

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES

Programa de Pós-Graduação em Administração Mestrado

MARGARETE ALVES DA SILVA

**PERCEPÇÕES SOBRE O TRATAMENTO PRECOCE DO
CANCER DE MAMA: PROPOSIÇÃO DE UMA ESCALA E
INFLUÊNCIA DOS TRÊS NÍVEIS DO MARKETING MACROSSOCIAL.**

Belo Horizonte

2023

MARGARETE ALVES DA SILVA

**PERCEPÇÕES SOBRE O TRATAMENTO PRECOCE DO
CANCER DE MAMA: PROPOSIÇÃO DE UMA ESCALA E
INFLUÊNCIA DOS TRÊS NÍVEIS DO MARKETING MACROSSOCIAL.**

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Caissa Veloso e Sousa

Área de concentração: Organização e Estratégia

Linha de pesquisa: Estratégia, Inovação e Competitividade

Belo Horizonte 2023

SILVA, Margarete Alves da.

S586p

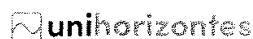
Percepções sobre o tratamento precoce de câncer de mama: proposições de uma escala e influência dos três níveis do marketing macrossocial. Belo Horizonte: Centro Universitário Unihorizontes, 2023.

133p.

Orientadora: Dr^a. Caissa Veloso e Sousa
Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Administração – Centro Universitário Unihorizontes.

1. Marketing social – câncer de mama 2. Marketing macrossocial I. Margarete Alves da Silva. II. Centro Universitário Unihorizontes Programa de Mestrado em Administração. LII. Título.

CDD: 658.3



Instituto Novos Horizontes de Ensino Superior e Pesquisa Ltda.

Centro Universitário Unihorizontes
Mestrado Acadêmico em Administração

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado Acadêmico em Administração do(a) Senhor(a) **MARGARETE ALVES DA SILVA**, Nº. 763. No dia 11 de julho de 2023, às 13:30 horas, reuniu-se no Centro Universitário Unihorizontes, a Comissão Examinadora de Dissertação, indicada pelo Colegiado do Programa de Mestrado Acadêmico em Administração do Centro Universitário Unihorizontes, para julgar o trabalho final intitulado "**Percepções sobre o Tratamento Precoce do Câncer de Mama: Proposição de uma escala e influência dos três níveis do marketing macrossocial**", requisito parcial para a obtenção do **Grau de Mestre em Administração**, linha de pesquisa: **Estratégia, Inovação e Competitividade**. Abrindo a sessão, o(a) Senhor(a) Presidente da Comissão, **Prof.^a Dr.^a Caissa Veloso e Sousa** após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares da apresentação do Trabalho Final, passou a palavra ao(à) candidato(a) para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do(a) candidato(a). Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do(a) candidato(a) e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado: **APROVADA**.

O resultado final foi comunicado publicamente ao(à) candidato(a) pelo(a) Senhor(a) Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o(a) Senhor(a) Presidente encerrou a reunião e lavrou o(a) presente ATA, que foi assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 11 de julho de 2023.

Prof.ª Dr.ª Caissa Veloso e Sousa
Centro Universitário Unihorizontes

Prof. Dr. Jersone Tasso Moreira Silva
Centro Universitário Unihorizontes

goub

Documento assinado digitalmente
ANDRE FRANCISCO ALCANTARA FAGUNDE
Data: 07/08/2023 10:18:59-0300
Verifique em <https://validar.itb.gov.br>

Prof. Dr. André Francisco Alcântara Fagundes
Universidade Federal de Uberlândia

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE PORTUGUÊS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Declaro ter procedido à revisão de dissertação de mestrado intitulada

Percepções sobre o tratamento precoce do câncer de mama: proposição de uma escala e influência dos três níveis do marketing macrossocial, apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico Unihorizontes como requisito parcial

para obtenção do título de **MESTRA EM ADMINISTRAÇÃO** de autoria de

MARGARETE ALVES DA SILVA

contendo 133 páginas,

sob orientação de

Prof.^a Dr.^a CAISSA VELOSO E SOUSA

ITENS DA REVISÃO:

Correção gramatical

Inteligibilidade do texto

Adequação do vocabulário

Belo Horizonte, 30 de junho de 2023


Fernando José de Sousa
REVISOR

Registro: 20710, Livro LR-36 – Decreto nº 5786/2006, Processo 2758814/2014
Licenciado em LETRAS
Centro Universitário de Belo Horizonte
UNI-BH

REVISADO

Agradecimentos

Gostaria de compartilhar um agradecimento pelo mestrado ora concluído com base em alguns versículos bíblicos que expressam minha gratidão a Deus e às pessoas que me apoiaram nesta jornada.

“Deus é o nosso refúgio e fortaleza, socorro bem presente na angústia” (Salmo 46:1)

Querido Deus, em primeiro lugar, quero expressar minha profunda gratidão por ser meu refúgio e fortaleza durante todo o meu caminho acadêmico. Suas mãos cuidadosas e amorosas me guiaram em cada passo da minha jornada de mestrado, dando-me força, coragem e perseverança para enfrentar os desafios e dificuldades que surgiram no meu caminho.

“A sabedoria é a principal coisa; adquira, pois, a sabedoria; e, com todos os teus bens, adquira o entendimento.” (Provérbios 4:7).

Senhor, agradeço-lhe pela oportunidade de estudar e aprender mais sobre o mundo que nos cerca. O conhecimento que adquiri durante o meu mestrado foi inestimável, e espero usá-lo para fazer uma diferença positiva em minha vida e na vida dos outros.

"Porque pela graça sois salvos, mediante a fé; e isto não vem de vós; é dom de Deus." (Efésios 2:8).

Não posso deixar de agradecer a todas as pessoas que me ajudaram e me apoiaram durante o meu mestrado. Agradeço à minha família, amigos e mentores por seu amor, encorajamento e paciência. Sem a sua orientação e apoio, não teria sido possível chegar até aqui. Sou grata também aos meus colegas de classe, que compartilharam ideias, trabalharam em equipe e se tornaram grandes amigos.

Obrigado, meu Deus, e obrigado a todos vocês que me apoiaram nesta jornada de mestrado. Em especial à Professora Doutora Caissa Veloso e Sousa e a todos os funcionários da do Centro Universitário Unihorizontes. Que Deus abençoe a todos vocês!

Resumo

Aderência a Linha de Pesquisa: O estudo foi desenvolvido dentro da linha de pesquisa “Estratégia, Inovação e Competitividade” do Programa de Mestrado em Administração do Centro Universitário Unihorizontes. A pesquisa propõe uma investigação ligada à área de estratégia e sua relação com a melhoria do bem-estar social.

Objetivo: Seu objetivo foi identificar a influência dos três níveis do marketing macrossocial para o tratamento precoce do câncer de mama, por meio de teste de validação de uma escala no contexto brasileiro, segundo a perspectiva de indivíduos acometidos ou não pela patologia.

Referencial Teórico: A teoria principal que embasou o trabalho foi o marketing macrossocial, que engloba a tríade, governo, sociedade e indivíduo, como entes capazes de modificar um comportamento considerado inadequado, enraizado, legitimado e institucionalizado na sociedade. Para isto, é necessária a associação de estratégias atuando nos diferentes níveis por meio da criação de programas sistêmicos e de forma holística, conforme descrito em referencial teórico.

