de incidência de câncer não compreendem os casos de câncer de pele não-melanoma.

Após a infância, predominam-se mais casos de câncer em mulheres até os 50 anos, enquanto as taxas envolvendo casos da doença em homens ultrapassam os casos

das mulheres a partir dos 60 anos de idade. O IARC (2014) argumenta que o excesso de casos de câncer em mulheres abaixo de 50 anos de idade é devido ao surgimento precoce de câncer de útero e, em especial, os casos de câncer de mama, conforme demonstrado na FIG. 3.

Figura 3 – Estimativa de incidência de câncer e taxa de mortalidade por 100.000, nos principais locais, em homens e mulheres (excluindo o câncer de pele não-melanoma), por idade, no mundo, em 2012



Fonte: IARC, 2014, p. 22

Sabe-se que o CAM é o tipo de câncer mais incidente nas mulheres, representando 25,2% do total de diagnósticos da doença no mundo (IARC, 2014). Para o Brasil, estimou-se que aproximadamente 57.960 novos casos de CAM incidiriam no país no

ano de 2016, com risco projetado de 56,2 casos a cada 100 mil mulheres, de acordo com as estimativas de incidência de câncer (INCA, 2015a).

Tabela 1 – Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de novos casos de câncer, segundo sexo e localização primária

Localização primária Neoplasia maligna	Mulheres			
	Estados		Capitais	
	Casos	Taxa bruta	Casos	Taxa bruta
Mama feminina	57.960	56,2	18.990	79,37

Fonte: INCA, 2015a, p. 56

Nota: Números arredondados para múltiplos de 10

Na América Latina, observa-se o crescimento das taxas de mortalidade por CAM nos últimos 40 anos. Em São Paulo, no período de 1991 a 1995, identificou-se que o CAM foi o principal responsável pela mortalidade entre mulheres de 30 a 49 anos de idade (HADDAD; BARBOSA DA SILVA, 2001; ROBLES; GALANIS; 2002).

O CAM é considerado uma doença multifatorial que envolve fatores biológico-endócrinos, a vida reprodutiva da mulher, comportamento e estilo de vida, história familiar e alta densidade do tecido mamário. Além desses fatores, considera-se que consumo de álcool, excesso de peso, sedentarismo e exposição à radiação ionizante são agentes para o desenvolvimento do CAM (INCA, 2015a).

Dessa forma, o próximo capítulo irá abordar os fundamentos teóricos que embasaram essa pesquisa.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo irá discorrer sobre as temáticas: Marketing social, Câncer de mama: prevenção primária e secundária, Campanhas publicitárias na área da saúde e sobre Campanhas de prevenção de câncer de mama.

#### 3.1 Marketing social

Nas quatro últimas décadas, os termos que se relacionam aos investimentos sociais vêm sendo mais discutidos, tanto na academia quanto no mercado. Por não possuírem ainda conceitos que os distinguem, terminologias como responsabilidade social, responsabilidade social corporativa, investimento social privado, balanço social, terceiro setor e sustentabilidade são confundidas com a de marketing social e, até mesmo, utilizadas de forma errônea pelas instituições públicas e sociais (FONTES, 2001).

A preocupação dos pesquisadores em contribuir para o desenvolvimento da sociedade deu origem a área conhecida como marketing social. Kotler e Lee (2008) afirmam que é possível utilizar as ferramentas do marketing para contribuir com o bem-estar da sociedade por meio de programas para o seu desenvolvimento.

O estudo de Kotler e Levy (1969) é pioneiro nas discussões do marketing social além das transações tradicionais de mercado, em que as instituições sem fins lucrativos participariam dos processos de trocas com a população por meio da venda de ideias, ou seja, a atuação de organizações que se preocupam em realizar atividades de políticas populacionais. Lazer (1969) também enfatizava a necessidade de o marketing ir além de suas tecnologias, incluindo as dimensões societárias. Ainda, Ferber (1970) e Lavidge (1970) concordavam com relação ao aspecto de que o marketing era fundamental para a melhoria da qualidade de vida da sociedade, expandindo-se às esferas públicas e sociais.

A primeira definição de marketing social foi proposta no artigo de Kotler e Zaltman (1971), no qual os autores definem que o

marketing social é a criação, implantação e controle de programas calculados para influenciar a aceitação de ideias sociais envolvendo considerações de planejamento de produto, preço, comunicação, distribuição e pesquisa de marketing (KOTLER; ZALTMAN, 1971, p. 5).

Na época, Kotler e Zaltman (1971) estavam preocupados em pesquisar soluções para as diversas questões sociais defendendo a premissa de que o marketing social teria um futuro promissor, a fim de aumentar a eficácia dos agentes sociais e, assim, promover as transformações sociais.

Manoff (1985) propunha a utilização de meios massivos de comunicação para atingir a sociedade. No entanto, os resultados das campanhas massivas, ou seja, de ampla cobertura em rádios, televisões e propagandas escritas, demonstraram que a mudança de comportamento dos indivíduos era muito menor que o nível de informação disseminada. Esse resultado é conhecido como a “síndrome da pirâmide invertida” (FONTES, 2001).

Dessa forma, os estudos de Kotler e Roberto (1989) revisam as ideias de Kotler e Zaltman (1971) e afirmam que o marketing social combina os elementos do marketing tradicional com os avanços tecnológicos da comunicação para a realização da mudança comportamental (KOTLER; ROBERTO, 1992).

Andreasen (2001) concorda com os autores ao afirmar que existe uma transferência intersetorial de conceitos e ferramentas do marketing comercial para o marketing social. No entanto, o autor discorda ao afirmar que o marketing social não muda o comportamento e, sim, influencia o comportamento voluntário do público-alvo para a melhoria do bem-estar tanto dos indivíduos quanto da sociedade (ANDREASEN, 1994).

Glenn Wasek, professor da Escola de Pós-graduação em Saúde Pública de Harvard, definiu o marketing social como estratégia, análise e técnicas gerenciais tradicionais e inovadoras para garantir o bem-estar do indivíduo e da sociedade. E, do ponto de vista do consumidor, o autor conceituou essas ações como programas públicos (WASEK, 1987).

Na perspectiva de Valente (2000), o papel do marketing social encontra-se na mobilização de um coletivo que, por meio de campanhas, procura propor soluções de problemas identificados no âmbito social, tais como problemas de saúde e ambiental. Segundo a autora, essas campanhas relacionadas a causas sociais objetivam-se na sensibilização e na mudança de comportamento dos indivíduos.

Em 2001, Bloom e Gundlach publicaram um livro com a colaboração de autores abordando as crescentes ações adotadas por instituições sem fins lucrativos e governamentais no que concerne à preocupação com os problemas sociais. Na percepção de Wilkie e Moore (2003), o marketing social deve ser promovido por instituições sem fins lucrativos e agências governamentais, pois seriam os agentes mais indicados para a intervenção efetiva nos problemas da sociedade.

Fontes (2001) explica que para diferenciar se a organização está realizando uma prática comercial ou social basta analisar o produto. Caso o produto oferecido seja representado por conhecimento e atitude, por exemplo, a empresa estará promovendo uma ação de marketing social. No entanto, se o marketing for utilizado como estratégia para agregar valor social ao produto, ou seja, a organização aproveitar-se de sua atuação social para vender mais produtos, trata-se do tradicional marketing comercial (FONTES, 2001). De acordo com o estudo de Higuchi e Vieira (2012), as ações sociais atreladas às ações de marketing para alcançar vantagem competitiva são denominadas de marketing social corporativo, ou seja, seria a evolução do marketing social no ambiente comercial.

Schneider e Luce (2014) fizeram uma revisão da literatura sobre o marketing social abordando desde sua origem até aos debates contemporâneos. Os autores concluíram que, apesar da disciplina estar em discussão há quatro décadas, ainda existem desafios quanto às suas questões filosóficas. Para os autores, o marketing social está caminhando para sua legitimação, no entanto está à espera de uma organização competente que consiga representar as questões teóricas e éticas que não eram discutidas anteriormente pelos pesquisadores.

Observa-se que as campanhas desenvolvidas pela União e pelos estados são de suma importância para alcançar a população no que concerne à prevenção do CAM, pois não basta regulamentar, necessita-se de um esforço de comunicação e de persuasão para que esse regimento seja praticado via marketing social com a finalidade de causar gradativamente troca cognitiva, de ação, de comportamento e, por fim, de valor (PEREZ; BARBOSA, 2007).

Os meios de comunicação poderiam se tornar fatores que fomentariam o comportamento de prevenção, desde que fossem divulgados e ampliados para favorecer o acesso e engendrar mudanças (FERNANDES; NARCHI, 2002; CESTARI, 2005).

No entanto, na prática não se observa tamanha mobilização por parte dos órgãos governamentais, pois apesar das medidas preventivas serem realizadas, sua adequação ainda é considerada limitada. Tal limitação refere-se, principalmente, ao nível socioeconômico da população, pois trata-se de um dos mais importantes fatores determinantes para a realização ou não das condutas de prevenção ao CAM (SCLOWITZ *et al.*, 2005).

### **3.2 Câncer de mama: prevenção primária e secundária**

Antigamente, os problemas de saúde pública tinham como principal preocupação as causas de morte com doenças infectocontagiosas devido às más condições de moradia, saneamento e educação. O cenário agora é representado pelas doenças não transmissíveis (DNT), dentre elas as cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias e o câncer, responsáveis por 68% dos estimados 56 milhões de mortes no mundo em 2012 (ARREGI, 2012; IARC, 2014; WHO, 2014b).

A proliferação celular é um processo natural que acontece para atender às necessidades do organismo. No entanto, uma célula normal pode sofrer alterações no DNA dos seus genes<sup>2</sup>, o que provocará a mutação genética. Tendo em vista que o DNA é responsável pelo transporte de informações entre as células, quando este é

---

<sup>2</sup> Arquivos que guardam e fornecem instruções para a organização das estruturas, formas e atividades das células no organismo (INCA, 2016a).

alterado, as células passam a receber instruções erradas para as suas atividades e transformam-se em oncogenes, ou seja, em células cancerosas (AMENDOLA; VIEIRA, 2005; INCA, 2016a). A interação entre agentes físicos, químicos e biológicos e o material genético provoca lesões e, dessa forma, surgem as mutações genéticas no organismo.

Logo, dentre as DNT, o câncer é um dos principais responsáveis pela morbidade e mortalidade, representando 22% das causas de óbito no mundo em 2012 (WHO, 2014b, 2015). Fatores como condições de trabalho, nutrição, consumo e a industrialização redefiniram os padrões de vida da sociedade, desencadeando a mudança no perfil epidemiológico das populações e, conseqüentemente, aumentando a incidência do câncer (INCA, 2006).

O envelhecimento da população é o principal fator da transição do quadro de epidemiologia global (IARC, 2003). Além disso, o tabaco, má alimentação, inatividade física e consumo nocivo de álcool também são fatores de risco do câncer (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011; INCA, 2015a). De acordo com os autores, os países de baixa renda são os mais afetados por casos de câncer, pois são mais expostos aos fatores de risco e possuem menor acesso ao serviço de saúde.

Sendo assim, Malta, Moraes Neto e Silva Junior (2011) sugerem que as abordagens das políticas de prevenção das DNT devem começar desde a vida intrauterina até a adolescência, a fim de minimizar os fatores de risco em todas as fases da vida.

Apenas nos países de alta renda, apesar do aumento de incidência do CAM, observa-se, nos últimos 20 anos, uma redução de mortalidade pela doença, fator associado ao resultado de ações de detecção precoce e de tratamentos adequados. Em contrapartida, no Brasil, o aumento da incidência vem sendo acompanhado também pelo aumento de mortalidade, o que pode ser atribuído ao diagnóstico tardio do CAM (INCA, 2004; SIQUEIRA, 2006; KIM *et al.*, 2010; INCA, 2015b).

Percebe-se que a conduta de prevenção ao CAM está associada ao nível socioeconômico da população, cenário observado em alguns municípios brasileiros.

Dessa forma, os estudos propõem resultados que podem servir de termômetro para auxiliar as campanhas de prevenção e, assim, atingir todas as mulheres, independente da classe socioeconômica (SCLOWITZ *et al.*, 2005; MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011; RODRIGUES; CRUZ; PAIXÃO, 2015).

Pinheiro *et al.* (2013) argumentam que mulheres jovens são mais vulneráveis ao diagnóstico em estágio avançado do CAM, acontecimento que pode ser justificado pela falta de ações de rastreamento, além de dificuldades de interpretações dos resultados dos exames devido à alta densidade mamária característica da idade.

As neoplasias que surgem em mulheres jovens apresentam-se com características próprias, diferentes daquelas observadas em mulheres mais velhas que, por sua vez, estão mais propensas aos fatores de risco devido ao acúmulo de exposição ao longo da vida. No caso de mulheres jovens, as causas do CAM são imprevisíveis, ocasionando em diagnóstico espontâneo e, normalmente, não havendo relação com causas ambientais e nem familiares. Dessa forma, a doença é mais agressiva, com alto índice de proliferação e alta frequência de invasão linfovascular (ARREGI, 2012; JÁCOME, 2013; INCA, 2015a).

Observa-se que o câncer em faixas etárias mais baixas representa um risco àquelas mulheres geneticamente suscetíveis à doença, ou seja, mulheres com presença de mutação dos genes *breast cancer type 1* (BRCA1) e *breast cancer type 2* (BRCA2), além de superexpressarem o gene do fator de crescimento epidérmico humano receptor 2 (*Human Epidermal Growth Factor Receptor 2* – HER2) (ARREGI, 2012; INCA, 2015a).

Portanto, o CAM não tem uma causa única e, ainda, apenas 5% a 10% podem ser explicados pelo fator hereditário (familiar), especialmente se uma ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) foram acometidas pela doença antes dos 50 anos de idade. Sendo assim, por desconhecer a origem e uma causa definida do CAM, no Brasil, a prevenção primária é dificultada, sendo utilizadas estratégias de minimização dos fatores de risco por meio da prevenção secundária da doença com maior enfoque (BATISTON, 2009; GOMES, 2012; INCA, 2016b).

Entretanto, apesar da multiplicidade de fatores que envolvem o CAM, evidencia-se uma redução de até 28% do risco de uma mulher desenvolver a doença por meio do controle de fatores modificáveis, como, por exemplo, evitar a obesidade, manter uma alimentação saudável, praticar regularmente exercícios físicos, evitar o consumo de bebidas alcoólicas e, como fator protetor, a amamentação (INCA, 2008; BUSHATSKY *et al.*, 2014).

Dessa forma, a prevenção primária é vista como ações de promoção da saúde que englobam medidas que antecedem a ocorrência da doença, evitando fatores que podem causá-la e, garantindo, assim, a manutenção do bem-estar geral. Destarte, a mudança do estilo de vida adotado pelas mulheres pode modificar o risco de desenvolvimento do CAM (INCA, 2008; MELO; FIGUEIREDO, 2012; BUSHATSKY *et al.*, 2014).

Sabe-se que o envolvimento de todos os profissionais da saúde é de extrema importância no combate contra o CAM, pois parte-se do pressuposto de que a prevenção pode acontecer de maneira mais certa caso todos estejam qualificados para tal. Sendo assim, observa-se uma deficiência no aprendizado de médicos não oncologistas (TUCUNDUVA *et al.*, 2004), em estudantes de enfermagem (FREITAS; TERRA; MERCÊS, 2011) e até mesmo em funcionárias de um hospital (AZEVEDO *et al.*, 2012) em conhecer as formas de prevenção do CAM.

Deste modo, as ações de prevenção secundária englobam a detecção precoce do CAM, tendo por finalidade minimizar os fatores de risco da doença, uma vez que no Brasil a maior parte dos tumores é encontrada pelas próprias mulheres, já em estágios avançados, sendo necessários tratamentos mais agressivos e ocasionando um maior número de mortalidades (BATISTON, 2009).

Sendo assim, a detecção precoce do CAM pode ser realizada por meio do diagnóstico precoce ou pelo rastreamento, sendo que a primeira estratégia refere-se à abordagem de pessoas com sintomas iniciais da doença e a segunda, à realização de testes e exames na população, a fim de identificar lesões sugestivas de câncer (INCA, 2015b).