Método: Quanto ao tipo, a pesquisa se caracterizou como exploratória e de abordagem quantitativa e amostragem não probabilística. A amostra foi composta por indivíduos de ambos os sexos, perfazendo o total de 580 questionários devidamente preenchidos. Destes, 36 foram considerados dados atípicos e excluídos, restando 544 questionários para análise estatística. Quanto ao método, foi realizada uma pesquisa interseccional, na qual se coletam dados de uma determinada população, em um único intervalo de tempo, por meio de questionário via *Google forms*. Após a coleta e tratamento dos dados, os indicadores foram calculados e analisados por meio de estatística descritiva das variáveis, seguida da análise multivariada dos dados

Resultados: Os construtos que se mostraram válidos foram governo-campanha; Governo-cuidado; Indivíduo-autoestima-desejo-sexual; Sociedade-rede-de-apoio-social. O primeiro denominado construto Governo-campanha foi composto por 05 indicadores e, destes, 03 foram validados. No segundo construto Governo-cuidado, 04 variáveis foram validadas. Para o Indivíduo-autoestima-desejo sexual foram validados 03 indicadores. Por último, em Sociedade rede apoio social, 03 variáveis foram validadas. Este último, mostrou melhores níveis de confiabilidade e de validade, sendo o Alpha Cronbach igual 0,865 e variância média extraída de 0,730. Os construtos Indivíduos-conhecimento e o Sociedade-tabu-estigma foram testados, porém não validados. Apesar da não validação destes dois construtos, a literatura mostra que são importantes e há necessidade de aprimoramento desta ferramenta. Por se tratar de uma escala exploratória para o contexto brasileiro, nem todos os construtos foram validados, o que enseja estudos futuros com novas pesquisas a partir das escalas inicialmente propostas com refinamento do instrumento de coleta de dados

Contribuições teóricas/metodológicas/sociais: A pesquisa proporcionou importante contribuição acadêmica e metodológica por representar a primeira tentativa de estabelecimento de uma escala a partir do marketing macrossocial; e também contribuição social, uma vez que os resultados indicam parâmetros a serem observados por gestores de políticas públicas que pretendem estabelecer ações para a prevenção do câncer de mama e redução da mortalidade relacionadas ao câncer de mama

Palavras-chave: Diagnóstico Precoce; Câncer de Mama; Marketing Macrossocial; Validação de Escala.

Abstract

Adherence to the Research Line: The study was developed within the research line “Strategy, Innovation and Competitiveness” of the Master's Program in Administration at Centro Universitário Unihorizontes. The research proposes an investigation linked to the area of strategy and its relationship with the improvement of social well-being.

Objective: Its objective was to identify the influence of the three levels of macrosocial marketing for the early treatment of breast cancer, through a validation test of a scale in the Brazilian context, according to the perspective of individuals affected or not by the pathology.

Theoretical Framework: The main theory that supported the work was macrosocial marketing, which encompasses the triad, government, society and individual, as entities capable of modifying behavior considered inadequate, rooted, legitimized and institutionalized in society. For this, it is necessary to associate strategies acting at different levels through the creation of systemic and holistic programs, as described in the theoretical framework.

Method: Regarding the type, the research was characterized as exploratory and with a quantitative approach and non-probabilistic sampling. The sample consisted of individuals of both genders, making a total of 580 duly completed questionnaires. Of these, 36 were considered atypical and excluded data, leaving 544 questionnaires for statistical analysis. As for the method, an intersectional survey was carried out, in which data were collected from a given population, in a single time interval, through a questionnaire via Google forms. After collecting and processing the data, the indicators were calculated and analyzed using descriptive statistics of the variables, followed by multivariate data analysis

Results: The constructs that proved to be valid were government-campaign; Government-care; Individual-self-esteem-sexual-desire; Social-support-network-society. The first construct called Government-campaign was composed of 05 indicators and, of these, 03 were validated. In the second Government-Care construct, 04 variables were validated. For the Individual-self-esteem-sexual desire, 03 indicators were validated. Finally, in Social support network society, 03 variables were validated. The latter showed better levels of reliability and validity, with Alpha Cronbach equal to 0.865 and average variance extracted of 0.730. The Individuals-Knowledge and Society-Taboo-Stigma constructs were tested, but not validated. Despite the non-validation of these two constructs, the literature shows that they are important and there is a need to improve this tool. Because it is an exploratory scale for the Brazilian context, not all constructs were validated, which gives rise to future studies with new research based on the scales initially proposed with refinement of the data collection instrument

Theoretical/methodological/social contributions: The research provided an important academic and methodological contribution as it represents the first attempt to establish a scale based on macrosocial marketing; and also social contribution, since the results indicate parameters to be observed by public policy managers who intend to establish actions for the prevention of breast cancer and reduction of mortality related to breast cancer

Keywords: Early Diagnosis; Breast Cancer; Macrosocial Marketing; Scale Validation.

Resumen

Adhesión a la Línea de Investigación: El estudio fue desarrollado en el marco de la línea de investigación “Estrategia, Innovación y Competitividad” del Programa de Maestría en Administración del Centro Universitario Unihorizontes. La investigación propone una investigación vinculada al área de la estrategia y su relación con la mejora del bienestar social.

Objetivo: Su objetivo fue identificar la influencia de los tres niveles de marketing macrosocial para el tratamiento precoz del cáncer de mama, a través de una prueba de validación de una escala en el contexto brasileño, según la perspectiva de los individuos afectados o no por la patología.

Marco Teórico: La teoría principal que sustentó el trabajo fue el marketing macrosocial, que engloba a la triada, gobierno, sociedad e individuo, como entes capaces de modificar conductas consideradas inadecuadas, arraigadas, legitimadas e institucionalizadas en la sociedad. Para ello, es necesario asociar estrategias que actúen en diferentes niveles a través de la creación de programas sistémicos y holísticos, tal como se describe en el marco teórico.

Método: En cuanto al tipo, la investigación se caracterizó como exploratoria y con enfoque cuantitativo y muestreo no probabilístico. La muestra estuvo compuesta por individuos de ambos sexos, haciendo un total de 580 cuestionarios debidamente cumplimentados. De estos, 36 fueron considerados datos atípicos y excluidos, quedando 544 cuestionarios para análisis estadístico. En cuanto al método, se realizó una encuesta interseccional, en la que se recolectaron datos de una población determinada, en un solo intervalo de tiempo, a través de un cuestionario a través de formularios de Google. Después de recolectar y procesar los datos, los indicadores fueron calculados y analizados utilizando estadísticas descriptivas de las variables, seguido de análisis de datos multivariados.

Resultados: Los constructos que resultaron válidos fueron gobierno-campaña; Cuidado del gobierno; Individuo-autoestima-deseo-sexual; Social-red-de-apoyo-sociedad. El primer constructo denominado Gobierno-campaña estuvo compuesto por 05 indicadores y, de estos, 03 fueron validados. En el segundo constructo Government-Care se validaron 04 variables. Para el individuo-autoestima-deseo sexual se validaron 03 indicadores. Finalmente, en Red de apoyo social sociedad se validaron 03 variables. Este último mostró mejores niveles de confiabilidad y validez, con Alpha Cronbach igual a 0.865 y varianza promedio extraída de 0.730. Los constructos Individuos-Conocimiento y Sociedad-Tabú-Estigma fueron probados, pero no validados. A pesar de la no validación de estos dos constructos, la literatura muestra que son importantes y que existe la necesidad de mejorar esta herramienta. Por tratarse de una escala exploratoria para el contexto brasileño, no todos los constructos fueron validados, lo que da lugar a futuros estudios con nuevas investigaciones basadas en las escalas inicialmente propuestas con refinamiento del instrumento de recolección de datos

Aportes teóricos/metodológicos/sociales: La investigación brindó un importante aporte académico y metodológico ya que representa el primer intento de establecer una escala basada en el marketing macrosocial; y también contribución social, ya que los resultados indican parámetros a ser observados por los gestores de políticas públicas que pretendan establecer acciones para la prevención del cáncer de mama y la reducción de la mortalidad relacionada con el cáncer de mama

Palabras clave: Diagnóstico Precoz; Cáncer de Mama; Marketing Macrosocial; Validación de Escala.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Resumo das estratégias do programa nacional de rastreamento ou recomendações do órgão nacional para rastreamento de mulheres que não apresentam risco elevado de câncer de mama em algumas partes do mundo.	Erro!	Indicador não definido.
Quadro 2 - Recomendações para detecção precoce do câncer de mama pelo Ministério da Saúde no Brasil.	Erro!	Indicador não definido.
Quadro 3 – Acontecimentos da campanha Outubro Rosa	31	
Quadro 4 - Construtos, indicadores e variáveis do questionário.....	54	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Elementos da Amostra e a Distância D^2 de Mahalanobis	59
Tabela 2 – Resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov	63
Tabela 3 – Características da Amostra.....	65
Tabela 4 - Indivíduo_autoestima e desejo sexual.....	68
Tabela 5 - Indivíduo_Conhecimento.....	71
Tabela 6 - Sociedade_Tabu e Estigma	74
Tabela 7 – Sociedade_RedeApoio Social	76
Tabela 8 – Governo_Campanhas	80
Tabela 9 – Governo_Linhas de cuidados governamentais	83
Tabela 10 – Resultados da AFE para o construto indivíduo_autoestima_sexual.....	86
Tabela 11- Resultados da AFE para o construto indivíduo_autoestima_sexual	87
Tabela 12- Resultados da AFE para o construto indivíduo_conhecimento	88
Tabela 13- Resultados da AFE para o construto indivíduo_conhecimento	89
Tabela 14- Resultados da AFE para o construto indivíduo_conhecimento	90
Tabela 15- Resultados da AFE para o construto sociedade_tabu e estigma.....	91
Tabela 16- Resultados da AFE para o construto sociedade_tabu e estigma.....	91
Tabela 17- Resultados da AFE para o construto sociedade_rede apoio social	92
Tabela 18- Resultados da AFE para o construto sociedade_rede apoio social	93
Tabela 19- Resultados da AFE para o construto governo_campanhas.....	94
Tabela 20- Resultados da AFE para o construto governo_campanhas.....	95
Tabela 21- Resultados da AFE para o construto governo_linhas cuidados.....	96
Tabela 22- Resultados da AFE para o construto governo_linhs cuidados.....	97
Tabela 23- Valores do Alpha de Cronbach dos construtos.....	98
Tabela 24- Valores alcançados para a AVE e a CC	100
Tabela 25- Matriz de correlação entre os construtos para verificar a ocorrência da validade discriminante	102
Tabela 26- Valor das cargas fatoriais dos indicadores.....	103
Tabela 27- Índices de ajuste do modelo proposto.....	104

Lista de Abreviaturas e Siglas

CACON	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CFI	Índice comparativo de ajuste
CMB	Common Method Bias
GFI	Índice de qualidade do ajuste
IARC	International Agency for Research on Cancer
IFI	Índice incremental de ajuste
INCA	Instituto Nacional de Câncer
ML -	Maximum Likelihood
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde 2019
PSF	Programa Saúde da Família
RMR	Raiz do quadrado Média Residual
SUS	Sistema Único de Saúde
TLI	Índice de Tucker-Lewis
UNACON	Alta Complexidade em Oncologia
X ² /df	(Qui-quadrado Normado)
WHO	WORLD HEALTH ORGANIZATION.

SUMÁRIO

1 Introdução	15
1.1 Objetivos	17
1.1.1 <i>Objetivo geral</i>	17
1.1.2 <i>Objetivos específicos</i>	18
1.2 Justificativa.....	18
1.2 Adequação à linha de pesquisa.....	19
2 Referencial Teórico	21
2.1 Marketing Macrossocial	21
2.1.1 <i>Câncer de mama na perspectiva do nível upstream</i>	29
2.1.2 <i>Câncer de mama na perspectiva do nível midstream</i>	34
2.1.3 <i>Câncer de mama na perspectiva do nível downstream</i>	36
2.2 Pensamentos Sistêmico e Teoria Institucional	39
3 Câncer de mama: Contextualização e Cenário	42
3.1 Conceito.....	42
3.2 Magnitude do câncer de mama.....	42
3.3 Fatores de risco.....	43
3.4 Sintomatologia.....	45
3.5 Diagnóstico.....	46
3.6 Tratamento.....	48
4 Metodologia	50
4.1 Tipo de pesquisa, abordagem e método	50
4.2 População e amostra	50
4.3 Método de coleta de dados e questionário estruturado.....	51
4.4 Técnica de análise de dados	51

4.4.1 Outliers	52
4.4.2 Normalidade	52
4.4.3 Características Da Amostra	53
4.4.4 Estatística Descritiva	53
4.4.5 Common Method Bias	53
4.4.6 Etapas da validação das escalas	54
4.4.7 Unidimensionalidade.....	55
4.4.8 Confiabilidade	56
4.4.9 Validade convergente	56
4.4.10 Validade discriminante.....	57
4.4.11 Modelo de mensuração dos construtos	58
5 Resultados e Discussão	59
5.1 Outliers	59
5.2 – Normalidade	62
5.3 – Características da amostra	65
5.4 – Estatística descritiva	68
5.5 Common Method Bias	85
5.6 Etapas da Validação das Escalas	86
5.7 Unidimensionalidade.....	86
5.8 Confiabilidade	97
5.9 Validade convergente	100
5.10 Validade discriminante.....	101
5.11 Modelagem de Equações Estruturais.....	102
6. Considerações finais.....	107
Referências	110
APÊNDICE A	124
APÊNDICE B	131

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública, tanto no Brasil quanto no exterior, se depara com questões relacionadas à patologias mamárias malignas decorrentes de fatores hereditários, mutações genéticas e causas ambientais, que acometem tanto homens quanto mulheres. Especificamente no caso de mulheres, o câncer de mama compreende a segunda maior causa de mortes, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares (INCA, 2021 ; Galati, 2022).

De acordo com dados epidemiológicos, mulheres acima de 60 anos são mais propensas a desenvolver o câncer de mama e correm maior risco de se submeterem a sub ou sobre tratamento. Por outro lado, estudos indicam que mulheres mais jovens com câncer de mama são mais propensas a terem tumores malignos com prognóstico ruim (Araújo *et al.*, 2010; Tsaras *et al.*, 2018; Buranello *et al.*, 2021, Cortes, Sitja & Balke, 2022 & Li *et al.*, 2022).

O câncer de mama inclui diferentes subtipos biológicos, com uma variedade de possíveis tratamentos, que visam alcançar o melhor resultado em termos de resposta à terapia e sobrevida global (Galati, 2022). Quanto mais rápido o diagnóstico e iniciadas as medidas de tratamento, maiores são as chances de cura. Aspectos associados ao conhecimento da doença e as dificuldades enfrentadas pelas mulheres, especialmente quanto ao acesso a métodos qualificados de diagnósticos e tratamentos adequados, levam as pacientes a entrar em estágios mais avançados do câncer de mama, o que piora o prognóstico (INCA 2019; Galati, 2022).

No Brasil, é alta a taxa de mortalidade por câncer de mama em mulheres, sendo registrados 56,2 casos por 100.000 mulheres. A incidência varia entre as regiões brasileiras, com altas taxas no Sul/Sudeste e baixas taxas no Norte. (INCA, 2021). Esses dados demonstram a necessidade da detecção precoce do câncer de mama, juntamente com uma análise abrangente dos parâmetros histológicos da doença, visando melhorar o planejamento do tratamento e, em última análise, o prognóstico da paciente. (INCA, 2021; Leite, 2021)

Portanto, o planejamento de estratégias voltadas para o controle do câncer de mama, mediante a detecção precoce, mostra-se importante. Assim, quanto mais precocemente um tumor invasivo for detectado e tratado, maior a probabilidade de cura. Por esta razão, várias medidas têm sido tomadas para diagnosticar o câncer em seus estágios iniciais. No entanto, devido à individualização orgânica e à heterogeneidade tumoral, aliada à presença de fatores de risco conhecidos e desconhecidos, o câncer de mama é considerado uma doença que possui comportamento dinâmico, em constante alteração (INCA, 2021).

O Brasil, apesar de possuir políticas públicas para controle e combate às neoplasias malignas, via Sistema Único de Saúde (SUS), disponibiliza o tratamento cirúrgico e quimioterápico para o câncer de mama, mas o diagnóstico tardio da doença impede o tratamento adequado para a cura da paciente. Destaca-se que, se diagnosticadas e tratadas precocemente, uma em cada três pacientes com câncer de mama podem ser curadas (INCA, 2019).

Nesse aspecto, uma das iniciativas do Ministério da Saúde para mitigar a mortalidade causada pela doença compreende o Plano de Ações Estratégicas que é uma diretriz voltada para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil. O plano mostra, entre as metas para o período compreendido entre 2021-2030, a redução de 10% da mortalidade prematura dos pacientes entre 30 e 69 anos por câncer de mama (Brasil, 2021). Para tanto, entre as medidas de diagnóstico precoce preconiza-se o autoexame da mama, que contribui para o conhecimento corporal e possibilita a detecção de anomalias e sinais iniciais da doença (Brasil, 2021). Essa medida se mostra substancialmente importante uma vez que, conforme recomendação do Ministério da Saúde, o exame de mamografia deve ser realizado a cada dois anos para as mulheres com idade de risco, ou seja, acima de 50 anos. Por sua vez, o autoexame periódico auxilia, em alguns casos, a detecção da doença em fases ainda iniciais.