Segundo dados das Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, a mamografia seria o único método de rastreamento para detecção que apresenta eficácia comprovada na redução de mortalidade do CAM (INCA, 2015b). O Instituto, em suas diretrizes mais atuais, recomenda o rastreamento a partir dos 50 anos de idade, uma vez que o rastreamento realizado em mulheres entre 40 e 49 anos incide em maior risco de câncer radioinduzido.

Deste modo, a mamografia ainda é considerada o principal método de rastreamento do CAM, pois o exame consegue detectar alterações mamárias difíceis de serem encontradas pelo apalpamento. Portanto, se o câncer for diagnosticado pela mamografia, isso pode favorecer um tratamento menos agressivo, mais efetivo e com melhores resultados estéticos (BOYLE, 2002).

Apesar de a mamografia ser considerada o método de rastreamento mais condizente com a detecção precoce do CAM, estudos controversos contestam sua efetividade em mulheres abaixo de 50 anos de idade (GOTZSCHE; OLSEN, 2000; BOYLE, 2002).

Dessa forma, em 2014, a WHO publicou um documento de reavaliação da incidência do câncer de mama baseado no rastreamento por mamografia, em resposta às incertezas encontradas pela organização quanto à faixa etária indicada para iniciar-se o referido exame, associadas ao índice de mortalidade em regiões com poucos recursos (WHO, 2014a).

Em relação ao autoexame das mamas (AEM), o INCA (2015b) recomenda contra esse método de rastreamento, uma vez que essa técnica não substitui a mamografia e o Exame Clínico das Mamas (ECM). Tal recomendação justifica-se pelo fato de o AEM possuir uma sensibilidade menor para identificar a doença do que os demais métodos, além de acarretar em um percentual alto de exames falso-negativos (INCA, 2015b). No entanto, o instituto enfatiza a importância de a mulher se tornar consciente do aspecto normal de suas mamas por meio da prática da observação e autopalpação, sem a necessidade de serem ensinadas a realizar o método específico de autoexame.

O autoexame das mamas (AEM) é uma das estratégias de escolha da prevenção secundária, caracterizada pela facilidade e pelo baixo custo, uma vez que é a mulher própria mulher que o executa participando, assim, de forma mais ativa do controle de sua saúde. No entanto, as desvantagens desse método envolvem biópsias de lesões benignas, diagnósticos falso-negativos e impacto psicológicos em diagnósticos falso-positivos (GONÇALVES; DIAS, 1999; MONTEIRO *et al.*, 2003).

Entretanto, de acordo com pesquisas realizadas, foi evidenciado um impacto significativo do AEM na detecção precoce do CAM, registrando-se tumores primários menores nas mulheres que fazem o exame regularmente, aumentando a sobrevivência dessas pacientes de até 75% (MONTEIRO *et al.*, 2003). Ainda, de acordo com Araújo da Silva e Riul (2011), cerca de 80% dos casos de descoberta da doença são por meio do AEM, no entanto, já diagnosticadas em estágio avançado.

Nascimento, Riul da Silva e Machado (2009) constataram que a prática do AEM é bem disseminada pela mídia, porém as informações atingem as mulheres de forma ineficiente por não abordarem a maneira correta de realização do exame. Percebe-se, ainda, a necessidade de divulgação de campanhas de prevenção em todos os níveis socioeconômicos, pois este fator está diretamente ligado à conduta de prevenção do CAM, ou seja, quanto maior o nível socioeconômico, maior o número de consultas e de exames (BANKS *et al.*, 2002; SCLOWITZ *et al.*, 2005; NASCIMENTO; RIUL DA SILVA; MACHADO, 2009).

No caso do ECM, Siqueira (2006) afirma ser um exame de baixa sensibilidade e que não é peculiar para a identificação de tumores de pequenas dimensões na mama. No entanto, o ECM pode completar a mamografia, além de aumentar em 10% na exatidão do diagnóstico.

Importante ressaltar que existe resistência por parte dos médicos ao subestimar o quadro clínico em mulheres jovens, considerando como benigno um tumor que, na faixa etária mais alta, proporcionaria maior risco à saúde da mulher (QUINTANA *et al.*, 2004; SIQUEIRA, 2006).

De acordo com Gonçalves e Dias (1999), a mamografia e a ultrassonografia são exames que apresentam alto custo e, ainda, não conseguem atingir grandes massas populacionais. Em contrapartida, o AEM e o ECM são considerados procedimentos de baixo custo e de maior acessibilidade, no entanto percebe-se a necessidade de divulgação para diferenciar esses os tipos de procedimentos clínicos (QUINTANA *et al.*, 2004).

Em estudo recente, Martins *et al.* (2016) investigaram sobre o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (PNCCM) no Brasil, criado em 2010. O PNCCM tem como objetivo garantir a integralidade da atenção primária à saúde e a qualidade no rastreamento da doença. Assim sendo, os autores desenvolveram um índice que representa a cobertura do controle do CAM no Brasil, a partir de informações relativas ao diagnóstico precoce e à atenção primária dos 26 estados do Brasil e do Distrito Federal no período de 2009 a 2014.

Apesar dos dados identificarem avanços do programa nos estados brasileiros, observa-se desigualdades de cobertura do diagnóstico precoce e de atenção básica nos estados do Norte e Nordeste, apresentando menores coberturas de mamografias, mamógrafos e agilidade nos resultados dos exames bem como menos profissionais de saúde disponíveis (MARTINS *et al.*, 2016).

Ainda, os autores enfatizam a importância de utilizar as estratégias de comunicação e de marketing social como meios de conscientização tanto da mulher quanto do profissional de saúde para o incentivo à prevenção primária e secundária.

### **3.3 Campanhas publicitárias na área da saúde**

Especificamente na área de saúde, Berbel e Rigolin (2011) diferenciam o conceito de educação e promoção para a saúde. O primeiro conceito, a educação para a saúde, tem como público-alvo o indivíduo, levando em consideração a própria mudança de comportamento. Já a promoção da saúde refere-se à mudança de comportamento de grupos sociais por meio da transformação de padrões de conduta caracterizados, por exemplo, por meio de leis e distribuição gratuita de materiais durante as campanhas.

Campanhas de saúde pública são reconhecidas desde o século XIX, uma vez que o cenário brasileiro estava marcado por casos de lepra, beribéri, tuberculose e cólera. No entanto, em 1808, com a chegada da corte portuguesa no Brasil, ações governamentais foram implantadas para o controle sanitário, a fim de combater tais doenças (BERBEL; RIGOLIN, 2011).

Vários movimentos surgiram para combater epidemias como febre amarela, varíola e a peste bubônica. Ações promovidas por Oswaldo Cruz e Carlos Chagas foram de grande valia para a saúde pública. Paim (2001) afirma que a educação para a saúde, na década de 1970, era pautada pela divulgação de materiais nos meios de comunicação, em aulas didáticas e em palestras em centros de saúde, escolas e igrejas.

No entanto, essas ações mostravam-se insuficientes para suprir as necessidades da área da saúde, uma vez que não abrangiam métodos preventivos e nem possibilidades de diálogos com o usuário (BERBEL; RIGOLIN, 2011). Desse modo, incorporou-se à Constituição da República a seguinte definição de saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Paim (2001) afirma que na década de 1980 ainda existia uma crise sanitária no Brasil, momento marcado pela reorganização das práticas de saúde. Sendo assim, ocorre a transição de políticas de saúde pautadas no modelo de educação para práticas de promoção da saúde, envolvendo iniciativas mais abrangentes (BERBEL; RIGOLIN, 2011).

Dessa forma, a promoção da saúde envolve ações governamentais além da simples disseminação da informação de que, por exemplo, fumar é prejudicial à saúde, mas estende-se à proibição do uso de cigarros em ambientes fechados, na divulgação do produto em canais de televisão, entre outros. A distribuição de medicamentos em

unidades de saúde também faz parte de um programa de promoção da saúde (BERBEL; RIGOLIN, 2011).

Os autores ressaltam a importância atual da mobilização de recursos financeiros e humanos a fim de conscientizar e orientar a população para melhor adesão às campanhas de promoção da saúde. Para eles, a estratégia utilizada nos meios de comunicação é o convencimento, e não a força como era utilizada antigamente. Dessa forma, a televisão, o rádio, os jornais, as revistas e a internet são recursos necessários para o convencimento do público no processo de negociação de sentidos (BERBEL; RIGOLIN, 2011).

Destarte, o cidadão não precisa apenas de informações para manter os cuidados com a saúde, mas também de estruturas que garantam seus direitos previstos na Constituição. Malta, Morais Neto e Silva Junior (2011) enfatizam que as ações de promoção à saúde são essenciais para preservar a proteção universal, a comunicação na área de saúde e a atuação intersetorial em prol do objetivo.

Rocha (2010) afirma que as campanhas de controle de câncer se tornaram efetivas a partir de 1940, com a atuação de Mário Kroeff por meio da introdução da cirurgia elétrica. Dessa forma, a inovação trouxe novas perspectivas de tratamento da doença e proporcionou um reconhecimento nacional do médico devido à sua iniciativa.

Dessa forma, o INCA (2015a) enfatiza a importância do monitoramento da morbimortalidade por câncer como instrumento para o estabelecimento de ações de prevenção e controle da doença, além de seus fatores de risco. Segundo o Instituto, as ações englobam a supervisão e avaliação dos programas, conhecimento da situação e do impacto no perfil de morbimortalidade da população, bem como a manutenção do sistema de vigilância com informações oportunas e de qualidade que possam subsidiar tomadas de decisão por meio de análises epidemiológicas.

Kim *et al.* (2010) realizaram um estudo com 72 pessoas a fim de informar, esclarecer e orientar a população a respeito da prevenção primária e secundária do câncer de mama. Os autores identificaram que a mídia é essencial para a disseminação das

informações, no entanto, seu impacto foi considerado mediano, uma vez que a maior parte das campanhas é limitada e não vão além da divulgação dos métodos de detecção precoce, perfazendo-se de maneira muito superficial.

### **3.4 Campanhas de prevenção de câncer de mama**

Os conceitos clássicos de saúde pública levam em consideração prevenir, diagnosticar e tratar as enfermidades, assegurando aos indivíduos um padrão de vida à manutenção da saúde. Tendo em vista que o CAM tem alta probabilidade de cura se descoberto precocemente, o governo utiliza ações estratégicas para alcançar seus objetivos (THULER, 2003; GARICOCHEA *et al.*, 2009; PORTAL BRASIL, 2014).

Como abordado na introdução, as políticas públicas em prol da saúde da mulher vêm sendo desenvolvidas desde meados dos anos 1980 no Brasil (MARTINS *et al.*, 2013; INCA, 2015b). Dessa forma, em escala mundial, a campanha Outubro Rosa, idealizada em 1982 por Nancy Goodman Brinker, é a mais popular.

No ano de 2016, o INCA, no âmbito nacional, utilizou como tema de campanha a seguinte frase: “Câncer de mama: vamos falar sobre isso?”, conforme ilustrado na FIG. 4.

Figura 4 – Campanha de prevenção do câncer de mama do INCA, 2016



Fonte: INCA, 2016b

O objetivo da campanha Outubro Rosa era fortalecer as recomendações do Ministério da Saúde para a prevenção secundária da doença. Ainda, o tema proposto para o ano de 2016 teve como enfoque desmistificar conceitos em relação à doença, pois muitas pessoas preferem não falar no assunto e acabam atrasando o diagnóstico, conforme ilustrado na FIG. 5 (INCA, 2016c).

Figura 5 – Campanha “Câncer de mama: é preciso falar disso”



Fonte: INCA, 2016c, capa; p. 2

Dessa forma, as informações fornecidas pelo Instituto preconizou desfazer crenças sobre o CAM, dentre elas a ligação com a sentença de morte, uma vez que detectado precocemente ajuda a reduzir a mortalidade (INCA, 2016c).

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) também aderiu ao movimento Outubro Rosa, adotando como lema da campanha de 2016: “E você, já descobriu que todo dia pode ser rosa?”.

Figura 6 – Campanha de prevenção do câncer de mama da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), 2016

**E você, já descobriu que todo dia pode ser rosa?**

O **exame clínico das mamas** é o procedimento no qual o médico ou enfermeiro observa e apalpa as mamas da paciente na busca de nódulos ou outras alterações. Procure uma Unidade Básica e esteja em dia com a sua saúde!

**Quais são os sintomas do câncer de mama?**

Em estágios iniciais, o **câncer de mama** pode não apresentar sintomas, mas é muito importante ficar atenta a certos sinais e sintomas, como inchaço, pele enrugada ou com depressões, pele descamativa ao redor do mamilo, secreção espontânea e alterações no mamilo. Em caso de suspeita, procure uma unidade básica de saúde, ok?

A **mamografia** é a radiografia da mama, realizada por meio do mamógrafo, aparelho capaz de mostrar lesões em fase inicial e até muito pequenas, permitindo a **deteção precoce** do câncer de mama.

Saiba mais: [www.saude.mg.gov.br/sausedamulher](http://www.saude.mg.gov.br/sausedamulher)

SUS+ MINAS GERAIS

Fonte: SES-MG, 2016

Conforme observado na FIG. 6, o objetivo da campanha da SES-MG (2016) era incentivar as mulheres a se prevenirem não apenas no mês de outubro, mas em todos os dias do ano.

A campanha “o câncer de mama no alvo da moda” é realizada em mais de 20 países. No entanto, é promovida por instituições privadas. Seu símbolo (FIG. 7) é bastante conhecido pela população (ARRUDA, 2006).

Figura 7 – Campanha “O câncer de mama no alvo da moda”



Fonte: Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, IBCC, 2017

A iniciativa dessa campanha ocorreu em 1994, nos Estados Unidos, quando o estilista Ralph Lauren após vivenciar a luta de uma amiga contra o CAM, decidiu usar a moda para dialogar com as mulheres. Dessa forma, o Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC) promoveu a parceria com o Conselho dos Designers de Moda da América (*Council of Fashion Designers of America* – CFDA) e, em 1995, trouxe a iniciativa para o Brasil (IBCC, 2017).

Apresentados os conceitos teóricos que embasaram a pesquisa, o próximo capítulo irá abordar os procedimentos metodológicos empregados para a coleta e análise dos dados.

## 4 METODOLOGIA

Neste capítulo, apresenta-se o percurso metodológico adotado para atingir os objetivos da pesquisa, considerando: tipo e abordagem de pesquisa; unidade de análise e sujeitos da pesquisa; técnicas de coleta de dados e técnicas de análise dos dados.

### 4.1 Tipo e abordagem de pesquisa

Esta pesquisa é do tipo descritivo com abordagem qualitativa.

A característica fundamental de um estudo descritivo é conhecer e interpretar a realidade. Sendo assim, o pesquisador verifica e procura explicar os problemas, fatos ou fenômenos da vida real, mas sem interferir para modificá-los (RUDIO, 2003; CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

Portanto, um estudo de caráter descritivo estabelece correlações entre variáveis a fim de definir características de uma determinada população, de um determinado fenômeno e, por fim, a sua natureza (VERGARA, 2013). Dessa forma, investigou-se a percepção de mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama sobre as ações de marketing social na prevenção da doença.

Com relação à abordagem do estudo, Minayo (2005) explica que o estudo qualitativo permite um aprofundamento no espaço sociocultural em que os sujeitos se inserem, desmistificando variáveis profundas, tais como os significados, as motivações, as crenças, os valores e as atitudes de um determinado fenômeno que não podem ser operacionalizadas. Portanto, a pesquisa qualitativa analisa a relação entre o mundo real e o sujeito, o objetivo e a subjetividade que não podem ser traduzidos em números (SILVA; MENEZES, 2005).

Uma pesquisa qualitativa é comprovada empiricamente, ou seja, os fatos e suas interpretações são contextualizados por meio da realidade, sendo que os fenômenos são explicados à luz do contexto (GODOY, 1995). Para Triviños (2012), o ambiente

no qual os indivíduos promovem suas ações e desenvolvem a maneira de viver é essencial para alcançar uma compreensão mais clara das atividades exercidas por eles. Dessa forma, pretendeu-se compreender como as ações de marketing social na prevenção do câncer de mama são percebidas no ponto de vista de mulheres jovens diagnosticadas com a doença.