Destaca-se que o diagnóstico precoce se relaciona às ações educativas, especialmente no que tange ao objetivo de conscientização da população, tanto das mulheres, que são predominantemente acometidas pela patologia, quanto da sociedade de maneira mais ampla, incluindo familiares e grupos de convivência. Essas ações educativas, em um aspecto amplo, podem ser abordadas pela perspectiva do macro marketing, que inclui ações educativas e de interesse social.

Andreasen (2003) destaca que na literatura de marketing há um campo de estudos que se estende para além das ações mercadológicas, visando abordagens que relacionam a ampliação do bem-estar social, voltadas para mudanças de comportamento individual, baseadas em um bem comum e centradas no interesse de grupos mais amplos. Essa abordagem é conhecida na literatura como “marketing social”, cuja função é promover a consciência social, ao desenvolver aprendizado individual capaz de alterar determinados comportamentos indesejados, ou promover comportamentos desejados que levam à melhoria do bem-estar social.

Contudo, cabe destacar que essas ações têm como prioridade o indivíduo e as mudanças de comportamentos individuais (Andreasen, 2003). Porém, existem causas sociais mais complexas que necessitam de envolvimento do indivíduo, da sociedade e dos governos, para as quais tornam-se imperativas ações em distintos níveis sistêmicos (Nguyen *et al.*, 2014;

Kennedy, 2016). Essa análise em perspectiva sistêmica é denominada de marketing macrossocial.

No caso do câncer de mama, considerado um problema complexo, além da oferta de tratamento, campanhas publicitárias como o Outubro Rosa realizam busca ativa de pacientes para a realização de mamografias e a elaboração de políticas públicas que objetivam o diagnóstico antecipado e o tratamento adequado, configurando ações a nível governamental. Entretanto, também é necessário o estabelecimento de ações a nível individual e de grupos de referência para caracterização do marketing macrossocial (Nguyen *et al.*, 2014; Kennedy, 2016).

O marketing macrossocial complementa as ações individuais com ações de políticas públicas, capazes de modificar, a nível macroeconômico, situações para as quais se deseja ampliar o bem-estar social, propondo que ocorram intervenções conjuntas nos três principais níveis sociais: *downstream* (individual), *midstream* (grupos de referência, comunidade, escolas, família, amigos) e *upstream* (atividades políticas e governamentais) (Kennedy, 2016; Parsons, 2012; Nguyen *et al.*, 2014; Huff *et al.*, 2017), mediante o acordo entre as partes interessadas no problema (Huff *et al.*, 2017).

Neste contexto, esta pesquisa propõe a integração dos diferentes níveis de atuação, desde a conscientização do indivíduo e da sociedade de forma generalizada, das ações governamentais empreendidas para a ampliação do bem-estar relacionado à causa, proporcionando um *continuum* de ações de natureza sistêmica (May & Previte, 2016).

A partir dos argumentos apresentados, emerge o seguinte problema de pesquisa: Como mensurar a influência dos três níveis do marketing macrossocial no tratamento precoce do câncer de mama?

1.1 Objetivos

A fim de responder à pergunta de pesquisa, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

1.1.1 Objetivo geral

Propor uma escala para mensurar a influência dos três níveis do marketing macrossocial para o tratamento precoce do câncer de mama.

1.1.2 *Objetivos específicos*

Para atingir o objetivo geral da pesquisa, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar as ações no nível *downstream* (individual) que influenciam o diagnóstico precoce do câncer de mama;
- b) Identificar as ações no nível *midstream* (grupos de referência, escolas, empresas) que influenciam o diagnóstico precoce do câncer de mama;
- c) Identificar as ações no nível *upstream* (ações do governo e de organizações não governamentais) que influenciam o diagnóstico precoce do câncer de mama.

1.2 Justificativa

A presente pesquisa se justifica em duas perspectivas, uma de natureza acadêmica e a outra, social. Do ponto de vista acadêmico, para que fosse possível identificar o estado da arte das publicações acerca da temática de interesse foi realizado um levantamento na base de dados da Capes com o termo “macro-social marketing”, sem delimitação de período. A pesquisa contemplou os artigos publicados até o mês de outubro de 2022 e foram excluídos os resultados decorrentes de livros ou relatos, considerando-se apenas os artigos publicados em periódicos acadêmicos.

Para todos os artigos foi realizada a leitura do resumo e, quando necessário para o amplo entendimento dos aspectos tratados contemplou-se, ainda, a leitura do texto completo. Foram encontrados 109 artigos, sendo que desses, 88, apesar de retornarem na busca pelo termo macrossocial marketing, não se referiam à temática, resultando em 21 artigos de interesse.

Considerando-se os artigos que tratam especificamente do tema de interesse, quanto ao ano de publicação, o primeiro artigo foi publicado em 2012. Os anos de 2017, 2020 e 2022 obtiveram a maior concentração de artigos publicados. Foram selecionados artigos em português, inglês e espanhol. As bases que mais retornaram artigos foram a *Web of Science* (42), *Sage Premier Journal Collection* (34) e *Emerald Journals* (33).

Do total de artigos de interesse encontrados 08 são teóricos e 13 empíricos. No que tange às causas de interesse foram identificadas causas distintas, sendo elas: Mutilação e Corte Genital Feminino (MGF/C); campanha antifumo; conceito filosófico, metodológico e literatura do marketing macrossocial; assimetria de informações entre a sociedade e o governo, como o caso da segurança do tráfego; perpetuação de problemas perversos do marketing; pensamento sistêmico; estrutura e forças motrizes dos problemas perversos; empenho nas ações de

marketing macrossocial; problema perverso da obesidade; combate ao tabagismo; problema perverso da violência armada; marketing macrossocial e uso de capacete, prevenção de direção alcoolizada e aspectos nutricionais; marketing no uso de sacolas plásticas; abordagem da tuberculose e AIDS; mudanças climáticas e sistema alimentar; degradação ambiental, *fast fashion*, jogos de azar e abuso de drogas e álcool; estigma da doença mental; as cinco fases do macro marketing; Marketing Socialmente Responsável (SRM), pobreza energética e acessibilidade ao combustível limpo para cozinhar, dentre outros.

Dada a importância da discussão acerca do câncer de mama para a população mundial, a presente pesquisa traz relevante contribuição ao discutir, academicamente, aspectos que mais se relacionam aos incentivos para o diagnóstico precoce. Ressalta-se que, do total de publicações levantadas sobre a temática, não foram localizados artigos que contemplassem o estudo do marketing macrossocial associado ao câncer de mama, sendo esse um fator diferenciador da pesquisa. Ademais, a pesquisa propôs a primeira tentativa de estabelecimento de parâmetros a partir do marketing macrossocial, por meio da testagem e validação de uma escala no contexto brasileiro, visando maior efetividade no diagnóstico precoce da patologia mamária maligna.

Do ponto de vista social espera-se que esse estudo possa trazer contribuições para a indicação de aspectos importantes a se considerar na formulação de políticas públicas em diversos aspectos como, por exemplo: campanhas que possam proporcionar maior nível de engajamento para a detecção precoce do câncer de mama, diminuição do tabu acerca da doença, possíveis áreas de contribuição para além dos níveis governamentais, motivações individuais que possam levar a mulher ao engajamento para a realização do autoexame e, conseqüente, diagnóstico precoce da doença, identificação de *gaps* a serem tratados no âmbito da saúde pública, elevando os níveis de cura e prognóstico futuro.

1.2 Adequação à linha de pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na linha de pesquisa “Estratégia, Inovação e Competitividade” do Programa de Mestrado em Administração do Centro Universitário Unihorizontes.

O estudo apresenta-se alinhado ao programa por propor um estudo relacionado à área de estratégia e sua relação com a promoção do bem-estar social. Nesse contexto, a teoria principal que embasa o estudo compreende o marketing macrossocial, que avalia a tríade sociedade, governo e indivíduo como entes que atuam em determinado aspecto social e,

portanto, são responsáveis por ampliar os benefícios relativos ao aspecto de interesse, no caso o diagnóstico precoce e o tratamento do câncer de mama, tanto no âmbito individual quanto para a sociedade. A dissertação está vinculada ao projeto de pesquisa “Ampliação do Bem-Estar Social na Perspectiva do Marketing Macrossocial”, coordenado pela Professora Doutora Caíssa Veloso e Sousa, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, na modalidade de bolsa de produtividade em pesquisa (PQ2).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresenta-se o embasamento teórico da pesquisa, contemplando: os fundamentos, conceitos, objetivos e as aplicações do marketing macrossocial, além de abordagem do tema institucional e perspectiva sistêmica.

2.1 Marketing Macrossocial

Até a década de 1960 a perspectiva abordada no marketing estava voltada para a compra e venda de mercadorias e serviços. Contudo, as mudanças sociais à época fizeram com que os esforços da área se voltassem para interesses que extrapolavam as ações comerciais, se importando também com o contexto social (Andreasen, 2003).

Essa preocupação se evidenciou com a publicação do artigo *Social Marketing: an approach to planned social change* (Kotler & Zaltman, 1971), que destacou as ações do marketing social para aquelas além da propaganda de cunho estritamente mercadológico, se voltando, principalmente, às causas e ideias sociais (Andreasen, 2003).

O marketing social, segundo Kotler e Zaltman (1971), se caracteriza como a criação, implementação e controle de programas destinados a influenciar a aceitação de ideias sociais, envolvendo considerações de planejamento, precificação, comunicação e distribuição de produtos e pesquisa de mercado.

Kotler e Zaltman (1971) afirmam que as técnicas de marketing viabilizam as mudanças comportamentais e conceituais do marketing social, além de versar sobre a influência e a persuasão na liderança social como meio para conseguir um grupo de consumidores que conduza à mudança de comportamento temporário ou permanente (Dann, 2010).

De acordo com Kotler e Roberto (1992), as campanhas de marketing social objetivam influenciar determinado público a aceitar, transformar e/ou abandonar ideias, atitudes, ou comportamentos, propagando comportamentos sociais saudáveis. Em outra perspectiva, Pringle e Thompson (2000) propõem que ocorram alianças com organizações voluntárias ou beneficentes, conforme a causa a ser trabalhada para unificar interesses e melhorar a imagem organizacional, além da valorização dos produtos e fidelização dos clientes.

O marketing social proporciona mudanças de atitudes e comportamentos dos indivíduos visando o bem-estar social. Para isso, o marketing associa-se às rotinas sistemáticas de uma organização humana para alcançar benefícios específicos por meio de trocas com o meio ambiente. Desse modo, essas trocas podem compreender objetos tangíveis ou intangíveis, tais

como produtos, bens de consumo, dinheiro, serviços ou ideias (Richers, 1994 & Bastos *et al.*, 2017).

O marketing social tem sido objeto de temas variados associados a problemas que repercutem na sociedade, tais como, tentativas de reduzir as influências das famílias da Nigéria como responsáveis pela obesidade no país (Nwoba *et al.*, 2022); verificação dos componentes comportamentais relacionados ao consumo de álcool na sociedade em campanhas com a participação de pessoas voluntariadas, dentre várias outras (Kashyap, 2021).

Contudo, apesar de o marketing social ter conseguido obter uma vasta sensibilização com vistas à mudança social, existem situações que envolvem problemas de origens mais complexas, também denominados problemas perversos, para os quais torna-se necessária a atuação de diversos níveis de atuação no indivíduo, na sociedade e no governo, em suas distintas esferas. Assim, para a obtenção dos resultados sociais esperados, deve haver um trabalho em conjunto desses três níveis de atuação. Essa atuação conjunta eleva o arcabouço teórico a um patamar diferente, que é chamado de macrossocial na literatura de marketing (Andreasen, 2006 & Gordon, 2012).

A nível de sistemas há a necessidade de transformações capazes de influenciar as organizações e suas interações complexas de forma integrada, a fim de alterar problemas sociais enraizados na cultura da sociedade (Domegan, 2008; Kennedy & Parsons, 2012). Portanto, considerado um problema complexo, esse deve ser projetado em diversos níveis sociais, recorrendo-se à teoria do marketing macrossocial, uma vez que o foco não deve ser exclusivo no indivíduo (Kennedy & Parsons, 2012 & Kennedy, 2016).

O termo ‘problema perverso foi inicialmente descrito por Domegan (2008), ao se referir às questões de interesse da sociedade que são provenientes de fatores múltiplos e interdependentes. Para tanto, o marketing macrossocial demanda a criação de programas sistêmicos de forma holística, objetivando alterações em padrões normativos preexistentes, legitimados e institucionalizados, na qual é preciso uma associação de estratégias para trabalhar nos diferentes níveis implicados na situação considerada perversa e que demanda uma intervenção social (Kennedy, 2016).

Em se tratando dos níveis sociais, os estudos de marketing macrossocial, em 1975, estenderam o campo de atuação do marketing social nos comportamentos complexos ou problemas holísticos para três níveis: micro (*downstream*), grupal (*midstream*) e macro (*upstream*). (Huff *et al.*, 2017). Além disso, essa atuação acontece em um *continuum* por meio de intervenções integradas entre todos eles. Assim, o nível *downstream* é influenciado pelo nível *midstream* que por sua vez é influenciado pelo nível *upstream* (May & Previte, 2016).

Em relação aos níveis de atuação, Domegan (2008) estabeleceu os mecanismos do sistema do marketing macrossocial no indivíduo e grupos, ou seja, no nível micro, enquanto Kennedy (2016) relaciona esses mecanismos sociais com o campo de ação, elevando-os para o nível macro.

As mudanças globais ocorrem com a avaliação dos três níveis sociais e a utilização de campanhas ou ações para cada um deles, viabilizando a mudança integralmente (Kennedy, 2016). Desse modo, o nível *upstream* abrange a criação de normas e regulamentos que limitam comportamentos indesejados por meio de mudanças no sistema legislativo, alcançando mudanças no nível individual (Carvalho; Mazzon, 2015 & Truong, 2017), enquanto intervenções por meio de programas, de atividades e de atitudes no nível *midstream* são capazes de auxiliar os indivíduos a identificar atitudes que prejudicam o bem-estar social. Por último, as intervenções no nível *downstream* conscientizam o indivíduo a modificar atitudes discordantes com o bem-estar da sociedade (Huff *et al.*, 2017).

As motivações nos três níveis influenciam a promoção de um novo comportamento, ou a simples intervenção de uma atitude considerada inadequada (Kennedy; Parsons, 2012; Truong, 2017). Nesta mesma linha, Kennedy e Parsons (2012) afirmam que desvincular uma mudança política de uma mudança de posicionamento dos atores individuais não gera uma mudança social e vice-versa.

Em relação ao público, as ações de marketing macrossocial ao nível *upstream* direcionam para a mudança de comportamento individual, por meio da parceria com atores como governo, legisladores e agentes públicos. No nível *midstream* a mudança desejada é motivada pelo apoio e incentivo desempenhado por familiares, colegas, vizinhos, ONGs, entidades, escolas, empresas privadas e grupos. As ações nesse nível objetivam impactar a sociedade em favor de uma determinada causa social (Macfadyen *et al.*, 1999; Andreasen, 2003; Domegan, 2008; Kennedy & Parsons, 2012), enquanto no nível *downstream*, o indivíduo é o agente transformador dos seus comportamentos negativos em prol do bem-estar social (Macfadyen *et al.*, 1999 & Kennedy, 2016).

As ações do marketing macrossocial abrangem todas as esferas do comportamento crítico a ser modificado para o comportamento proposto no marketing social, usando ações não lineares capazes de se deslocar pelos três níveis do sistema de forma integrada (May & Previte, 2016). Assim, são utilizadas como ferramentas estratégicas as legislações, a participação comunitária e restrições no geral, a favor da mudança desejada (Kennedy; Parsons, 2012; Koch & Orazi, 2017).

Em relação ao histórico do marketing macrossocial, o primeiro artigo publicado foi promovido por Kennedy e Parsons (2012). Eles estudaram a campanha canadense antifumo no artigo *Macro-social marketing and social engineering: a systems approach*. A finalidade era apresentar a integração do marketing macrossocial e a engenharia social como ferramentas para uso governamental. Trata-se de artigo conceitual direcionado por uma abordagem sistêmica mais ampla. Como resultados verificou-se a necessidade de associação de regulamentos, legislação, tributação, mobilização comunitária, pesquisa, financiamento e educação ao marketing macrossocial para produzir resultados positivos nas intervenções realizadas pelos governos. Também, mostrou que a abordagem sistêmica para a mudança social com o uso da engenharia social contribui favoravelmente para a campanha anti-fumo canadense. No decorrer dos anos subsequentes, houve um crescente na publicação de estudos sobre o tema macrossocial, visando organizar e expandir o conhecimento na área e que serão abordados na descrição de aplicabilidade, a seguir.