#### **4.2 Unidade de análise e sujeitos da pesquisa**

De acordo com de Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2004), é importante escolher o que interessa para o estudo, a fim de definir sua unidade de análise. Portanto, é preciso definir se a pesquisa vai relacionar um grupo, uma organização, subgrupos de uma comunidade ou determinados indivíduos. Da mesma forma, os sujeitos de pesquisa são aqueles que vivenciam situações que podem contribuir de forma primordial para a análise do pesquisador por meio de suas falas, conhecimentos, opiniões e declarações (FLICK, 2009).

Dessa forma, na presente pesquisa, a unidade de análise e os sujeitos coexistem e são representados pelas mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama. Essas mulheres foram escolhidas pelo critério de acessibilidade e pela indicação de outras participantes por meio da participante inicial, o que caracterizou a técnica de *snowball* ou bola-de-neve (BALDIN; MUNHOZ, 2011).

De acordo com Velasco e Díaz da Rada (1997) a técnica de *snowball* permite alcançar a produção do conhecimento na pesquisa de campo em casos de investigações em comunidades, caracterizando, portanto, em uma espécie de rede devido à indicação de participantes.

A *snowball* utiliza a amostra não probabilística, ou seja, estabelece algum critério de inclusão para a participação da amostra (BICKMAN; ROG, 1997). Neste caso, investigou-se mulheres acometidas pelo câncer de mama com diagnóstico da doença antes dos 50 anos de idade, sem definição *a priori* do número de entrevistadas.

À medida que as entrevistas foram realizadas, observou-se a repetição de informações fornecidas pelas mulheres, caracterizando-se na saturação dos dados (THIRY-CHERQUES, 2009). Assim sendo, caso não seja encontrada nenhuma informação que acrescente na coleta dos dados, o entrevistador não precisará coletar novas entrevistas.

### **4.3 Técnicas de coleta de dados**

Para garantir a validação da pesquisa científica, Triviños (2012) afirma a necessidade de precisão no delineamento de técnicas, métodos, modelos e teorias que subsidiem a coleta e interpretação dos dados. Segundo Richardson (1999, p. 88), durante o processo de coleta de dados, as “entrevistas enriquecem as informações obtidas, particularmente pela profundidade e pelo detalhamento das técnicas qualitativas”.

Gil (2009) define a entrevista como uma técnica de formulação de perguntas frente ao investigado com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. A entrevista semiestruturada permite ao entrevistador, tendo como base um esquema básico, uma flexibilidade e uma adaptação do roteiro o que proporciona aprofundar-se nas questões propostas (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Neste sentido, este trabalho empregou a investigação por meio de entrevista semiestruturada, conforme indicado no Apêndice A, a fim de obter a opinião de mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama sobre as ações de marketing social na prevenção doença.

Assim, atendendo ao critério de acessibilidade, realizou-se o convite a uma mulher que teve CAM para participar da pesquisa. Em seguida, de acordo com a técnica de bola-de-neve, cada entrevistada foi indicando outras. Dessa forma, foram realizadas 9 entrevistas, recorrendo-se ao critério de saturação dos dados (THIRY-CHERQUES, 2009).

Conforme indicado no Apêndice A, o roteiro de entrevista investigou a maneira como as mulheres enxergam o câncer de mama, o significado que essa neoplasia trouxe

para suas vidas e os sentimentos que vivenciaram ao serem diagnosticadas. Ainda, investigou-se o histórico familiar da doença ou até mesmo se as entrevistadas já conviveram com alguém que tivesse câncer. A fim de identificar as ações de prevenção primária e secundária do CAM, indagou-se quais os sintomas da doença, as formas de prevenção e o impacto de tais campanhas nas condutas de prevenção da mulher.

#### **4.4 Técnicas de análise dos dados**

A técnica utilizada para análise dos dados foi a análise de conteúdo. Segundo Bardin (2009), esse método permite ao pesquisador efetuar deduções lógicas e justificadas provenientes do conteúdo das mensagens transmitidas pelos entrevistados. Moraes (1999) afirma que essa metodologia de análise ajuda a reinterpretar as mensagens a fim de compreender seus significados além de uma simples leitura.

Dentre as categorias de métodos de análise definidas por Bardin (2009), utilizou-se a análise temática, a qual procura revelar as representações sociais por meio da frequência de temas evocados no discurso dos respondentes, e da avaliação dos juízos formulados pelo locutor.

A análise de conteúdo desenvolveu-se em três momentos. No primeiro, realizou-se a pré-análise, em que o pesquisador escolhe os documentos que condizem com o objetivo da análise, e formulam-se as hipóteses ou os indicadores que auxiliem na interpretação final dos dados. No segundo momento, por meio da exploração do material ou codificação, os dados brutos foram transformados sistematicamente em unidades para melhor descrição das características. E, por fim, no terceiro momento, faz-se a quantificação simples (frequência) para inferência e interpretação dos dados (BARDIN, 2009).

Desse modo, inicialmente, as entrevistas foram gravadas e transcritas. Logo, foram organizadas por categoria e, por fim, interpretadas (FRANCO, 2008). Importante ressaltar que as categorias do estudo foram definidas *a posteriori*.

A fim de evidenciar as unidades temáticas, foram realizadas várias leituras do material transcrito e, cuidadosamente, identificadas as expressões dos depoimentos mais significativas e condizentes com os objetivos da pesquisa. Dessa forma, as categorias empíricas que emergiram dos relatos das mulheres jovens diagnosticadas com CAM são demonstradas no Quadro 1:

Quadro 1 – Categorias empíricas a partir dos relatos das entrevistadas

<b>Categorias</b>	<b>Perguntas do roteiro de entrevista (APÊNDICE A)</b>
I. Convivência, sentimentos e enfrentamento associados à doença	1 a 5
II. Ações de prevenção do CAM	6 a 8
III. Marketing social: ações do governo na prevenção do CAM	9 a 17

Fonte: Elaborado pela autora com base em Gomes, 2012

Dessa forma, com base na ordenação das categorias, os relatos das entrevistadas foram relacionados com o referencial teórico, a fim de compreender, na percepção das mulheres jovens diagnosticadas com CAM, as ações de marketing social na prevenção da doença.

O próximo capítulo apresentará a análise e discussão dos resultados dessa investigação.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo tem por objetivo apresentar os resultados obtidos da pesquisa por meio da análise de conteúdo ilustrada pelos trechos das entrevistas.

### 5.1 Caracterização dos sujeitos de pesquisa

Foram entrevistadas 9 mulheres com idades entre 31 e 53 anos. Todas elas foram diagnosticadas com CAM antes dos 50 anos, conforme descrito no Quadro 2:

Quadro 2 – Descrição dos sujeitos de pesquisa

Entrevistada	Idade	Idade do diagnóstico	Escolaridade	Profissão	Estado civil	Filhos
E1	42	40	Mestrado	Professora	Divorciada	Não
E2	36	36	Mestrado	Servidora pública	Solteira	Não, sofreu aborto com 2 meses de gestação
E3	31	30	Ensino superior	Gestora de recursos humanos	Casada	Não, sofreu aborto com 5 meses de gestação
E4	39	27	Ensino médio	Autônoma	Casada	2 filhos
E5	41	37	Primeiro grau	Autônoma	Casada	2 filhos
E6	46	39	Segundo grau	Faturista	Casada	2 filhos
E7	53	38	Ensino superior	Servidora pública	Divorciada	1 filho 2 abortos
E8	48	42	Segundo grau	Autônoma	Divorciada	4 filhos
E9	41	36	Ensino superior	Jornalista	Casada	1 filho

Fonte: Dados da pesquisa

As entrevistadas são residentes da cidade de Belo Horizonte (BH) e da grande BH. Observa-se que a maioria é casada, 3 mulheres são divorciadas e apenas uma é solteira. Percebe-se, ainda, que 8 entrevistadas vivenciaram a gravidez, no entanto 3 delas sofreram aborto, fator de risco associado ao CAM, ainda considerado controverso pelo INCA (2010).

Das 6 entrevistadas que tiveram filhos, 4 tiveram parto cesariana e 2 tiveram parto normal. Todas as entrevistadas informaram ter amamentado os bebês, fator este considerado de proteção ao CAM (INCA, 2008).

A fim de preservar a identidade das mulheres entrevistadas, elas são identificadas com a letra E seguida do número da sequência em que a entrevista foi realizada, por exemplo, E1, E2, E3, ..., E9.

A seguir, apresenta-se a análise de conteúdo temática embasada nas perspectivas de Bardin (2009).

## **5.2 Análise e discussão dos resultados**

Esta seção discutirá as categorias que emergiram das entrevistas semiestruturadas, conforme apresentado no Quadro 1.

### **5.2.1 Convivência, sentimentos e enfrentamento associados à doença**

A fim de investigar a representatividade do CAM na vida das mulheres diagnosticadas, indagou-se como a doença é percebida do ponto de vista delas. Segundo relato das entrevistas, a doença é percebida como “a pior doença que existe”, além de acarretar em “uma transformação muito bruta na vida da mulher”.

Câncer de mama é a pior doença que eu acho que pode existir, o câncer em si. É uma doença que mexe com tudo, emocional, estrutural, físico, familiar. É o que tem de pior para a mulher é o câncer de mama. Eu vejo ela assim. (Choro). Não tem jeito de não chorar (E3).

É uma doença muito ruim sabe? A gente precisa ter a cabeça muito no lugar, porque ele acaba mexendo com a nossa feminilidade, né? O que marca a mulher é o seio (E5).

Eu acho assim, cientificamente, eu não sei nada né? Mas eu acho que é uma transformação muita bruta, né, que acontece na vida da mulher [...]. Então, assim, eu acho que é uma coisa muito ruim (E6).

Percebe-se, por meio dos relatos, que a notícia do diagnóstico de CAM está diretamente ligada à sentença de morte, acarretando sentimentos de raiva, pesar e medo na mulher (KOVÁCS *et al.*, 1998). Ressalta-se, entretanto, que esse estigma que a doença carrega está em frase de transição, conforme relatos abaixo:

Não é nada bicho-de-sete-cabeças. Hoje em dia, não, se fosse antigamente, poderia ser, mas hoje, não. Antigamente, nem falava a palavra câncer, né? Hoje você já trata de outra maneira. Mas passa (E6).

É uma doença que já tem um estigma forte de que é dor, sofrimento e morte. Isso é o que permeia a cabeça da gente, é o senso comum. Todo mundo morre de medo de câncer, ninguém quer falar de câncer, você nem fala o nome do câncer, eu chamo de perrengue, eu brinco e falo perrengue, muitas pessoas falam que é uma doença ruim, ninguém nomeia o câncer (E7).

Mas eu acho que não precisa ser necessariamente uma sentença de morte. O câncer sempre foi uma doença relacionada à morte, tem gente que nem pronuncia essa palavra com medo de atrair essa doença (E9).

Ainda, percebeu-se logo no início das entrevistas, que, na percepção das entrevistadas, o CAM é um problema de saúde pública (ARREGI, 2012; IARC, 2014; INCA, 2014; WHO, 2014b TEIXEIRA, 2015) e, dessa forma, há necessidade de disseminar informações, uma vez que se descoberta precocemente e tratado de forma adequada, tem alta probabilidade de cura, aproximadamente 90% de chance de sobrevivência se o tumor for detectado em fase inicial (THULER, 2003; GARICOCHEA *et al.*, 2009; PORTAL BRASIL, 2014).

Mas eu considero essa doença, apesar de grave, eu considero uma doença como outra qualquer, né, que se bem tratada, se bem prevenida e evitada a gente pode ter ótimos resultados. Eu acho que, eu acho que a questão do câncer mata tanto porque as mulheres não têm o devido acesso à prevenção (E9).

Mas, na verdade, se você entrar nos dados do INCA, estudar e ver, é uma doença que a maioria dos casos hoje tem cura, são vários tipos de cânceres, a maioria tem cura e o câncer de mama é um deles. [...] Então, assim, é mais desinformação do que realmente a própria doença. A doença é curável, tanto é que eu estou aqui há 14 anos de cura (E7).

Investigou-se a existência de casos de câncer na família das entrevistas, e, de acordo com os dados levantados, apenas 5% a 10% podem ser explicados pelo fator hereditário, especialmente se uma ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) foram acometidas pela doença antes dos 50 anos de idade (BATISTON, 2009; GOMES, 2012; INCA, 2016b). Assim sendo, na amostra analisada, 3 entrevistadas relataram a existência da doença entre familiares, contudo todas com parentesco acima de primeiro grau:

Na minha família, a minha avó estava em tratamento quando eu descobri. **Avó materna ou paterna?** Materna. E, logo em seguida, minha tia, irmã da minha mãe (E4).

Uma tia minha teve de mama, com 66 anos, já tem 3 anos. Na minha família mais próxima, pai, mãe e irmã, não. Primos também, nenhum primo meu nunca teve (E2).

Na minha família, câncer de mama não. Eu tinha uma prima, sete anos antes de eu ter câncer, ela teve câncer de mama, ela era mais velha, já tinha quase 50 anos, mas era prima minha de 2º grau, ela era prima da minha mãe (E7).

Observa-se que o câncer em faixas etárias mais baixas representa um risco àquelas mulheres geneticamente suscetíveis à doença, ou seja, mulheres com presença de mutação dos genes *breast cancer type 1* (BRCA1) e *breast cancer type 2* (BRCA2), além de superexpressarem o gene do fator de crescimento epidérmico humano receptor 2 (*Human Epidermal Growth Factor Receptor 2* – HER2) (ARREGI, 2012; INCA, 2015a). No caso da E4, acredita-se que o motivo do surgimento do CAM seja devido à mutação do gene BRCA1, conforme relatado:

Na minha família eu acho que é genético. Tanto que eu estou para fazer o BRCA1. Eu vou passar por um geneticista, vou fazer esse exame porque como eu tenho uma filha, então eles têm que pesquisar uma geração para frente. Então, eu vou fazer esse exame que a Angelina Jolie fez (E4).

As demais entrevistadas informaram não haver casos de CAM em suas famílias e que elas constituíam os primeiros casos da doença. Identificou-se nos relatos a existência de “câncer de intestino em 3 tios paternos” (E8) e “câncer de útero” em uma avó paterna (E2). Ademais, como o CAM é considerado uma doença multifatorial que envolve fatores modificáveis (extrínsecos) e não modificáveis (intrínsecos) (INCA, 2015a), investigou-se, mais à frente, na percepção dessas mulheres, o que poderia causar essa doença.

No que tange aos sentimentos que envolvem o diagnóstico do CAM e como as entrevistadas enfrentaram a notícia, identificou-se vários pontos de vista, desde relatos de “alívio” e “gratidão” até sentimentos de “impotência” e de que “parece que o mundo vai cair”.

Parece até brincadeira, mas foi alívio. Porque eu já sentia esse nódulo há muito tempo e nada diagnosticava ele. E eu sabia que ele era diferente. Quando eu fui, que fez o exame, que finalmente falou “não, são dois”, eu falei “pronto, era tudo que eu falava há três anos e ninguém me ouvia” (E2).

O principal é gratidão. Porque o câncer, apesar de ser tudo isso, ele nos mostra, a gente aprende muita coisa com ele, você aprende a valorizar coisas bobas, coisas que normalmente a gente olha e deixa passar batido. E damos muito valor a coisas muito grandes. Eu acho que não só ele, eu acho que toda doença que nos coloca frente a frente com a morte. Ele mostra para a gente o ser humano, a bondade ou a maldade, o preconceito, traz tudo à tona (E5).

Você desmorona, tudo cai, você desmorona toda, você tem que reconstruir-se toda, você perde sua identidade, pra falar a verdade é isso [...]. Você tem que reconstruir aquilo ali, se você está em um relacionamento, começando, às vezes o namorado larga, às vezes o marido larga, tem essas coisas (E7).

Dessa forma, o diagnóstico de CAM impacta psicossocialmente na vida da paciente e de familiares, conduzindo, normalmente, a um cenário de crise. Esta crise, segundo Lugton (1997), vivenciada com o devido suporte amoroso e emocional, permite às mulheres manterem a própria identidade, conforme evidenciado nos relatos a seguir:

E isso (o diagnóstico) foi no dia do meu aniversário. Eu fui dar aula. Aí assim, eu contei para as minhas irmãs, aí minhas irmãs apareceram lá com um *cupcake*, aí cantaram parabéns para mim e tudo. E dei aula normal. Falei assim: “ah, o mundo continua”, e isso aí é uma questão pessoal (E1).

Eu fui amparada de braços abertos, sou uma pessoa abençoada, meu marido foi muito mais que companheiro. Ele fez tudo, como faz até hoje. (Choro). Minha mãe, meus amigos, minha família, todo mundo [...]. No meu caso, eu senti tudo isso, senti medo de morrer, achei que eu ia morrer, sentia medo de tudo, sentia que tinha um bicho me comendo por dentro antes de fazer a cirurgia. Às vezes, à noite, eu não dormia, eu tinha vontade de pegar uma faca e cortar e tirar isso. Porque a sensação que eu tinha era essa. E o que me ajudou? O que me amparou? Família, marido, amigos. É o mais importante de tudo (E3).

Mas, antigamente, (a mulher) era excluída, né? Eu sei de mulheres que falaram que o marido falou que não queria ter uma mulher careca perto. Em um momento que você mais precisa de apoio é esse. Tem muito casamento que acaba durante o câncer (E4).

Eu tive apoio do meu marido, não afastou de mim. Dos meus filhos, meus filhos não tinham vergonha nenhuma de saírem comigo. Apesar de que eu não demonstrava vergonha de mim então eles não sentiam isso, né? [...]. Se você não tiver apoio da família você tem 50% do seu tratamento jogado fora. Porque eu acho que o que acompanha o tratamento da medicação é o apoio de família e amigos, entendeu? (E6).

Observa-se, então, por meio dos relatos, como a rede de apoio social se tornou imprescindível para o enfrentamento do CAM, função normalmente ocupada pela família (BERGAMASCO; ANGELO, 2001).

Nessa mesma linha, Gimenes (1998) observa que os significados e as interpretações associados ao câncer interferem, também, no processo de enfrentamento, de adaptação e nas diferentes fases do processo de tratamento da neoplasia. Na perspectiva otimista, algumas mulheres relataram que o CAM se configurou como uma lição de vida e que a cura da doença se equipara ao prêmio de uma loteria, como ilustrado nos trechos a seguir:

Eu ganhei na loteria, porque eu curei do câncer (E7).

Ele (o câncer), na realidade, é uma forma de você acordar para a vida, sabe? [...] O câncer pra mim foi uma benção na minha vida, sabe, porque eu despertei para a vida [...]. Por isso que eu falo que o câncer foi uma benção na minha vida [...]. Porque eu era uma pessoa ferida, uma pessoa machucada. Eu enxergo a vida agora (depois do câncer) de uma forma diferente, né, que é um privilégio de Deus estar viva. Então, a gente tem que aproveitar da melhor maneira possível e valorizar as mínimas coisas (E8).

Eu aprendi o seguinte: que tudo no começo tem cura. O que eu vivo falando até no grupo que eu participo é isso. A gente tem que procurar fazer um autoexame, procurar descobrir as coisas cedo para poder ter uma cura. É isso que eu aprendi com o câncer, a buscar, não ficar com medo, sabe? Procurar informação, procurar pessoas que saibam do assunto para poder descobrir logo e resolver [...]. Eu aprendi muito depois que eu tive o câncer. Muita coisa que eu não gostava, eu aprendi. Até pensar assim "noh, aquela pessoa ali é chata", eu nunca tinha conversado com ela. Hoje, não. Eu procuro conhecer a pessoa para depois julgar. Ele me ensinou muita coisa (E4).

Diante do contexto apresentado, pôde-se observar que o CAM é percebido pelas mulheres diagnosticadas de várias maneiras, tanto no significado associado à morte, bem como uma nova oportunidade de viver. Identificou-se que o fator intrínseco de herança genética não é predominante nessa amostra. Ainda, as entrevistadas relataram como é importante o apoio da rede de relacionamento para o enfrentamento da doença, desmistificando conceitos em relação à doença.

Tendo por base os dados encontrados nessa seção, a próxima irá discutir, na percepção das entrevistadas, as ações de prevenção do CAM.

### 5.2.2 Ações de prevenção do CAM

O CAM é considerado uma doença multifatorial que envolve fatores modificáveis (extrínsecos) que dependem da mudança de comportamento, dos hábitos e das práticas do indivíduo; e fatores não modificáveis (intrínsecos), que não dependem da mudança de comportamento do indivíduo (INCA, 2011; INCA, 2015a). Portanto, as campanhas de prevenção do CAM adotam abordagem de acordo com os fatores de risco que aumentam as chances de desenvolver a doença. Dessa forma, consideram-se as campanhas de prevenção primária para os fatores modificáveis e prevenção secundária para os fatores não modificáveis.

Por desconhecer a origem e uma causa definida do CAM, no Brasil, a prevenção primária torna-se mais difícil, sendo utilizadas estratégias de minimização dos fatores de risco por meio da prevenção secundária da doença com maior enfoque (BATISTON, 2009; GOMES, 2012; INCA, 2016b).

Dessa forma, as entrevistas foram questionadas a respeito das causas, sintomas e prevenção do CAM.

Observou-se, por meio de alguns relatos, que “a ciência não descobriu ainda uma causa específica” (E9) e que a chance de desenvolver o CAM envolve “muitas variáveis” (E1), corroborando com as informações do INCA (2015a). A entrevistada E3, ao ser questionada sobre o que causou o CAM, afirmou: “não tenho a menor ideia”, resposta parecida com o relato de E7 “não tem explicação”. E6 também afirmou ser uma doença que “não tem resposta. Eles (os médicos) não dão resposta para a gente, não conseguem achar (a causa)”.

Ao serem indagadas sobre as formas de prevenção do CAM, percebeu-se o conhecimento por parte das mulheres em relação aos fatores modificáveis, como o consumo de álcool, hábitos alimentares inadequados, ausência de atividade física, exposição a raios ultravioletas e obesidade (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011. INCA, 2015a).

Neste sentido, as campanhas de prevenção primária, a fim de reduzir o risco dos fatores modificáveis, recomendam um melhor estilo de vida. Tais fatores podem ser alterados pelo comportamento, hábitos e práticas do indivíduo (INCA, 2011; INCA, 2015a), conforme afirmado pelas entrevistadas:

Aí, os outros fatores, são todos fatores externos, ambientais. Então entra a obesidade, vida sedentária, estresse, alimentos, porque nossos alimentos são todos contaminados com cancerígenos. Então, todos esses alimentos processados, eu tirei da minha alimentação, eu tirei tudo que é processado [...]. Eu suspeito que eu tinha mutação. Quando eu fiz um tratamento para engravidar, eu tomei um medicamento, não lembro qual que era, mas era hormonal e o meu tumor respondia ao hormônio, ao estrogênio, e aí eu acredito que acelerou (E7).

Obesidade. Eu estava muito gorda, eu fiquei muitos anos gorda (E1).

Eu estava obesa, e o hormônio, ele acumula em gordura. No caso, o meu é receptor de estrógeno, quanto mais você acumula gordura mais o hormônio ele vai acumular junto. Então, você vai ter uma carga hormonal no seu organismo e, para quem tem propensão a ter câncer, receptor hormonal pode influenciar (E2).

Segundo, questão de alimentação. A importância de não comer gordura saturada, tem pessoas que não têm... Porque a vida é corrida, então quer tudo prático. Então, é conservante, é chips, isso tudo, né? Hoje em dia, infelizmente, as verduras têm muitos agrotóxicos. Então, a questão alimentar, você ter qualidade de vida em questão alimentar, uma boa alimentação faz a diferença. Você fazer exercício físico é muito importante, porque a pessoa que é sedentária também corre esse risco (E8).

Existem fatores que o estilo de vida da mulher moderna, por exemplo [...] já existem estudos que comprovam nesse sentido que está ligado ao estilo da mulher moderna, que é esse estilo da mulher que não tem tempo para se exercitar, não tem tempo de comer bem, não tem tempo para ser feliz, não tem tempo para nada (E9).

Ressalta-se que esses depoimentos foram apresentados quando as entrevistadas foram questionadas sobre as “causas” do CAM. Deste modo, associa-se o termo “causa” às formas de prevenção primária da doença, que incentiva a mudança do estilo de vida adotado pelas mulheres garantindo, assim, a manutenção do bem-estar. Dessa forma, a prevenção primária é vista como ações de promoção da saúde que englobam medidas que antecedem a ocorrência da doença, evitando fatores que podem causá-la (INCA, 2008; MELO; FIGUEIREDO, 2012; BUSHATSKY *et al.*, 2014).

Portanto, apesar da multiplicidade de fatores que envolvem o CAM, evidencia-se uma redução de até 28% do risco de uma mulher desenvolver a doença por meio do controle de fatores modificáveis ou ambientais (extrínsecos) mencionados também pelas entrevistadas (INCA, 2008; BUSHATSKY *et al.*, 2014).

Entretanto, algumas entrevistadas acreditam não haver prevenção para este tipo de neoplasia, ao contrário de outros tipos de câncer como, por exemplo, a associação feita entre não fumar e não desenvolver o câncer de pulmão:

Pois é, a única coisa que existe é a gente descobrir precocemente e tratar e ter cura. Agora, evitar não tem como. Eu queria, seria ótimo. O ideal seria se a gente tivesse como se proteger, por exemplo, se eu não fumar, eu não vou ter câncer de pulmão. Seria ótimo (E5).

Então, eu acho engraçado o termo prevenção, porque você não tem como prevenir. Você previne câncer de pulmão deixando de fumar; câncer de estômago, deixando de comer embutido. Agora, câncer de mama, você não previne, você acompanha para ver se surge, né? (E2).

Ainda, foi possível identificar a resistência por parte dos médicos ao subestimar o quadro clínico em mulheres jovens, considerando como benigno um tumor que, na faixa etária mais alta, proporcionaria maior risco à saúde da mulher (QUINTANA *et al.*, 2004; SIQUEIRA, 2006).

Eu fazia exame, eu sabia que estava diferente no toque. Mas ia para a mamografia, a mamografia não pegava, porque aparecia só a sombra do mamilo [...]. Eu já sentia esse nódulo há muito tempo e nada diagnosticava ele. E eu sabia que ele era diferente [...] Porque eu sentia dor, sentia que tinha coisa diferente e aí ninguém me dava ouvidos. Eu fui a três mastologistas em três cidades diferentes. Eles falavam assim: “isso aí é preocupação” (E2).

Este relato condiz com os achados de Gotzsche e Olsen (2000) e Boyle (2002), ao afirmarem que, apesar de a mamografia ser considerada o método de rastreamento mais condizente com a detecção precoce do CAM, estudos controversos contestam sua efetividade em mulheres abaixo de 50 anos de idade.

Pinheiro *et al.* (2013) argumentam que mulheres jovens são mais vulneráveis ao diagnóstico em estágio avançado do CAM, o que pode ser justificado pela falta de ações de rastreamento, além de dificuldades de interpretações dos resultados dos

exames devido à alta densidade mamária característica da idade, conforme observado nos relatos seguintes:

Quando eu parei de tomar os remédios para engravidar, eu pedi à médica uma mamografia. Aí, ela me examinou, em outubro, me examinou, e falou “Eu vou te pedir uma mamografia para quê? Você não tem nada, eu estou aqui te apalpando. Você não tem histórico, você não tem idade, você não tem... Besteira fazer um exame desse” [...]. Exatamente oito meses depois, eu senti o caroço. Fui no primeiro médico que eu achei. Aí ele me pediu um ultrassom, ele falou: “Olha, realmente tem um nodulozinho aqui na sua mama, mas não é nada, porque está muito redondinho, está muito pequenininho, não tem característica nenhuma de ser maligno”. Eu falei “ah, ótimo”. Aí fiz o ultrassom e tal, aí já fui para um médico mais renomado [...] Ele olhou o ultrassom e falou: “Olha, não é, não tem nada que indica que é câncer, porque está muito redondo” [...]. Eu nem fiz mamografia, porque eu não tenho idade nem para fazer. Não pede mamografia (E3).

Antes de passar pelo tratamento, ninguém tinha falado nada comigo, até mesmo porque eu era nova. Porque eles julgam que a partir dos 40 é a idade certa para você procurar. Só que eu vivo batendo na mesma tecla, até no meu grupo, falando o seguinte, que eu não tenho 40 anos e eu já passei pelo tratamento 2 vezes. Se eu esperasse os 40 anos, eu não estaria aqui (E4).

O perfil do câncer de mama mudou, chegando em meninas super jovens, cada vez mais jovens, eu sou a mais velha e tenho 53 anos. Tem meninas de 26, 27, 25. Eu tive jovem [...]. Eles condenam todo mundo abaixo dos 50 anos, se você pegar a pirâmide etária, você vê que a doença está atingindo mulheres mais novas, até abaixo de 30 anos. Se você pegar de 30 anos até 50, você está deixando uma coisa muito descoberta (E7).

Existem fatores que o estilo de vida da mulher moderna, por exemplo. A gente tem visto mulheres cada vez mais jovens com de câncer de mama. Eu conheço meninas com 23, com 22 anos que descobriram o câncer de mama. No meu caso, eu me toquei e percebi um carocinho, mas sem muita certeza, porque na mama densa é mais difícil de achar. A mama densa é aquela mama que tem mais glândulas mamárias, é uma mama geralmente mais firme. Eu sempre me orgulhei por ter uma mama firme, mas depois eu descobri que isso não é vantagem nenhuma (risos). Ela é mais difícil de achar qualquer coisa (E9).

Nesse contexto, reporta-se às evidências empíricas que indicam que fatores como o baixo índice de suspeição clínica da doença, a dificuldade de realização de exames em mamas densas e a falta de orientações de rastreamento por mamografia para grupos de mulheres abaixo de 50 anos retardam o diagnóstico e, conseqüentemente, pioram o prognóstico do CAM (BACKHOUSE *et al.*, 1987; SCHMIDT; TSANGARIS; CHEEK, 1991; BONNIER *et al.*, 1995; CHUNG *et al.*, 1996; FISHER *et al.*, 1997; BERTHEAU *et al.*, 1999; GAJDOS *et al.*, 2000; KROMAN *et al.*, 2000; YILDIRIM; DALGIÇ; BERBEROGLU, 2000; JMOR *et al.*, 2002; KOTHARI;

FENTIMAN, 2002; TRYGGVADÓTTIR, 2002; CRIPPA *et al.*, 2003; DUMITRESCU; COTARLA, 2005; PINHEIRO *et al.*, 2013).

A entrevistada 5 também abordou em seu depoimento a questão de o “médico não estar preparado para as possibilidades de, por exemplo, uma mulher que amamenta ter câncer de mama”. Isso ilustra também baixa suspeição clínica, uma vez que a E5 foi diagnosticada com CAM no período de amamentação, fator considerado protetor à doença (INCA, 2008; BUSHATSKY *et al.*, 2014).

Corroborando com E5, as entrevistadas E8 e E9 também apontam a ineficiência dos médicos para diagnosticar o CAM ao realizar o Exame Clínico das Mamas (ECM):

Igual ginecologista, na minha opinião, não entende de mama. Eu tenho visto muitos casos, não existem estudos nesse sentido, mas eu tenho visto muitos casos de mulheres que descobrem um nódulo na mama, pequenininho, aí o ginecologista vai lá e fala assim: “Não, isso não é nada não, volta daqui um ano para o controle” [...]. Então, eles não sabem identificar e os médicos têm preguiça de pedir exame (E9).

A ginecologista, ela não conseguiu (identificar o tumor). Ela me examinou, ela apalpou e ela não conseguiu sentir nenhum nódulo [...]. Olha a deficiência do Sistema de Saúde! Dos 24 linfonodos, 19 eram malignos. Então, assim, estava em um grau avançado. A mamografia estava no Bi-Rads 5 (E8).

No relato de outras entrevistadas, os fatores não modificáveis foram citados como causas intrínsecas do CAM, ou seja, aumento da idade, etnia ou raça, herança genética, menarca precoce e menopausa tardia (INCA, 2015b). Na amostra em análise, a ocorrência do CAM foi relacionada a fatores como herança genética e menarca precoce:

Na minha família eu acho que é genético. Tanto que eu estou para fazer o BRCA1. Eu vou passar por um geneticista, vou fazer esse exame, porque, como eu tenho uma filha, então eles têm que pesquisar uma geração para frente (E4).

Vou falar do meu. Primeiro, eu fiquei menstruada muito nova e o tumor que eu tive foi hormonal (E8).