Quanto à aplicabilidade do marketing macrossocial observa-se sua abrangência em diversas temáticas. Dentre essas, o estudo sobre a crise financeira na Islândia analisou a estrutura e forças motrizes dos problemas perversos. Foi mostrado como a teoria do mecanismo social pode contribuir, tanto para área de marketing social como para elaboradores de políticas, para vencer a complexidade dos problemas e buscar a transformação social desejada (Duffy, 2017).

As pesquisas continuaram a ser desenvolvidas nessa mesma linha com mais um novo conceito na qual se introduziu o pensamento sistêmico para se referir às mudanças integrais em camada multiníveis para problemas complexos e perversos. O estudo investigou a fraqueza de causalidade envolvendo os sistemas de marketing social e marketing macrossocial. Definiu os sistemas de marketing social e marketing macrossocial e criou uma classificação e interpretação englobadas pelos sistemas de marketing social. O resultado mostrou que os sistemas de marketing social e marketing macrossocial têm em comum a causalidade não linear para compreensão da dinâmica estrutural e comportamental em um sistema para impulsionar a alteração. O marketing social de sistemas está focado na estrutura evolutiva e no aspecto do sistema como um todo de forma integrada com o marketing macrossocial (Flaherty *et al.*, 2020).

O empenho das ações de marketing macrossocial pode se beneficiar de orientações alternativas para realização de mudança social esperada sob a ótica do marketing social, da pesquisa de ação comunitária e do empreendedorismo social (Hamby; Perce & Brinberg, 2017).

A aplicação do marketing macrossocial também pode ser encontrada em trabalhos envolvendo os sistemas de governos. Foi realizado um estudo sobre o marketing social e

macrossocial, por meio de um relato empírico identificando maneiras pelas quais os Grupos Americanos de Prevenção de Violência Armada (GVPGs) agem como profissionais de marketing macrossocial nos três níveis *upstream*, *midstream* e *downstream*, ao abordarem o problema perverso da violência armada, responsável por ferimentos e mortes com armas de fogo (Huff *et al.*, 2017).

A sustentabilidade ambiental também foi foco de estudos do marketing macrossocial. Foi realizada uma pesquisa etnográfica de ‘marketings insustentáveis’ acerca do imposto sobre o uso sacolas plásticas. Entretanto, a ação que envolveu desde políticas eleitorais e educacionais até incentivos para inovações na cadeia de suprimentos de circuito fechado não obteve sucesso devido aos *loops* reguladores que bloqueiam os comportamentos dos sistemas nos três níveis macrossociais (Little, Lee & Nair, 2019).

Duff, Van Esch e Yousef (2020) pesquisaram a licença parental quanto à mudança de comportamento quando influenciada pelas práticas nos locais de trabalho, fatores econômicos e normas sociais. Como resultado, os autores descrevem como os elaboradores de políticas públicas, famílias e organizações podem contribuir nos níveis macro, meso e micro para a importância da licença parental e sua aceitação pelos pais.

A assimetria de informações entre a sociedade e o governo na Letônia foi alvo da pesquisa *Macro-social marketing as a government's opportunity to make a positive influence on societal behaviour*. Abordou-se como o marketing macrossocial pode ser usado para aperfeiçoar a fluência de informações entre o governo e a sociedade, além de promover uma mudança com a participação social. Nos resultados foram evidenciados a necessidade de clareza na compressão conceitual do marketing macrossocial e da diferença em relação ao marketing social micro ou social. Foi ainda elencada a conscientização da aplicação do marketing macrossocial pelos governos, por meio dos casos de sucesso onde foi realizado. Para demonstrar, foi realizado um estudo de caso detalhado de uma organização governamental de segurança do tráfego rodoviário na Letônia, confirmando a influência positiva do marketing macrossocial pelo governo na sociedade (Volgasts & Sloka, 2020).

Os problemas perversos nos vários níveis da sociedade perpetuados pelos sistemas de marketing foram estudados utilizando-se do modelo socio-ecológico. Foram pesquisadas as maneiras pelas quais o ambiente externo pode ser direcionado na contenda das mudanças climáticas do sistema alimentar, no ambiente externo, por meio da análise estruturada desse modelo. Comprovou-se que há possibilidade de influência dos profissionais de marketing social no ambiente micro e macro por intermédio do modelo socio-ecológico, no que diz respeito à

estrutura física, o ambiente econômico, político e sociocultural de itens alimentares indesejáveis e desejáveis (Kemper & Ballantine, 2020).

O Governo da Índia (GOI) usou o marketing macrossocial para tratar as questões do problema perverso da pobreza energética e acessibilidade ao combustível limpo para cozinhar, além de abordar as desigualdades estruturais na redistribuição de subsídios. O estudo analisou as intervenções que incentivaram as famílias de classe social mais alta a cederem os subsídios de gás liquefeito de petróleo (GLP) para as famílias de classe social mais baixas. Além disso, ofertaram às mulheres rurais pobres a instalação das conexões de GLP gratuita. Entretanto, apesar das novas normas institucionais empregadas, o problema da acessibilidade ao GLP persiste mesmo com as mudanças nos subsídios ao GLP (Jagadale & Kemper, 2022).

Na área da saúde, encontra-se a aplicação de marketing macrossocial em diversos estudos, uma vez que os problemas de saúde podem ser entendidos como problemas perversos que atingem a sociedade. O estudo do marketing macrossocial a nível *upstream* pelo governo no Vietnã para instaurar mudanças sociais por meio de quatro programas governamentais procurou extinguir o tabagismo, o uso de capacete, a prevenção de dirigir embriagado e nutrição. Esses programas obtiveram sucesso devido às mudanças políticas, entretanto, mostraram-se insuficientes para promover modificações sociais devido ao ambiente cultural e social (Truong, 2017).

As campanhas contra o consumo de drogas e álcool, obesidade, abandono do tabagismo e saúde frente a problemas perversos não se referem somente ao bem-estar. Trata-se de questões multifacetadas e complexas a nível macro e multidisciplinares, escapando assim do campo de atuação do marketing social, deixando a sociedade vulnerável e exposta (Duffy; Northey; & Esch, 2017).

Nessa mesma direção, três programas governamentais de promoção da saúde (tabaco, tuberculose e AIDS) foram analisados sob o ponto de vista do marketing social em relação às práticas cubanas adotadas para motivar a mudança de comportamento em saúde (Grier, Pousa, Fernandez, 2020). Ressalta-se o estudo sobre como o marketing macrossocial atua para mitigar problemas perversos, tais como a obesidade, a degradação ambiental, parar de fumar, *fast fashion*, os jogos de azar e o abuso de drogas e álcool (Barrios, 2021). Esses problemas são de difícil solução e requerem atuação nos três níveis do marketing macrossocial para a descoberta do problema certo, dos fatores que desencadeiam e as alternativas para uma solução.

Outra pesquisa nessa área foi realizada na Nova Zelândia na qual o governo e os profissionais de marketing social abordaram a necessidade de extinguir o estigma que existe quanto à doença mental para que a prestação de serviço seja melhor aceita. Foram analisadas

as mensagens de comunicação, tais como normas culturais e morais institucionalizadas, veiculadas durante as campanhas de marketing social quanto ao impacto provocado e as mudanças esperadas. As campanhas não tiveram o resultado positivo, uma vez que houve inconsistência e contradição no modo de apresentação. Assim, ocasionou-se a perpetuação de alguns comportamentos indesejados relacionados à saúde mental durante o período pesquisado e as taxas de adesão ao serviço mistas (Kemper & Kennedy, 2021).

A obesidade também foi tratada como um problema perverso em outros trabalhos. Foi utilizada a perspectiva multinível sobre transições sociotécnicas para examinar a compreensão de como o marketing macrossocial consegue lidar com o problema perverso da obesidade (Kemper & Ballantine, 2017).

Nesta mesma linha da obesidade, foi desenvolvido um trabalho na maior província do Canadá, na qual tentou-se analisar os processos multissetoriais relacionados às parcerias com o governo de Quebec apoiadas pela filantropia para tratar dos problemas complexos, tais como a obesidade e problemas relacionados ao peso. Foi promovida a análise a partir das relações de parcerias existentes, aspectos quanto à proximidade de geolocalização, organizacional, cognitiva e institucional que identificassem as causas ou influências sobre problemas sociais complexos, para esclarecer quais redes comunitárias teriam o sucesso esperado e que serviriam para o desenvolvimento de um modelo de proximidade multidimensional (Wymer, 2021).