São vários fatores, eles classificam em: o hereditário que são de 10%, que é um fator baixo; mas se você tiver esse fator ele, fica grave, por exemplo: se minha filha tiver essa mutação genética... (E7).

As ações de prevenção secundária englobam a detecção precoce do CAM, que têm por finalidade minimizar os fatores de risco da doença, uma vez que no Brasil a maior parte dos tumores é encontrada pelas próprias mulheres, já em estágios avançados, sendo necessários tratamentos mais agressivos e ocasionando um maior número de mortalidades (BATISTON, 2009).

Diante do exposto, o autoexame das mamas (AEM) é uma das estratégias de escolha da prevenção secundária, caracterizada pela facilidade e pelo baixo custo, uma vez que é a mulher própria mulher que o executa participando, assim, de forma mais ativa do controle de sua saúde (GONÇALVES; DIAS, 1999; MONTEIRO *et al.*, 2003). Corroborando as colocações desses autores, a maioria das entrevistadas (E3, E4, E5, E6, E7, E9), relatou ter descoberto o CAM por meio do AEM, conforme os extratos abaixo:

Olha, as duas vezes eu descobri através do autoexame. Sabendo que a minha avó tinha, então sempre que eu ia tomar banho e fazia o autoexame. Então, da primeira vez, como eu tinha 27 anos, eu descobri o nódulo e fui procurar a ginecologista (E4).

Foi em dezembro, eu estava fazendo autoexame normal [...], aí eu que achei o tumor; a mulher achar o tumor não é legal, porque já está num tamanho grande. O legal é você fazer a consulta anual, o exame clínico e a mamografia (E7).

Eu estava trocando de roupa e percebi um abaulamento que eles falam né? Na verdade, é uma ondinha assim que eu percebi na pele da mama esquerda [...]. E aí eu mesma descobri, e 2 dias depois eu já estava no médico; 10 dias depois eu já estava com o diagnóstico na mão (E9).

Dessa forma, confirmando as afirmativas de Araújo da Silva e Riul (2011), cerca de 80% dos casos de descoberta da doença são por meio do AEM, no entanto, já diagnosticadas em estágio avançado.

A mamografia, outro método de rastreamento do CAM, é apontada pelo INCA (2015a), como a única técnica eficaz para a detecção precoce do CAM e redução da mortalidade da doença. O Instituto, em suas diretrizes mais atuais, recomenda o rastreamento a partir dos 50 anos de idade, uma vez que o rastreamento realizado em mulheres entre 40 e 49 anos incide em maior risco de câncer radioinduzido.

Entretanto, na presente pesquisa, apenas 1 entrevistada detectou o CAM por meio da mamografia e, portanto, foi identificado já em estágio avançado:

No laudo da mamografia, lá embaixo estava escrito assim, mama direita Bi-Rads 5. Até o Bi-Rads 3, você tem que fazer um controle. Passou do 3 já é confirmado que é maligno. E o meu estava no grau 5, ou seja, já tinha ramificado. Então, os médicos que entendem isso, por isso todos os meus exames tiveram alta prioridade. Porque ele já estava avançado. Porque existem pessoas que fazem esvaziamento de axila, tiram 10, de 10, 1 era maligno. Eu tirei 24, dos 24, 19 eram malignos. Ele espalha muito rápido (E8).

Diante dessa situação, questiona-se as recomendações atuais de rastreamento da doença por meio da mamografia no Brasil que envolvem apenas mulheres acima de 50 anos (MARTINS *et al.*, 2013; INCA, 2015b), uma vez que, na amostra da presente pesquisa, todas as mulheres foram diagnosticadas antes da idade de referência para prevenção:

Inclusive é uma coisa que eu acho muito interessante você colocar no trabalho essa campanha que é feita para mulheres pelo SUS depois de 50 anos para fazer uma mamografia. Nós temos pessoas no grupo com 20 e poucos anos diagnosticadas com câncer de mama, são muitas, muitas. Mas a maioria é assim, de 40 para baixo. Então, quer dizer, se não tem uma hereditariedade na família, se não tem outro sintoma, não é pedido a mamografia (E6).

Às vezes é difícil você conseguir uma mamografia preventiva a partir dos 40, porque o governo está priorizando agora os 50 anos (E7).

Eu fiz todo o meu tratamento pelo SUS. Mas eu tive uma dificuldade muito grande. Tive que insistir com a médica pra fazer a mamografia, porque na época eu tinha 42 anos. Ela não quis. E, mesmo assim, eu insisti com ela (E8).

É um absurdo, porque eu tive câncer de mama com 37 anos. Tem meninas no grupo que tiveram com 23, 22, 25, 18. Na realidade eu acho que eles querem que a gente descubra o câncer no final, porque é caro (risos). Eu acho que sim. O tratamento é tão caro (E5).

Porque eles julgam que a partir dos 40 é a idade certa para você procurar. Só que eu vivo batendo na mesma tecla, até no meu grupo, falando o seguinte: que eu não tenho 40 anos e eu já passei pelo tratamento 2 vezes. Se eu esperasse os 40 anos, eu não estaria aqui (E4).

A mamografia... essa inclusive é uma grande polêmica, tá? A mamografia, ela só é indicada antes dos 40 anos, eu sei que tem até uns médicos raros que pedem aos 35, mas ela só é pedida antes dos 40 para aquelas mulheres que têm algum caso de câncer na família. Então, eu nunca tive

nenhum caso, nunca tive nódulo, nunca tive nada. Então, nunca foi me pedido isso (E9).

O principal sintoma do CAM é manifestado pela presença de nódulo, fixo e geralmente indolor, na mama e/ou nas axilas. Além disso, a doença se manifesta de outras formas como, dor nos seios; alterações da pele como abaulamentos ou retrações da mama; alterações no bico do peito (mamilo); e saída de líquido anormal das mamas (INCA, 2016c).

Diante dos resultados encontrados, identificou-se que a maioria das mulheres, por meio do AEM, encontrou o nódulo nas mamas. As demais entrevistadas, (E1, E2) afirmaram terem descoberto o CAM por meio dos demais sintomas, como ilustrado a seguir:

[...] Sangrou, doeu, aí o mamilo inverteu. Porque isso é um dos sintomas do câncer de mama (E1).

Eu já sentia esse nódulo há muito tempo [...]. Eu sentia dor, sentia que tinha coisa diferente; eu sentia fisgada; o meu doía [...] Mas já era ele na axila, já era ele descendo. Então, dói sim (E2).

Diante dos apontamentos dessa categoria, prossegue-se a análise de dados na próxima seção, correlacionando as ações de marketing social na prevenção primária e secundária da doença.

### **5.2.3 Marketing social: ações do governo na prevenção do CAM**

O marketing social tem por objetivo principal sensibilizar e realizar a mudança de comportamento dos indivíduos (KOTLER; LEE, 2011). Portanto, o governo lança mão dessa ferramenta com a finalidade de influenciar a aceitação de ideias diante de problemas sociais substanciais na área da educação, saúde, meio ambiente, justiça social, assistência social, etc. (KOTLER, ZALTMAN, 1971). O presente estudo investiga as ações de marketing social na prevenção do CAM.

Na presente categoria, investigou-se a percepção das mulheres jovens diagnosticadas com CAM sobre as campanhas de prevenção realizadas pelo governo. Inicialmente, percebeu-se a insatisfação das entrevistadas no que diz

respeito à falta de informação das campanhas governamentais, como ilustrado a seguir:

Eu acho que falta muito explicar a realidade da mulher que tem o câncer de mama. Porque fica naquela “faça mamografia, previna-se e ponto final”. Eu não sabia que eu ia entrar na menopausa. Eu entrei na menopausa e eu tenho 36 anos, não tenho filho. Isso é uma coisa que me... me desculpa (choro). Eu não sabia. Eu não sabia que isso ia acontecer. A não sabe da realidade (E2).

Porque o governo, a informação dele é a mesma [...]. O jeito da explicação que eles dão é muito superficial. Por isso que eu falo que a abordagem tem que ser eficiente, tem que ser realista. Não é falar “se você não fumar você não vai ter câncer; se você não beber você não vai ter câncer; se você comer fruta, você não vai ter câncer; se você sair correndo e ter uma atividade física, você não vai ter câncer”. Para começar, explica errado. Isso aumenta a qualidade de vida e vai fazer com que eu tenha menos possibilidade de ter, não significa que eu não vou ter (E5).

As mulheres entrevistadas também foram convidadas a citar campanhas que se recordavam e, portanto, as campanhas que acontecem no mês de outubro foram as mais citadas, corroborando com os achados que afirmam que em escala mundial, a campanha Outubro Rosa é a mais popular (GAZETA DO POVO, 2015):

Ah, o Outubro Rosa, né? É a maior campanha que tem... [...]. Mas, apesar de que isso é mundial, né? Outubro Rosa é mundial. Apesar de que não deveria ser só no mês de outubro, né, porque o câncer não é em um mês só, ele está o ano inteiro aí (E6).

Eu não lembro de nenhuma e eu questiono. Porque chega em outubro, tem muita palestra, tem muitos lugares para a gente fazer, porque é o Outubro Rosa. Mas o câncer não dá só em outubro, dá todo dia. Todo dia você ouve falar, você vai em um hospital, a quantidade de mulheres que tem câncer de mama! Então, o governo não faz essa campanha. Porque eu creio que se ele fizesse essa campanha, as mulheres vão procurar mais. E as mulheres procurando, elas vão exigir a mamografia. E é um custo mais alto para o governo. Então, assim, o governo tem dinheiro, né, para fazer as Olimpíadas, as Paraolimpíadas... (E8).

Muito timidamente, né? Muito timidamente. Nós tivemos o ano passado aqui em Minas uma campanha do Governo do Estado, aquela “Acorda Sueli”. Mas só no Outubro Rosa, entendeu? Então, assim, muito timidamente mesmo. E agora, esse ano, com a falta de recurso por conta da crise, é aí que não vai ter nada mesmo (E9).

Portanto, por meio dos relatos apresentados, identifica-se a baixa periodicidade das ações de prevenção do CAM, uma vez que as entrevistadas só se lembram da atuação do governo no mês de outubro, quando acontece o movimento mundial, de

iniciativa estrangeira, conhecido como Outubro Rosa. Este fato também foi identificado em outros estudos de marketing social como associados às campanhas de doação de órgãos (REZENDE *et al.*, 2015), doação de sangue (MENEZES, 2013; PEREIRA, 2015) e acidentes de trânsito (VALE, 2016).

A fim de identificar aspectos positivos das campanhas de prevenção, as entrevistadas foram indagadas sobre esses fatores a respeito daquelas campanhas das quais se recordavam, conforme ilustrado a seguir:

Conseguir chegar até um número maior de pessoas, né? Porque tem um veículo de comunicação bem comum, que é a televisão, né? Então é um dos pontos fortes. Eles têm como utilizar as pessoas da mídia que está sempre chamando mais a atenção da população, também é um outro ponto forte (E3).

Ter campanha é algo realmente sempre positivo, né, chama a atenção da mulher nessa correria que a gente vive para algo que é fundamental para a saúde dela que é fazer o autoexame, que é fazer a mamografia no tempo certo (E9).

Percebe-se, por meio dos trechos ilustrados, que a realização de campanhas é algo positivo para a sociedade. No entanto, ao serem questionadas sobre esses aspectos positivos, as entrevistadas demonstraram-se pensativas e ressaltaram as insuficiências das campanhas como no relato da E5:

As campanhas fazem a pessoa pensar no assunto. [...] Mas, eu acho que, para mim, as campanhas param no meio do caminho. Ela faz a pessoa pensar, mas ela ainda falta aquela coisa que faça a pessoa, tipo assim, “vai lá, faz”. [...] Olhando pelo lado do governo, para mim, eu acho que a campanha consegue alertar, mas eu acho que só alertar não basta. Eu acho que o governo tinha que achar uma outra maneira, além disso porque tem que continuar, ele ter aquela efetividade (E5).

De acordo com o roteiro da entrevista, as deficiências das campanhas de prevenção ao câncer de mama seria o próximo questionamento abordado. Dessa forma, identificou-se que a atuação do governo acontece esporadicamente, tendo como enfoque as ações promovidas no Outubro Rosa:

Eu acho que elas são muito esporádicas, acontece só no Outubro Rosa, praticamente. Não me lembro em outra época que elas possam ocorrer (E1).

A maior deficiência dessas campanhas é achar que as mulheres têm... que a única época do ano que se tem câncer é em outubro. Essa doença é uma doença avassaladora, que ela tem que ser falada todos os dias, ela tem que ser questionada todos os dias (E3).

Na minha percepção, as deficiências, primeiro, essas campanhas têm se tornado cada vez menos comuns, a crise financeira abalou muito esse investimento do governo nessas campanhas. Eu acho errado que essa campanha seja só no Outubro Rosa, ninguém fica descobrindo câncer de mama só no Outubro Rosa. Então centralizar um movimento importante como esse só no Outubro Rosa eu já acho que não eficiente (E9).

A entrevistada E2 enfatizou, ainda, que uma das deficiências diz respeito a falta de informação nas devidas campanhas, uma vez que não informam a realidade da mulher diagnosticada com CAM: “Não explica quais são as consequências. Não fala de mastectomia definitiva, não fala de linfonodo, não fala de braço que você não pode usar nunca mais”.

Investigou-se, na percepção das entrevistas, sobre a evolução nas campanhas de prevenção com relação a frequência, abrangência e/ou eficiência na comunicação. As entrevistadas demonstraram-se otimistas, como o relato de E1 e E3: “Eu acho que melhoraram as campanhas, que hoje eu vejo mais do que via” (E1); “Olhando de uma forma geral, eu acho que hoje a gente consegue chegar mais nas pessoas” (E5). Entretanto, E1 e E5, bem como as demais entrevistadas, ratificaram a insatisfação quanto a frequência, abrangência e eficiência das devidas ações de prevenção do CAM promovidas pelo governo:

Mas com certeza isso precisa melhorar muito mais e alcançar muito mais pessoas, porque o foco é só nesse período que designaram. A memória do brasileiro é muito curta, então deveria ter pelo menos três vezes no ano, de quatro em quatro meses campanhas fortes como acontecem no outubro (E1).

Eu acho que as campanhas estão estagnadas, eu acho que falta aprofundar mais, eu acho que falta falar o que é mesmo, quais são as consequências e tudo mais. Está no mesmo ritmo que sempre foi. Não vejo evolução (E2).

Eu acho muito deficitária, eu acho que não melhorou muita coisa. E você pode reparar que nós só ouvimos falar dessa doença em outubro. É sempre a mesma coisa, chega em outubro, fala sobre o câncer de mama, algumas palestras na televisão, aí alguns programas-chave chama algumas pessoas, fala sobre aquilo, passou, acabou (E3).

No meu caso, eu só fui relaxar e entender o que era o câncer de mama diante dos relatos de outras pessoas, e não do governo. Porque o governo fala bonito, as propagandas falam bonito, que o câncer de mama tem cura, que se diagnosticado a tempo... Mas isso te deixa uma interrogação: “quando é a tempo?” (E5).

Na verdade, eu acho que essas campanhas têm se tornado cada vez mais raras, menos comuns no Brasil todo, sabe? Então eu acho que a abrangência não está adequada, especialmente na comunicação no interior de Minas. [...]Então eu acho que há realmente falhas consideráveis nessa comunicação, nesse trabalho de prevenção. Então eu acho que o governo tem sido, em todas as esferas, muito falho nisso (E9).

Com relação a atuação de atores e pessoas famosas como estratégia para a promoção das campanhas, algumas entrevistadas afirmaram que influenciavam na conscientização da população. Mas, a maioria delas, enfatizaram a necessidade da utilização de pessoas “reais”, que vivenciaram a doença, conforme os trechos a seguir:

Acredito [que contribuem para as campanhas]. Mas eu acho também que se essas pessoas famosas fossem acometidas, tivessem sido acometidas de câncer, seria mais interessante. Porque fica parecendo algo irreal. Então colocar pessoas reais junto com pessoas famosas também é muito bacana (E1).

Eu acredito que a participação de pessoas famosas ajuda sim, ajuda a chamar atenção. Mas nós precisamos mostrar a realidade também, mostrar pessoas comuns, pessoas como eu que estamos enfrentando esse problema (E3).

Eu acho que contribuem sim, são influenciadores, são formadores de opinião. [...]. Usar mulheres reais também, especialmente aquelas que já vivenciaram a doença, eu acho também que é muito interessante. Mas eu acho que para um grupo de pessoas, para a massa, você pegar uma celebridade realmente funciona bastante (E9).

Foi possível perceber nos discursos das mulheres que as campanhas promovidas com atores e pessoas famosas foram identificadas como irrealis, fictícias. Destarte, importante ressaltar que as entrevistadas concordam com a participação de pessoas comuns pra a efetividade das campanhas de prevenção do CAM.

Importante ressaltar a importância da mobilização de recursos financeiros e humanos a fim de conscientizar e orientar a população para melhor adesão às campanhas de promoção da saúde (BERBEL; RIGOLIN, 2011). No entanto, percebe-se nos discursos de E8 e E9 a repulsa no que diz respeito à falta de esforço

do governo no direcionamento de gastos públicos para este fim. Nessa mesma linha, as demais entrevistadas demonstraram-se insatisfeitas, não só em relação às campanhas, mas à disponibilidade de maquinários para efetivar prevenção e tratamento.

Porque esse marketing social do governo é um verdadeiro lixo, sinceramente. Fica lá “Outubro Rosa”, aquele lacinho, coloca todo mundo. Na verdade, eles não estão preocupados com o seu bem-estar social. Eles estão preocupados em diminuir o gasto que eles têm junto à saúde. Só que assim, se eles tivessem realmente preocupados com isso, as campanhas eram muito melhores e os investimentos nos hospitais também, porque as pessoas fariam mais exames, né?! (E1).

[...] A pessoa está com tratamento de radioterapia parado, você vai no hospital e a máquina está quebrada. Isso é culpa de quem? Do governo, né? (E4).

Eu costumo falar o seguinte, o governo, para ele, quanto mais informação é mais gente sobrevivendo; quanto mais gente sobrevivendo, é mais gasto para os cofres; e quanto mais gasto para os cofres, é mais defasagem e menos dinheiro para ele roubar (E5).

E você ouve falar de maquinários, de radioterapia que vivem estragados, né? Então, a pessoa deixa de fazer o tratamento (E6).

Hoje, eu estou com meu risco cirúrgico pronto, eu estou com a liberação do SUS, eu estou com o médico que vai pegar meu caso, que vai fazer a minha cirurgia plástica, mas o SUS não libera a cirurgia. Você consegue entender isso? [...] Porque tem 4 anos que eu estou na fila de reconstrução da mama, sabe? E é um absurdo, porque é um direito nosso, porque o governo liberou uma lei que com 60 dias a gente tem o direito da reconstrução da mama. E tem 4 anos que eu estou esperando e eu tenho que implorar o médico para fazer. Então, o governo não está preocupado com isso (E8).

Do ponto de vista das entrevistadas, percebeu-se que o cerne da preocupação do governo em realizar as ações de marketing social é em reduzir os gastos com o sistema público, diferentemente do que foi abordado na teoria em que o propósito é promover bem-estar social (KOTLER; ZALTMAN, 1971; ANDREASEN, 1994; 2001; KOTLER; LEE, 2008; 2011).

Destarte, ao serem questionadas como as entrevistadas tiveram acesso às informações de prevenção, identificou-se a atuação do profissional de saúde nas orientações de prevenção primária, ou seja, para a manutenção de uma boa qualidade de vida:

Hoje, a gente ouve muito. Por exemplo, todos os médicos que eu passo pelo controle, a primeira coisa que eles pedem é boa alimentação e atividade física. Inclusive quem já teve o câncer de mama eles aconselham, eles comentam que a probabilidade de voltar a ter um câncer com quem faz uma atividade física, ela diminui quase 60% de fazer uma atividade física (E6).

Mas o meu médico fala muito de má alimentação, sedentarismo. Toda vez que eu vou no consultório ele fala: “muda a alimentação, faz 30 minutos de caminhada” (E4).

No entanto, apenas a entrevista E4 conseguiu lembrar-se de uma campanha de prevenção primária realizada pelo governo:

Eu sei que teve o ano passado, a Secretaria da Saúde lançou aquela cartilha falando sobre alimentação. Até fotos de meninas do meu grupo saiu atrás de alguns ônibus, falando sobre câncer, alimentação (E5).

Em relação às ações de prevenção secundária, tendo em vista que a maioria das entrevistadas descobriu o CAM por conta própria, ou seja, por meio do AEM, indagou-se como esse método de prevenção foi divulgado a elas.

Eu já tinha costume de ir ao ginecologista, porque tive filho quando eu tinha 18 anos. Mas, antes de passar pelo tratamento (de câncer), ninguém tinha falado nada comigo (de prevenção), até mesmo porque eu era nova. Porque eles julgam que a partir dos 40 é a idade certa para você procurar (E4).

Você chega no médico, ele vai te fazer uma consulta, normalmente faz o toque na sua mama, te examina e só. Não fala sobre isso, não... A minha realidade antes do câncer, né? É claro que hoje é outra realidade. Mas antes, nunca me falaram de autoexame. E outra coisa, quando você faz o toque, o autoexame, as mamas são diferentes, cada mama é de uma forma. Tem mamas que têm um monte de carocinhos, um monte. Como que uma mulher consegue identificar um caroço maligno com glândulas? Porque a minha mama é uma mama toda cheia de nervozinhos, sabe? Então, assim, eles não ensinam, não tem isso (E3).

Eu convivi com uma amiga durante 7 anos com câncer de mama; eu devia ter uns 25 anos, 26 anos, quando ela teve o diagnóstico. Então, a partir disso, a gente já passa a fazer aquele toque, vira um ritual [...]. Então, assim, eu já fazia prevenção, porque eu conhecia aquele caso (E5).

Porque eu nunca fiz exame de toque, eu não tinha esse hábito. Não fui orientada a fazer isso. Depois que eu fui ao médico que eu tive essa orientação, mas antes disso eu não fui orientada (E8).

Apesar das entrevistadas afirmarem terem o costume de frequentar o médico ginecologista, foi possível perceber a falta de orientação de prevenção por parte desses profissionais. Deste modo, o envolvimento de todos os profissionais da saúde é de extrema importância no combate ao CAM, pois parte-se do pressuposto de que a prevenção pode acontecer de maneira mais certa caso todos estejam qualificados para tal (TUCUNDUVA *et al.*, 2004). Portanto, em consonância com os achados dos autores, identificou-se nessa amostra a deficiência de aprendizado dos médicos não oncologistas.

Ginecologista, ela vai cuidar mais de útero, de ovário, da reprodução, da fertilidade. Geralmente, são obstetras que vão cuidar da saúde da mulher. Às vezes, a ginecologista não sabe fazer o exame clínico (E7).

A maioria das meninas (do grupo que participo) reclama que o ginecologista fala “não, isso não é nada não, vamos esperar”. Aí, quando já está em um tamanho grande, aí ele encaminha para o mastologista que é o responsável. Mas, eu acho que ginecologista não tem capacidade para avaliar. No meu caso, a ginecologista ensinou a fazer o autoexame, mas eles não ensinam isso não. Eles não ensinam, às vezes perguntam se você fez o autoexame, mas o que você fala não serve não (E4).

Então, assim, eu acho que não estão preparados. Um clínico não está preparado para lidar com alguns problemas, ele sabe superficialmente. Um ginecologista às vezes sabe mais, mas às vezes o que sabe... Porque, hoje em dia, as pessoas sobrevivem ao câncer, porque elas tratam mais cedo. Eu acho que os médicos deveriam ter treinamento para esse tipo... para que a gente não precisasse, por exemplo, de ficar procurando médico especialista a toda hora (E5).

Neste sentido, torna-se evidente a necessidade de ações de prevenção ao CAM, sendo oportuno o desenvolvimento da conscientização da população e dos profissionais de saúde, o que, dentre outros benefícios, possibilitaria a oportuna identificação da doença na população, principalmente em indivíduos assintomáticos (WHO, 2014a).

Na perspectiva de Valente (2000), o papel do marketing social encontra-se na mobilização de um coletivo que, por meio de campanhas, procura propor soluções de problemas identificados no âmbito social, tais como problemas de saúde e ambiental. Segundo a autora, essas campanhas relacionadas a causas sociais objetivam-se na sensibilização e na mudança de comportamento dos indivíduos.

Sendo assim, investigou-se a capacidade de as campanhas influenciarem as mulheres a se prevenirem.

Do jeito que está hoje, não. Eu acho que ela tinha que ser mais apelativa no sentido real da situação. E colocar as informações que tem que ser colocadas; o que eu acho que eles não colocam, porque o Sistema Único de Saúde não consegue atender todas as pessoas (E1).

Nunca (influenciaram), nada. Até por causa da idade. Então, você imagina assim “poxa, eu tenho 30 anos. Câncer? Oh! Eu vou mudar de canal”. “Que chato, o mês inteiro fala disso”. E é umas coisas cansativas, não é uma realidade. Tipo assim, são palestras, é médico que está falando, falando com aquele peitinho de borracha, que tem um negocinho desenhado aqui em cima, “ah, que você aperta assim”, só isso que passa (E3).

Agora, vou te falar, antes de ser uma paciente oncológica, não. Então, se eu não me lembro, eu falo com você que eu ando com o laço rosa. Existem pessoas que me perguntam o que significa aquilo. Não deveriam. Eu acho outra coisa, eu acho ridículo o governo lembrar de câncer de mama somente em outubro. Então, assim, eu acho que precisa falar mais, mas é um falar mais e mais claro, porque eles colocam a coisa de uma maneira e fazem outra (E5).

Eu mantinha os meus exames todos em dia, sabe? Mas não sei se posso dizer que foi por causa de campanha não (E9).

As campanhas desenvolvidas pela União e pelos estados são de suma importância para alcançar a população no que concerne à prevenção do CAM, pois não basta regulamentar, necessita-se de um esforço de comunicação e de persuasão para que esse regimento seja praticado via marketing social com a finalidade de causar gradativamente troca cognitiva, de ação, de comportamento e, por fim, de valor (PEREZ; BARBOSA, 2007).

Entretanto, esse esforço não foi percebido conforme observado nos extratos dos depoimentos, ou seja, a atuação do governo nas ações de prevenção do CAM está aquém de suas proposições.

Dessa forma, as entrevistadas foram convidadas a sugerirem estratégias de conscientização da população acerca da importância de se prevenirem ao CAM. Percebe-se, mais uma vez, que um dos questionamentos das mulheres entrevistadas diz respeito a frequência das campanhas, conforme ilustrado a seguir:

Panfletando nas escolas, principalmente nas escolas públicas, municipais e estaduais. Colocando cartazes nos centros de saúde porque só tem essa divulgação na época do outubro. Colocar promoção de eventos, de palestras fora do período de outubro, em locais públicos de grande acesso para que as pessoas leiam aquelas informações e saibam o que está acontecendo algo em torno daquilo (E1).

Eu acho que deveria aumentar a frequência, não ser só em outubro, porque a pessoa não pega câncer só em outubro, né? Eu acho que deveria ser ao longo do ano, com esses depoimentos que eu falei com pessoas que tiveram (E2).

No meu ver, eu acho o seguinte, se nós queremos vender um produto, a gente não destaca aquilo? Aquilo não fica em foco? Aquilo não fica sendo mostrado muitas vezes na televisão? E assim é essa doença. Vamos falar dela o ano todo, vamos fazer propaganda dela, vamos incentivar as pessoas a fazer exames preventivos falando que o número tem crescido muito (E3).

A entrevistada E9 abordou questões relacionadas a prevenção primária da doença, como cuidar dos hábitos alimentares e a boa saúde. E9 deixou evidente, ainda, o aumento da incidência em mulheres jovens e a necessidade da realização da prevenção independentemente da faixa etária:

O câncer de mama é uma doença multifatorial, então a incidência de câncer de mama em mulheres jovens tem aumentado bastante, apesar de não ter um índice certinho disso. Mas tem aumentado bastante muito em função do estilo de vida da mulher moderna que é aquela que se alimenta mal, está com sobrepeso, não tem tempo de fazer atividade física, está estressada, enfim. Além de estar mais exposta a poluição, a componentes químicos, a agrotóxicos, né, tudo isso influencia não só na incidência do câncer de mama, mas vários outros tipos de câncer [...]. A mulher quando descobre o câncer pelo exame de toque, se o nódulo já é palpável pelo toque ele já não é mais considerado um câncer em estágio inicial, quando temos aí grandes chances de cura, né? Então estimular o exame de autotoque não é o mais funcional, não é o mais eficiente [...]. Câncer de mama, hoje, ele têm sido cada vez mais comum em mulheres de 20 e poucos anos, de 30 e poucos anos. Então é uma doença que agora não tem mais idade (E9).

Identificou-se nos depoimentos das entrevistadas que as campanhas de prevenção do câncer de mama realizadas pelo governo deveriam utilizar como planejamento estratégico “campanhas para o ano inteiro” (E2), “ajudar as ONG’s” (E5) e conscientizar os jovens nas escolas, para que “eles levem esse conhecimento para os seus lares ou para o meio que eles convivem” (E1).

Destarte, a fim de alcançar a mudança de comportamento do indivíduo, o marketing social pode se pautar por campanhas com enfoque negativo, mais agressivo, ou

com enfoque positivo, emocional (CASTRO; SANTOS, 2014). Por fim, as entrevistadas relataram acerca dos apelos das campanhas, a fim de propor, na percepção delas, a forma mais adequada de divulgação para atingir o maior número de mulheres a se prevenir.

No caso do Outubro Rosa não, fica só assim, a mulher com o rosto de lado, meio nua, tampando o peito e pronto. Tipo uma coisa poética. E vou te falar, o câncer não é poético, não é [...]. Poderia era tirar a mão do peito da mulher e mostrar a cicatriz, sem a mama. Para ela pensar assim: “Nossa senhora, é mesmo, olha lá o que acontece com ela”. Mas não tem isso. Então, fica tudo no sentido muito poético. Tinha que ser mais agressivo (E1).

Então, mostrar a realidade. Vamos fazer uma divulgação? Vamos. Vamos para dentro de um hospital conhecer a realidade das mulheres? Vamos fazer isso que você está fazendo? Vamos ouvir o que é o câncer? Para, de repente, conscientizar as pessoas a não esperar passar por isso?! (E8).

Eu acho que tinha que ser mais agressiva. Tipo “minha filha, se você ficar aí no *WhatsApp* o dia inteiro e não fizer a sua mamografia, você vai morrer”, entendeu? É a doença que mais mata mulheres no Brasil. Então, de repente, colocando filhos que perderam as mães, maridos que perderam as mães jovens, que deixaram os filhos para trás. A realidade do câncer de mama ela é dura, ela mata, entendeu? A gente não está falando de diabetes ou hipertensão que tem controle não. A gente está falando de uma doença que se você descobrir tarde ela vai te matar. Então, eu colocaria esses depoimentos de mulheres sobreviventes, mulheres mastectomizadas, maridos sem esposas, filhos sem mães (E9).

Portanto, foi possível perceber que 6 entrevistadas são a favor do enfoque negativo das campanhas, por meio da utilização de ações mais trágicas, agressivas que possam impactar na mudança do comportamento do indivíduo.

Entretanto, o apelo positivo também foi citado pelas outras 3 entrevistadas, apoiando a iniciativa de o governo promover ações por meio da conscientização emocional, solidariedade e demonstração do sucesso no tratamento contra o CAM.

Eu acho que deveriam usar mulheres novas e pessoas que não morreram. Porque eu fico revoltada quando eu vejo uma novela que teve uma pessoa que teve um câncer e morre. Toda vez morrem. Eu acho que deveria ter uma campanha com mulheres mais novas, mulheres que venceram e tiveram filhos. Então eu acho que deveria mostrar mais que tem a chance da cura e descoberto no começo (E4).

Olha, para começar, não tinha que colocar ator, só para começar! Eu acho que primeiro tem que colocar gente... igual eles justificam que colocam ator porque a pessoa lembra. A pessoa lembra é do homem bonito lá. Não! Você

tem que mostrar a pessoa ali: “eu tive, eu sobrevivi”, “eu sobrevivi porque eu fiz isso”. Eu acho que é o que os grupos fazem, mas eu acho que o governo podia fazer isso. Colocar as pessoas que sobreviveram ao câncer de mama em uma campanha para mostrar porque elas sobreviveram [...] Eu acho que o afetivo, não precisa de ser trágico para atingir a população. Você precisa ser verdadeiro, entendeu? (E5).