Estudos sobre o marketing macrossocial, visando contribuir para a meta de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas 2030 de reduzir doenças não transmissíveis e promover o bem-estar, abordando o perverso problema da obesidade foram realizados em todas as cidades brasileiras, usando juntamente o modelo de planejamento total do processo (TPP). Houve uma participação ativa e uma interação multissetorial nos níveis macro, meso e micro para responder à pergunta sobre como os profissionais de marketing social realizam parcerias com outros interessados (Bastos *et al.*, 2022).

Nesse estudo, a colaboração das comunidades educacionais, de saúde e de negócio compõem a rede social do indivíduo, assim como a integração produzindo a transformação social, bem como a dos elementos *upstream*, *midstream* e *downstream* da intervenção. Mudanças necessárias para uma perspectiva de colaboração multinível de forma integral seriam adequadas para tratar os problemas complexos, como a obesidade (Bastos *et al.*, 2022).

Em estudo recente, Abidogun *et al.*, (2022) pesquisaram a mutilação e corte genital feminino (MGF/C). Esse é considerado um ato de violência de gênero (GBV) e um problema de saúde pública global. O interesse pela temática foi justificado devido ao aumento da migração global, desencadeado pela diáspora árabe que vive no Ocidente e no Sul Global pela

prevalência crescente de MGF/C. O intuito desse trabalho foi identificar as intervenções que influenciam a redução da prática de MGF/C, sendo realizada uma revisão sistemática de artigos revisados por pares até dezembro de 2021 nas bases de dados *PubMed*, *Medline*, *Web of Science*, *PsycINFO*, *EMBASE*, *CINAHL*, *BIOSIS*, *ASSIA* e *Scopus* (Abidogun *et al.*, 2022).

Nessa pesquisa foram selecionados doze dos 896 estudos encontrados conforme os critérios de inclusão adotados. Quanto às intervenções, as de curto prazo não produziram alterações na prática em oito estudos. Também, foram encontradas intervenções de marketing social e mídia mista em três, e um em pesquisa com abordagem multissetorial. Observou-se que a nível macro, podem ser realizadas intervenções para mitigar os casos de MGF/C por meio de leis e políticas voltadas para a saúde pública baseadas nos direitos humanos e na igualdade de gênero. Também, constatou-se maior eficácia das intervenções nos níveis macro, meso e micro no nível individual quando desenvolvidas ações multissetoriais que instigam as normas sociais (Abidogun *et al.*, 2022).

Os avanços com o marketing macrossocial em prol do bem-estar social são promissores na resolução dos problemas perversos enraizados na sociedade por meio do envolvimento dos três níveis sociais. Contudo, existem dificuldades no desenvolvimento desses trabalhos, tais como recentidade, interesses pessoais, tomadas de decisões inadequadas, conforme o tipo de abordagem normativa empregada (Lefebvre, 2013; Carvalho; Mazzon, 2015 & Kennedy, 2016). Também, há dificuldade de abordagem de problemas perversos envolvendo ações em nível micro, quando se necessita de ações nos três níveis (Duffy; Northey & Van Esch, 2017).

Além disso, podem ocorrer ameaças ao marketing macrossocial devido ao ponto de vista segmentado de alguns estudiosos da área que confundiam o pensamento sistêmico e a teoria dos sistemas. Diante disso, foi realizado um estudo apresentando-se as principais características da literatura de sistemas, da filosofia e da metodologia de marketing macrossocial como vantajosas na associação do pensamento sistêmico e da teoria de sistemas, mitigando as dificuldades da área. Assim, compreendeu-se que o marketing macrossocial trabalha o marketing social a nível up, mid e downstream visando a mudança sistêmica integral (Kennedy, 2015, 2016).

O marketing macrossocial trouxe uma nova perspectiva para a abordagem dos problemas perversos tanto na área da saúde como outras áreas por meio da atuação dos três níveis de modo sistêmico, visando a mudança de paradigmas e comportamentos que prejudicam a sociedade (Kennedy, 2015, 2016).

2.1.1 Câncer de mama na perspectiva do nível upstream

Na perspectiva do marketing macrossocial o nível *upstream*, primeiro nível a ser analisado, refere-se às ações realizadas no âmbito governamental, em seus distintos níveis, objetivando influenciar determinado produto ou serviço para o beneficiamento da comunidade como um todo, por meio da criação de políticas públicas e legislação específica a serem observadas. (Domegan, 2008; Kennedy & Parsons, 2012). Nesse contexto, esse subcapítulo discorre sobre essas ações que se enquadram nesse nível de análise.

As ferramentas empregadas, no nível *upstream*, com intuito de amenizar o impacto epidemiológico do câncer de mama pelo governo brasileiro, são realizadas por meio de políticas e programas de saúde pública visando ações de rastreamento e tratamento da doença, uma vez que o Estado tem como uma das responsabilidades de promover o bem-estar social dos indivíduos. Essas estratégias deverão ser responsáveis pela mudança de comportamento indesejáveis e efetivação da promoção de saúde. (Kennedy; Parsons, 2012; Carvalho & Mazzon, 2015).

A promoção da saúde eleva a condição de bem-estar, além de melhorar a qualidade de vida, mediante ao controle da saúde dos indivíduos e da comunidade em geral. Nesta perspectiva, as campanhas publicitárias para a promoção da saúde não podem ter como foco de intervenção exclusivamente o indivíduo, uma vez que faz parte da sociedade em que está inserido. As campanhas da saúde podem ser potencializadas quando envolvem tanto os indivíduos, quanto os grupos sociais e o governo (WHO, 2020 & Kennedy, 2016).

Castro e Santos (2014) afirmam que nas campanhas com discurso positivo são utilizadas mensagens de caráter emocional para influenciar o comportamento do indivíduo, tais como, campanhas de vacinação, pré-natal, combate à hipertensão, outubro rosa, alimentação saudável, dentre outras. Nas campanhas com discurso negativo, há uma veiculação de situações trágicas, como acidentes de trânsito violentos, sequelas do tabagismo, violência por drogas e outras que contém imagens de vítimas em estado crítico. Ambas as abordagens apesar de possuírem o mesmo objetivo impactam diferentemente o indivíduo, apesar de serem opostas.

Para Araújo e Cardoso (2007) e Freitas e Rezende Filho (2011), a eficiência das campanhas de promoção de saúde está diretamente relacionada à comunicação pela interface com a saúde e com as políticas públicas. Assim, tendo em vista a complexidade do câncer de mama e a necessidade de envolver os três níveis sociais, justifica-se a atuação do *marketing* macrossocial. Desse modo, estimula-se o envolvimento de indivíduos e grupos em ações de diagnóstico precoce nas estratégias de controle do câncer de mama. Além disso, as ações

governamentais são imprescindíveis para a mudança de comportamentos sociais (Huff *et al.*, 2017).

As campanhas publicitárias sobre o câncer de mama são essenciais para a divulgação ampla e pública de informações para o controle dessa neoplasia. É necessário apresentar esse conhecimento de maneira contextualizada, devido à interpretação individual dependendo dos valores socioculturais e como essas mensagens são entendidas nos grupos sociais. A importância da detecção precoce envolve indivíduos, sociedade e governo no combate ao câncer de mama. O engajamento dos pacientes com essa patologia depende não apenas nível *upstream*, por meio de campanhas e políticas governamentais, mas também do suporte familiar, da mídia, dos profissionais de saúde (Quintanilha *et al.*, 2019).

Apesar das campanhas do Outubro Rosa possibilitarem ações em prol do combate ao câncer de mama, alguns estudos têm revelado apontamentos de baixa qualidade e periodicidade aumentada das campanhas de marketing social sobre este tema, o que pode também ser observado em áreas diferentes da saúde (Rezende *et al.*, 2015; Pereira *et al.*, 2016; Veloso, 2019; Bueno & Cunha, 2023). Assim, percebe-se a necessidade de reforçar a propagação do conhecimento sobre o câncer de mama para a sociedade, ou seja, conscientizar acerca da importância das medidas preventivas e da conscientização e compreensão sobre o próprio corpo, para auxiliar na detecção precoce da doença (Veloso, 2019; Bueno & Cunha, 2023; Santos & Esquiavan, 2023).