Eu acho que mais afetivo. Porque eu acho que se colocar aquela coisa de drama, aquele drama todo, eu acho que afasta mais. As mulheres ficam com mais medo de fazerem o exame e serem diagnosticadas. Eu acho que o apelo afetivo, levando mulheres para fazer palestras em escolas (E6).

Os meios de comunicação poderiam se tornar fatores que fomentariam o comportamento de prevenção, desde que fossem divulgados e ampliados para favorecer o acesso e engendrar mudanças (FERNANDES; NARCHI, 2002; CESTARI, 2005).

No entanto, na prática não se observa tamanha mobilização por parte dos órgãos governamentais, pois apesar das medidas preventivas serem realizadas, sua adequação ainda é considerada limitada (SCLOWITZ *et al.*, 2005).

Identifica-se, como ponto crucial dessa categoria da análise dos dados, que o governo não consegue mobilizar a sociedade por meio de ações de marketing social, uma vez que as mulheres dessa amostra encontraram o CAM sozinhas e, ainda, afirmaram nunca terem sido motivadas a se prevenirem. Dessa forma, questiona-se a atuação do governo na prevenção do CAM, uma vez que é a própria mulher que descobre o tumor, já em estágio avançado (BATISTON, 2009; ARAÚJO DA SILVA; RIUL, 2011; PINHEIRO *et al.*, 2013; WHO, 2014a).

Primeiro, você fazendo o autoexame você vai se prevenir, então vai diminuir a mamografia, entendeu? Se o governo quer vetar a verba para a mamografia, que ele faça uma campanha bem elaborada para que as pessoas não venham a chegar nesse ponto, de descobrir que está com câncer através da mamografia, em grau avançado, entendeu? (E8).

Eu descobri o câncer em 2012 fazendo o autoexame mesmo. Quando eu peguei o resultado da biopsia estava em grau 2 (E5).

Se não for um câncer mais avançado, você não tem sintoma nenhum. Então, no início, é com o toque (E6).

Então, há uma logística aí muito descuidada com relação ao acesso das mulheres. Eu acho que morre muita mulher por conta disso... porque é uma

doença silenciosa, é uma doença que, quando você vai detectar pelo toque, muitas vezes já é até tarde. O nódulo, quando ele se torna palpável, ele tem algo em torno de 1cm. E 1cm é câncer de mama e não é inicial, já é uma doença em estado, não vou dizer avançado, mas não está em estado inicial, quando a medicina considera aí um alto índice de cura, né? Então, por isso que morre tanta mulher (E9).

Deste modo, diante dos achados, apresenta-se, no capítulo seguinte, as considerações finais.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre todos os tipos de câncer conhecidos, o de mama constitui o segundo mais comum, e, nos países em desenvolvimento, o CAM é mais frequentemente identificado nas mulheres já em estágio avançado, o que acarreta em um índice de sobrevivência de 10 a 40%. Esse resultado é contrastante com o de países em que a detecção precoce e acessibilidade a tratamentos elevam a taxa de sobrevivência acima de 80% (IARC, 2012; WHO, 2014a).

Considerado um problema de saúde pública (ARREGI, 2012; IARC, 2014; INCA, 2014; WHO, 2014b TEIXEIRA, 2015), evidencia-se a necessidade de disseminar informações acerca da prevenção do CAM, uma vez que, se descoberto precocemente e tratado de forma adequada, tem alta probabilidade de cura (THULER, 2003; GARICOCHEA *et al.*, 2009; PORTAL BRASIL, 2014).

Outro ponto de discussão relevante levantado na presente pesquisa diz respeito à incidência do CAM em mulheres em plena idade reprodutiva. Apesar de incomum, observa-se na literatura a incidência entre 5% e 7% em mulheres com idade abaixo de 50 anos, ou seja, mulheres jovens (CRIPPA *et al.*, 2003; HAYES, 2007; MARTINS *et al.*, 2013; PINHEIRO *et al.*, 2013).

Diante do exposto, esta pesquisa objetivou analisar como as mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama percebem as ações de marketing social na prevenção da doença.

Como pressuposto teórico, investigou as campanhas de prevenção do CAM sob o enfoque do marketing social, que têm por objetivo incentivar a mudança de comportamento dos indivíduos frente a um problema social.

A fim de atender o objetivo geral dessa pesquisa, realizou-se um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi por meio de um roteiro de entrevistas semiestruturado com 9 mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama.

Respondendo ao primeiro objetivo específico – “analisar a percepção das mulheres jovens a respeito das ações de marketing social para a prevenção primária do câncer de mama” –, foi possível identificar que as entrevistadas têm conhecimento das recomendações de redução dos fatores de risco extrínsecos, abordadas nas campanhas de prevenção primária. No entanto, quanto questionadas sobre a lembrança dessas ações por parte do governo, apenas 1 entrevistada conseguiu exemplificar tal ação.

O segundo objetivo específico, tinha como arcabouço: “analisar a percepção das mulheres jovens acerca das ações de marketing social para a prevenção secundária, ou seja, de detecção precoce do câncer de mama”.

Neste quesito, a mamografia, o único método de rastreamento considerado pelo INCA (2015b) eficaz para a detecção precoce e redução da mortalidade da doença, foi bastante questionado, uma vez que essa técnica não inclui a prevenção para mulheres abaixo de 50 anos. Este fato está relacionado à efetividade do exame em mulheres jovens, pois elas apresentam alta densidade mamária característica da idade, o que dificulta o diagnóstico de tumores nas mamas.

Ainda, os achados dessa pesquisa apontaram a prática do autoexame das mamas (AEM), outro método de detecção precoce, como a mais frequente pelas entrevistadas. A maioria relatou ter descoberto o CAM por meio do AEM, resultado contrastante às recomendações do INCA (2015b).

Ressalta-se que o INCA é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde, que busca desenvolver e coordenar ações políticas nacionais para prevenção e controle do câncer no Brasil. Destarte, entre suas funções destaca-se a geração de informações bem como a atuação em áreas estratégicas como prevenção e detecção precoce.

Sendo assim, argumenta-se sobre a necessidade de ações de prevenção com enfoque nas mulheres abaixo de 50 anos, sendo desenvolvidas estratégias específicas para essa faixa etária. Com esse fim, uma melhor estruturação das

ações de prevenção primária e secundária pode contribuir para a redução da incidência, do diagnóstico tardio e, conseqüentemente, da mortalidade do CAM.

O terceiro objetivo específico delineou-se como: “descrever as estratégias de enfrentamento do câncer de mama vivenciadas pelas mulheres jovens acometidas pela doença”. Dessa forma, destaca-se que as mulheres entrevistadas mostraram-se otimistas para enfrentar o CAM, apesar de ser uma doença associada à morte. Esse fator pode ser associado ao fato delas serem jovens e terem o desejo de viver mais. Ressalta-se, que o apoio dos familiares e amigos foi identificado como indispensável para o enfrentamento do câncer.

Diante dos achados da presente pesquisa, questiona-se a efetividade dos esforços governamentais a fim de informar a população sobre as formas de prevenção do CAM, uma vez que as mulheres entrevistadas relatam desconhecer campanhas do governo e se lembrarem apenas do movimento Outubro Rosa, que acontece especificamente no mês de outubro. Logo, se a mulher não sabe como se prevenir do CAM, argumenta-se que não existam esforços governamentais para alertar a população.

Dessa forma, percebeu-se que a baixa periodicidade das campanhas aqui estudadas não está relacionada exclusivamente ao CAM, mas relacionada a uma série de outros problemas sociais como doação de órgãos (REZENDE *et al.*, 2015), doação de sangue (MENEZES, 2013; PEREIRA, 2015) e acidentes de trânsito (VALE, 2016).

Destaca-se ainda que, na percepção das entrevistas, o governo não está preocupado em realizar as ações de marketing social para promover o bem-estar e, sim, em reduzir os gastos com o sistema público, diferentemente do que é abordado nos fundamentos teóricos.

Com relação ao enfoque das campanhas, identificou-se que a maioria das entrevistadas é a favor do enfoque negativo das campanhas, por meio da utilização de ações mais trágicas, agressivas que possam impactar na mudança do comportamento do indivíduo.

Nesse sentido, sugere-se que as campanhas se adaptem à realidade da mulher com relação ao CAM, mostrando depoimentos de mulheres sobreviventes, mastectomizadas, com suas cicatrizes, e, até mesmo, sem a mama.

Em suma, diante dos resultados encontrados, percebe-se a necessidade de ações de prevenção, tanto primária quanto secundária, para a conscientização das mulheres.

Como limitação do estudo, destaca-se a dificuldade de encontrar mulheres que tiveram CAM dispostas a falar sobre a doença, o que resultou na amostra de 9 mulheres. Ressalta-se, ainda, a abrangência da pesquisa, que se limitou à cidade de Belo Horizonte e à grande BH, não podendo generalizar os resultados encontrados para as demais regiões do Brasil.

Por fim, para estudos futuros, sugerem-se pesquisas com mulheres que tiveram tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo comparação de resultados acerca da atuação do governo na prevenção e tratamento do CAM.

## REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O Método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2004.

ALWAN, Ala *et al.* Monitoring and surveillance of chronic non communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **Lancet**, Nova York, v. 376, n. 9755, p. 1861-1868, nov. 2010.

AMENDOLA, Luis Cláudio Belo; VIEIRA, Roberto. A contribuição dos genes BRCA na predisposição hereditária ao câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 325-330, 2005.

ANDREASEN, Alan Robert. Social Marketing: Its Definition a Domain. **Journal of Public Policy and Marketing**, v. 13, n. 1, 108-114, 1994.

ANDREASEN, Alan Robert. **Ethics in Social Marketing**. Washington: Georgetown University Press, 2001.

ARAÚJO DA SILVA, Pamella; RIUL, Sulei da Silva. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1016-1021, nov./dez. 2011.

ARREGI, Miren Maite Uribe. **Câncer em adultos jovens (20-39 anos) em Fortaleza: tendências em incidência, mortalidade e sobrevida, 1997-2006**. 2012. 264 p. Doutor (Doutorado em Ciências) – Fundação Antônio Prudente e Escola Cearense de Oncologia, Fortaleza, 2012.

ARRUDA, Gustavo Alfredo Cordeiro Ferreira de. “O câncer de mama no alvo da moda”: a retórica do socialmente engajado. In: GOTTARDI, Ana Maria (Org.). **A retórica das mídias e suas implicações ideológicas**. São Paulo: Arte & Ciência, 2006. p. 89-118.

AZEVEDO, Adeli Cardoso de *et al.* Conduta das funcionárias de um hospital na adesão ao programa de prevenção do câncer de mama. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 215-218, jun./ago. 2012.

BACKHOUSE, Christopher M. *et al.* Carcinoma of the breast in women aged 35 or less. **British Journal of Surgery**, v. 74, n. 7, p. 591-593, jul. 1987.

BALDIN, Nelma; MUNHOZ, Elzira Maria Bagatin. Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 10., 2011, Curitiba. **Anais...** Curitiba: PUCPR. p. 329- 341. Disponível em: <[http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398\\_2342.pdf](http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf)>. Acesso em: 7 out. 2016.

BANKS, Emily *et al.* Comparison of various characteristics of woman who do and do not attend for breast cancer screening. **Breast Cancer Research**, Bethesda, v. 4, n. 1, 2002.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BATISTON, Adriane Pires. **Detecção precoce do câncer de mama**: conhecimento e prática de mulheres e profissionais da estratégia de saúde familiar em Dourados/MS. 2009. 128 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2009.

BERBEL, Danilo Brancalhão; RIGOLIN, Camila Carneiro Dias. Educação e promoção da saúde no Brasil através de campanhas públicas. **Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade**, São Carlos, v. 2, n. 1, p. 25-38, jan./jun. 2011.

BERGAMASCO, Roselena Bazilli; ANGELO, Margareth. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, v. 47, n. 3, p. 277-287, 2001.

BERTHEAU, Philippe *et al.* Breast cancer in young women: clinicopathologic correlation. **Seminars in Diagnostic Pathology**, v. 16, n. 3, p. 248-256, 1999.

BICKMAN, Leonard; ROG, Debra J. **Handbook of applied social research methods**. Thousand Oaks: Sage, 1997.

BLOOM, Paul N.; GUNDLACH, Greg T. **Handbook of Marketing and Society**. Califórnia: SAGE Publications, 2001.

BONNIER, Pascal *et al.* Age as a prognostic factor in breast cancer: relationship to pathologic and biologic features. **International Journal of Cancer**, v. 62, n. 2, p. 138-144, jul. 1995.

BOYLE, Peter. Current situation of screening for cancer. **Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology**, Oxford, v. 13, n. 4, p. 189-198, 2002.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BREASTCANCER.ORG. **O seu guia para entender o laudo médico de câncer de mama**. Ardmore: Breastcancer.org, 2010. Disponível em: <[http://www.breastcancer.org/Images/Pathology\\_Report\\_Bro\\_FINAL\\_2%20portuguese\\_tcm8-334610.pdf](http://www.breastcancer.org/Images/Pathology_Report_Bro_FINAL_2%20portuguese_tcm8-334610.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2016.

BUSHATSKY, Magaly *et al.* Câncer de mama: ações de prevenção na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 8, n. 10, p. 3429-3436, out. 2014.

CARVALHO, Leda Viegas de *et al.* Molecular characterization of breast cancer in young Brazilian women. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 3, p. 278-287, 2010.

CASTRO, Ingrid Magalhães e; SANTOS, Patrick Michel Finazzi. O efeito de campanhas de marketing social com apelos negativos no comportamento de risco das pessoas que ingerem bebidas alcoólicas. In: ENCONTRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GOVERNANÇA – EnAPG, 6., 2014, Belo Horizonte, **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2014.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Roberto da. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2007.

CESTARI, Maria Elisa Wotzasek. **A influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer**. 2005. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Norte do Paraná, Londrina, 2005.

CHUNG, Maureen *et al.* Younger women with breast carcinoma have a poorer prognosis than older women. **Cancer**, v. 77, n. 1, p. 97-103, 1996.

CRIPPA, Carlos Gilberto *et al.* Perfil clínico e epidemiológico do câncer de mama em mulheres jovens. **Arquivos Catarinenses de Medicina – ACM**, Florianópolis, v. 32, n. 3, p. 50-58, 2003.

DUARTE, Tânia Pires; ANDRADE, Ângela Nobre de. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 1, p. 155-163, jan./abr. 2003.

DUMITRESCU, Ramona G.; COTARLA, Ion. Understanding breast cancer risk - where do we stand in 2005? **Journal of Cellular and Molecular Medicine**, Malden, v. 9, n. 1, p. 208-221, jan./mar. 2005.

DUTRA, Mara Costa *et al.* Imunofenótipo e evolução de câncer de mama: comparação entre mulheres muito jovens e mulheres na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 54-60, fev. 2009.

ENCINAS, Giselly *et al.* Somatic mutations in breast and serous ovarian cancer young patients: a systematic review and meta-analysis. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 61, n. 5, p. 474-483, set./out. 2015.

FERBER, Robert. The Expanding Role of Marketing in the 1970s. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 34, n. 1, p. 29-30, jan. 1970.

FERNANDES, Rosa Aurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, v. 48, n. 2, p. 223-230, 2002.

FIALHO, Ana Virgínia de Melo; MAGALHÃES DA SILVA, Raimunda. Câncer de mama: o pensar e o fazer das mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 157-160, mar./abr. 2004.

FISHER, Costantino J. *et al.* Histopathology of breast cancer in relation to age. **British Journal of Cancer**, Bethesda, v. 75, n. 4, p. 593-596, 1997.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTES, Miguel. **Marketing social revisitado**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Brasília: Líber Livro, 2008.

FREITAS, Catia Regina Pirhardt; TERRA, Karina Lemos; MERCES, Nen Nalú Alves das. Conhecimentos dos acadêmicos sobre prevenção do câncer de mama. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 682-687, dez. 2011.

FREITAS-JUNIOR, Ruffo *et al.* Variations in breast cancer incidence per decade of life (Goiânia, GO, Brazil): 16-year analysis. **Cancer Causes & Control – CCC**, Massachusetts, v. 19, n. 7, p. 681-687, set. 2008.

FREITAS-JUNIOR, Ruffo *et al.* Incidence trend for breast cancer among young women in Goiânia, Brazil. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 128, n. 2, p. 81-84, 2010.

GAJDOS, Csaba *et al.* Stage 0 to stage III breast cancer in young women. **Journal of the American College of Surgeons**, Kidlington, v. 190, n. 5, p. 523-529, 2000.

GARICOCHEA, Bernardo *et al.* Idade como fator prognóstico no câncer de mama em estágio inicial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 311-317, 2009.

GAZETA DO POVO. Você conhece a história do outubro rosa? **Gazeta do povo, Curitiba**, 4 out. 2015. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/viver-bem/comportamento/voce-conhece-historia-outubro-rosa/>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIMENES, Maria da Glória Gonçalves. A pesquisa do enfrentamento na prática psico-oncológica. In: CARVALHO, Maria Margarida Moreira Jorge de (Org.). **Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver**. São Paulo: Summus, 1998. Cap. 3, p. 232-246.

GODOY, Arlida Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresa – RAE**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, maio/jul.1995.

GOMES, Eloiza Augusta. **Mulheres e câncer de mama**: percepção, itinerário terapêutico e prevenção. 2012. 152 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

GONÇALVES, Maria Elizabete; BARBOSA, Alexandar de Brito. Mortalidade e morbidade por câncer de mama feminino na região Sudeste do Brasil (segundo UF's): uma análise para 1998 e 2003. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006, Caxambú. **Anais...** ABEP: Belo Horizonte, 2006.

GONÇALVES, Suy-Mey C. de Mendonça; DIAS, Mardonio Rique. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda; um estudo de crenças. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 4, n. 1, p. 141-159, 1999.

GOTZSCHE, Peter C.; OLSEN, Ole. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? **Lancet**, Londres, v. 355, n. 9198, p. 129-131, jan. 2000.

HADDAD, Nagib; BARBOSA DA SILVA, Maria. Mortalidade por neoplasmas em mulheres em idade reprodutiva - 15 a 49 anos - no estado de São Paulo, Brasil, de 1991 a 1995. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 221-30, jul./set. 2001.

HAYES, Daniel Fleming. Clinical practice. Follow-up of patients with early breast cancer. **The New England Journal of Medicine**, v. 356, n. 24, p. 2505-2513, jun. 2007.

HIGUCHI, Agnaldo Keiti; VIEIRA, Francisco Giovanni David. Responsabilidade social corporativa e marketing social corporativo: uma proposta de fronteira entre dois conceitos. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, Maringá, v. 34, n. 1, p. 31-40, jan./jun. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. Ações de prevenção primária e secundária no controle do câncer. In: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. rev. atual. e ampl. Rio de Janeiro, INCA, 2008. Cap. 5, p. 155- 216. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap5.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **ABC do câncer:** abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Estimativa 2014:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Estimativa 2016:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Diretrizes para a detecção precoce do Câncer de Mama no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2015b. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro\\_deteccao\\_precoce\\_final.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf)>. Acesso em: 27 jan. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **O que é o câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2016a. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)>. Acesso em: 27 jan. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Outubro Rosa 2016.** Rio de Janeiro: INCA, 2016b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/outubro-rosa/outubro-rosa.asp>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Câncer de mama: é preciso falar disso.** 4. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016c. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/e03b508046404270b86dfa2d43a04cdb/Cartilha\\_c%C3%A2ncer\\_de\\_mama\\_vamos\\_falar\\_sobre\\_isto2016\\_web.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=e03b508046404270b86dfa2d43a04cdb](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/e03b508046404270b86dfa2d43a04cdb/Cartilha_c%C3%A2ncer_de_mama_vamos_falar_sobre_isto2016_web.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=e03b508046404270b86dfa2d43a04cdb)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Controle do câncer de mama:** histórico das ações. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_controle\\_cancer\\_mama/historico\\_acoes](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/historico_acoes)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER – IARC. **World Cancer Report.** Lyon: IARC, 2003. Disponível em: <<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2003/WorldCancerReport.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2016.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER – IARC. **Globocan 2012:** estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Lyon: IARC, 2012. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>>. Acesso em: 27 jan. 2016.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER – IARC. **World Cancer Report 2014.** Lyon: IARC, 2014. Disponível em: <<http://publications.iarc.fr/Non->

Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>. Acesso em: 27 jan. 2016.

JÁCOME, Guilherme Patricio Ortega *et al.* Environmental exposure and breast cancer among young women in Rio de Janeiro, Brazil. **Journal of Toxicology and Environmental Health A**, v. 73, p. 13-14, p. 858-865, 2010.

JÁCOME, Guilherme Patricio Ortega. **Câncer de mama em mulheres jovens no Rio de Janeiro**: estudo de fatores de risco e sobrevida. 2013. 111 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

JMOR, Sabah *et al.* Breast cancer in women aged 35 and under: prognosis and survival. **Journal of the Royal College Surgeons Edinburgh**, Edinburgh, v. 47, n. 5, p. 693-699, out. 2002.

KIM, Daniel Dongiu *et al.* Saber é prevenir: uma nova abordagem no combate ao cancer de mama. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1377-1381, 2010.

KOMEN, Susan G. About us. **Susan G. Komen**, Dallas, 2017. Disponível em: <<http://ww5.komen.org/AboutUs/AboutUs.html>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

KOTHARI, Ashutosh S.; FENTIMAN, I. S. Breast cancer in young women. **International Journal Clinical Practice**, v. 56, n. 3, p. 184-187, abr. 2002.

KOTLER, Philip; LEE, Nancy. **Marketing no setor público**. Porto Alegre: Bookman, 2008.

KOTLER, Philip; LEE, Nancy. **Marketing social influenciando comportamentos para o bem**. Porto Alegre: Bookman, 2011.

KOTLER, Philip; LEVY, Sidney J. Broadening the Concept of Marketing. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 33, n. 1, p. 10-15, 1969.

KOTLER, Philip; ROBERTO, Eduardo L. **Marketing social**: estratégias para alterar o comportamento público. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

KOTLER, Philip; ROBERTO, Eduardo L. **Social marketing**: strategies for changing public behavior. Nova York: Free Press, 1989.

KOTLER, Philip; ZALTMAN, Gerald. Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 35, n. 3, p. 3-12, 1971.

KOVÁCS, Maria Julia *et al.* Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. In: CARVALHO, Maria Margarida Moreira Jorge de (Org.). **Psico-oncologia no Brasil**: resgatando o viver. São Paulo: Summus, 1998. Cap. 3, p. 159-185.

KROMAN, Niels *et al.* Factors influencing the effect of age on prognosis in breast cancer: population based study. **BMJ**, v. 320, n. 7233, p. 474-479, fev. 2000.

LAVIDGE, Robert J. The growing responsibilities of Marketing. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 34, n. 1, p. 25-28, 1970.

LAZER, William. Marketing's Changing Social Relationships. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 33, n. 1, p. 3-9, jan. 1969.

LIMA, Adriana Pereira de; BARBOSA, Lina Araújo; ROCHA, Aline Carvalho. Câncer de mama em homem jovem com ginecomastia: relato de caso. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 103-107, 2015.

LIMA, Ana Livia Pontes de *et al.* Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1433-1439, jul. 2011.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso de. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUGTON, Jean. The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer. **Journal of Advanced Nursing**, v. 25, n. 6, p. 1184-1191, jun. 1997.

MAGALHÃES, Vânia Cardoso Leão; COSTA, Maria do Carmos Esteves da; PINHEIRO, Rejane Sobrinho. Perfil do atendimento no SUS às mulheres com câncer de mama atendidas na cidade do Rio de Janeiro: relacionando os sistemas de informações SIH E APAC-SIA. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 375-398, 2006.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, out./dez. 2011.

MANOFF, Richard K. **Social Marketing: New Imperatives for Public Health**. Westport: Praeger, 1985.

MARTINS, Andréia de Fátima Hoelzle *et al.* Análise da cobertura do Programa de Controle do Câncer de Mama no Brasil com base em indicadores referentes ao diagnóstico precoce e à atenção primária. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO – ENANPAD, 40., 2016, Costa do Sauípe. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2016.

MARTINS, Camilla Albuquerque *et al.* Evolução da mortalidade por câncer de mama em mulheres jovens: desafios para uma política de atenção oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 341-349, 2013.

MATOS, Jéssica Carvalho de; PELLOSO, Sandra Marisa; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de

mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 888-898, maio 2011.

MELO, Enirtes Caetano Prates; FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. Níveis de atenção à saúde: cuidado preventivo para o corpo sadio. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. (Org.). **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2012. p. 107-122.

MENEZES, Adriana Gonçalves. **Comportamento do doador de sangue: aspectos experienciais e motivacionais**. 2013. 131 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2013.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

MONTEIRO Ana Paula de Sousa *et al.* Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. **RBGO**, v. 25, n. 3, p. 201-205, 2003.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

NASCIMENTO, Talita Garcia; RIUL DA SILVA, Sueli; MACHADO, Ana Rita Marinho. Auto-exame de mama: significado para pacientes em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 557-561, jul./ago. 2009.

OLIVEIRA, Andresa Mendonça de *et al.* Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 240-245, fev. 2012.

OMRAN, Abdel-Rahmin. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 731-757, dez. 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. **Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes**. Brasília: ANVISA/ISCUFBA, 2001.

PEREIRA, Jefferson Rodrigues. **História de vidas salvando vidas: aspectos relacionados à doação de sangue e proposição de um modelo sob a perspectiva do marketing social**. 2015. 170 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2015.

PEREZ, Clotilde; BARBOSA, Ivan Santo. **Hiperpublicidade: fundamentos e interfaces**. São Paulo: Thompson Learning, 2007.

- PINHEIRO, Aline Barros *et al.* Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 351-359, 2013.
- PORTAL BRASIL. Câncer de mama e de colo do útero têm mais chances de cura se descobertos cedo. **Portal Brasil**, Brasília, 28 jul. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/cancer-de-mama-e-de-colo-do-utero-tem-mais-chances-de-cura-se-descobertos-cedo>>. Acesso em: 27 jan. 2016.
- QUINTANA, Alberto Manuel. Prevenção do câncer de mama: a contribuição das representações sociais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 3, p. 295-302, set./dez. 2004.
- REZENDE, Leonardo Benedito Oliveira *et al.* Doação de órgãos no Brasil: uma análise das campanhas governamentais sob a perspectiva do marketing social. **Remark**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 362-376, jul./set. 2015.
- RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas. 1999.
- ROBLES, Sylvia C.; GALANIS, Eleni. Breast cancer in Latin America and Caribbean. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 11, n. 3, p. 178-85. 40, mar. 2002.
- ROCHA, Vânia. Do caranguejo vermelho ao Cristo cor-de-rosa: as campanhas educativas para a prevenção do câncer no Brasil. **História, Ciências e Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 253-263, jul. 2010.
- RODRIGUES, Juliana Dantas; CRUZ, Mércia Santos; PAIXÃO, Adriano Nascimento. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3163-3176, out. 2015.
- RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de Pesquisa Científica**. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- SANTOS, Sabrina da Silva *et al.* Incidência e mortalidade por câncer de mama em mulheres menores de 50 anos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2230-2240, 2013.
- SCHMIDT, Thomas; TSANGARIS, Theodore N.; CHEEK, J. Harold. Breast cancer in women under 35 years of age. **The American Journal of Surgery**, v. 162, p. 197-201, 1991.
- SCHNEIDER, Gustavo; LUCE, Fernando Bins. Marketing social: abordagem histórica e desafios contemporâneos. In: ENCONTRO DE MARKETING DA ANPAD – EMA, 6., 2014, Gramado. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2014.
- SCLOWITZ, Marcelo Leal *et al.* Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 340-349, 2005.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – SES-MG. E você, já descobriu que todo dia pode ser rosa? **SES-MG**, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/saudedamulher>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. ver. autal. Florianópolis: UFSC, 2005.

SIQUEIRA, Fernanda Monteiro de Paula. **Correlação entre o exame clínico, a mamografia e a ultra-sonografia com o exame anátomo-patológico na determinação do tamanho tumoral no câncer de mama**. 2006. 88 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SKABA, Márcia Marília Vargas Fróes. **Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama: um perspectiva sócio-antropológica**. 2003. 133 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Pós-graduação em saúde da criança e da mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

TEIXEIRA, Luiz. (Org.). **Câncer de mama e de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing – PMKT, opinião e mídia**, São Paulo, n. 3, p. 20-27, set. 2009.

THULER, Luiz Cláudio. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, v. 49, n. 4, p. 227-238, 2003.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 21. reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.

TRYGGVADÓTTIR, Laufey *et al.* Breast cancer risk factors and age at diagnosis: an icelandic cohort study. **Int J Cancer**, v. 98, n. 4, p. 604-608, 2002.

TUCUNDUVA, Luciana Tomanik Cardozo de Mello *et al.* Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 257-262, jul./set. 2004.

VALE, Luciana Maria Eliza do. **Análise das ações de marketing social em prol de um trânsito seguro: a percepção de motoristas habilitados no estado de Minas Gerais**. 2016. 119 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2016.

VALENTE, Susana. O Marketing social e a causa ambiental. In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 4., 2000, Coimbra. **Anais...** Lisboa: APS, 2000.

VELASCO, Honorio M.; DÍAZ DE RADA, Ágel. **La lógica de la investigación etnográfica**. Um modelo de trabalho para etnógrafos de la escuela. Madrid: Trotta, 1997.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

WANDERLEY, Kátia da Silva. Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: CARVALHO, Maria Margarida Moreira Jorge de. (Org.). **Introdução à psiconcologia**. Campinas: Editorial Psy, 1994. p. 95-101.

WASEK, Gleen. The social marketing approach: concepts and implications for international public health. In: CASH, Richard; KEUSCH, Gerald T.; LAMSTEIN, Joel. **The social marketing approach**. Londres: Croam-Helm, 1987. p. 158-172.

WILKIE, William L.; MOORE, Elizabeth S. Scholarly Research in Marketing: exploring the “4 Eras” of Thought Development. **Journal of Public Policy & Marketing**, Chicago, v. 22, n. 2, p. 116-146, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Cancer**. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>>. Acesso em: 27 set. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global status report on noncommunicable diseases**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458_eng.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global status report on noncommunicable diseases**. Geneva: WHO, 2014b. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: 27 set. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **WHO position paper on mammography screening**. Geneva: WHO, 2014a. Disponível em: <[http://www.who.int/cancer/publications/mammography\\_screening/en/](http://www.who.int/cancer/publications/mammography_screening/en/)>. Acesso em: 27 set. 2016.

YILDIRIM, Emin; DALGIÇ, Tahsin; BERBEROGLU, Ugur. Prognostic significance of young age in breast cancer. **Journal of Surgical Oncology**, v. 74, p. 267-272, 2000.

## APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

1. O que é o câncer de mama na sua percepção?
2. Você conhece alguma mulher que teve câncer de mama, além de você?
3. Você tem histórico de câncer na família?
4. Qual foi o seu sentimento após ter sido diagnosticada com câncer de mama?
5. Você pode contar como você descobriu o câncer de mama?
6. Você conhece qual é a causa do câncer de mama?
7. Você conhece quais os sintomas do câncer de mama?
8. Você conhece quais as formas de prevenção do câncer de mama?
9. Você se lembra de alguma campanha do governo a respeito da prevenção do câncer de mama?
10. Quais são os pontos fortes das campanhas de prevenção das quais você se recorda?
11. Na sua percepção, quais são as deficiências das campanhas de prevenção das quais você se recorda?
12. Comparando os últimos anos, você vê alguma evolução nas campanhas de prevenção com relação a frequência, abrangência e/ou eficiência na comunicação?
13. Você acredita que a participação de atores e pessoas famosas contribuem para estas campanhas?
14. As campanhas já influenciaram você a se prevenir? De que maneira?
15. Como conscientizar a sociedade sobre a importância da prevenção do câncer de mama?
16. Caso você fosse gestora das campanhas, o que definiria como pontos-chave no planejamento estratégico da prevenção do câncer de mama?
17. Você acha que o apelo das campanhas motiva as mulheres a se prevenir? Você acha que deveria ter apelo positivo (emocional) ou negativo (imagens trágicas)?