Em relação às políticas governamentais, pode-se citar a Lei nº 8.922, de 25 de julho de 1994. Essa acrescentou um dispositivo no art. 20 da Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, permitindo a movimentação da conta vinculada quando o trabalhador ou qualquer de seus dependentes for acometido de neoplasia maligna. (Esquiavan, 2023).

Também, a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, dispôs sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabeleceu o prazo para seu início em 60 dias. Entretanto, a Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019 alterou a Lei nº 12.732/2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias. (Esquiavan, 2023).

No Brasil, em 2018, a Lei nº 13.733 estabeleceu o Mês de Conscientização do Câncer de Mama – Outubro Rosa –, período em que devem ser realizadas atividades como iluminar edifícios públicos com luzes cor de rosa; promover palestras, eventos e atividades educativas, além de divulgar campanhas na mídia e disponibilizar *banners*, folhetos e outros materiais ilustrativos de prevenção ao câncer de mama. (INCA, 2021).

Assim, o Outubro Rosa é considerado um movimento internacional de conscientização sobre o câncer de mama. Fundada no início dos anos 1990, pela Fundação Susan G. Komen for the Cure (INCA 2021). A data, é comemorada anualmente e tem como objetivo compartilhar informações e conscientizar sobre a doença; proporcionar melhor acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento, além de ajudar a reduzir a mortalidade (INCA, 2021).

A campanha de promoção da saúde do câncer de mama é conhecida como Outubro Rosa, como iniciativa da *Imperial Chemical Industries* (Reino Unido) desde 1985, sendo patrocinada pela farmacêutica Zeneca, a partir de 1993, seguida por diversas empresas setoriais. O objetivo da campanha enfatiza o rastreamento com mamografia, o exame físico clínico e autoexame das mamas. Essas estratégias envolvem a participação da população. Contudo, mostra estratégias de comunicação com interesses comerciais distante do objetivo, ao restringir a participação das mulheres na tomada de decisão (Baquero *et al.*, 2021).

O Quadro 3 apresenta alguns acontecimentos históricos relacionados às campanhas de Outubro Rosa segundo Baquero *et al.*, (2021) e Oncoguia (2015).

Quadro 1

Acontecimentos da campanha Outubro Rosa

Período	Acontecimentos
USA United States of America (Oncoguia, 2015)	
Década 90	Em Nova York, a Instituição Susan G. Komen for the Cure promoveu a primeira “Corrida pela cura”, distribuindo laços cor de rosa que simbolizavam a ação para as participantes do evento. A partir de então, o governo americano declarou outubro como o mês oficial para a conscientização do controle ao câncer de mama. Em 1997, as cidades de Yuba e Lodi da Califórnia, nomearam o evento de Outubro Rosa que passou a ser uma ação de mobilização mundial.
BRASIL (Baquero <i>et al.</i> , 2021)	
2002	Grupo de mulheres conseguiu o apoio privado para iluminar de rosa o Mausoléu do Soldado Constitucionalista, em São Paulo.
2008 - 2009	Diversas entidades ligadas ao câncer de mama iluminaram de rosa monumentos e prédios em suas cidades.

2010	INCA promoveu espaços de discussão, divulgando e disponibilizando seus materiais informativos para profissionais e para a sociedade.
------	--

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

De acordo com o INCA (2021), a campanha Outubro Rosa tem crescido desde 2010 com o advento de eventos técnicos, discussões positivas e apresentações. Além disso, destaca a realização do autoexame das mamas, com atenção aos sinais de modificações suspeitas e estímulo para realização de exame monográfico, a cada ano, para a faixa etária de 50 a 69 anos.

Entretanto, conforme Migowski (2021), a pandemia de Covid-19 impactou a saúde mundial, diminuindo o rastreamento de câncer globalmente por múltiplos fatores, tais como isolamento social, medo de contaminação, entre outros. Além disso, houve uma redução das pesquisas de buscas digitais sobre o tema, quando comparadas com as patologias crônicas em geral. Ultrapassada a fase crítica da pandemia, ocorreu a volta do interesse pelo Outubro Rosa, na tentativa de retomar o trabalho de diagnóstico precoce, com estratégias mais efetivas, para compensar o atraso no diagnóstico de câncer (INCA, 2021).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) faz parte desse movimento desde o ano de 2010, patrocinando eventos técnicos, debates e apresentações sobre o tema, além de criar materiais e outros recursos educativos para divulgar informações sobre fatores de proteção e detecção precoce do câncer de mama (INCA, 2021).

As campanhas do Outubro Rosa do Governo Federal Brasileiro abordam temáticas relacionadas à conscientização da necessidade de diagnóstico precoce do câncer de mama. Em 2019, a campanha teve como tema “Cada corpo tem uma história. O cuidado com as mamas faz parte dela”. O objetivo de 2019 foi robustecer as recomendações para o rastreamento e o diagnóstico precoce do câncer de mama (Oncoguia 2020).

Nessa campanha em parceria com o INCA foi lançada a cartilha “Câncer de mama: vamos falar sobre isso? ”, para informar mitos e verdades e reduzir o temor agregado à doença. A cerimônia ocorreu no edifício-sede do INCA, sendo apresentada a palestra “A situação do câncer de mama no Brasil” pela diretora-geral, Ana Cristina Pinho. Também, foi debatido o tema “Juntos, enfrentando o medo” por profissionais de saúde, representantes da sociedade civil com a mediação pela jornalista Luana Bernardes, da rádio *Bandnews* FM. Essa discussão pretendia atacar os estigmas da doença, de tal forma que a população participasse das ações de saúde e do combate pelos direitos ao tratamento pelo Sistema Único de Saúde. Assim, houve o estímulo a uma rede de solidariedade para resgatar a autoestima das mulheres que não

conversam com a família sobre o problema, e para disseminação do conhecimento (INCA, 2019, Oncoguia, 2020).

Em 2020, o tema da campanha Outubro Rosa foi o “Cuidado com as mamas, carinho com seu corpo”. Em função da pandemia de Covid-19, a campanha do Outubro Rosa foi virtual pelo canal do INCA no *Youtube*, sendo a primeira palestra ministrada pela sanitarista Mônica de Assis, da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. A palestra foi “Câncer de mama: o que toda mulher precisa saber”. Teve como finalidade esclarecer as medidas que devem ser tomadas pela população feminina para prevenir o câncer de mama, quando procurar atendimento médico em casos suspeitos de alterações na mama e a faixa etária recomendada para realizar a mamografia de rastreamento. As dúvidas da população foram enviadas pelo *e-mail* webinar@inca.gov.br (INCA, 2020 & Oncoguia, 2020).

O INCA também divulgou o movimento em prol da conscientização “Quanto antes melhor”. O objetivo foi atrair o público-alvo feminino para a adoção de alimentação saudável e atividades físicas. Com isso, esperava-se uma atenção maior desse público, especialmente em um período em que o *screening* para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama estavam abalados, devido à pandemia da Covid-19. Então, havia necessidade de retomar as ações para mitigar os efeitos comprometedores desta patologia (INCA, 2020).

Apesar das orientações que o controle e o tratamento dos pacientes oncológicos deveriam ser mantidos (INCA, 2021), a pandemia da Covid-19 fez com que o diagnóstico precoce da doença deixasse de ser prioridade, em detrimento do isolamento social determinado pelas políticas públicas para contenção da transmissão do vírus.

No ano de 2021, o tema da campanha Outubro Rosa foi “Eu cuido da minha saúde todos os dias, e você? A campanha proporcionou a reflexão sobre a desigualdade na acessibilidade à mamografia da população feminina de diferentes faixas econômicas e regiões do país. Durante a campanha, o MS (Ministério da Saúde) informou que havia editado uma portaria realizando um aporte de R\$ 173 milhões a estados e municípios de todas as regiões do Brasil, voltado para as ações de diagnóstico precoce da neoplasia mamária, em meio à pandemia do novo coronavírus, no ano anterior. O INCA promoveu palestras com os temas “Panorama epidemiológico do câncer de mama no Brasil”; “Rastreamento de câncer de mama no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (PNS)”; “Número de casos e gastos com câncer de mama no Brasil atribuíveis à alimentação inadequada, excesso de peso e inatividade física”; “Os Desafios do Cuidado com a Saúde: O que Podemos Fazer? ” Por fim, “Como hábitos saudáveis viraram uma rotina para mim”, sendo nessa última, apresentado o relato de uma paciente Walkyria dos Reis Nadaz, em tratamento no Hospital do Câncer III. Essas temáticas

foram voltadas aos profissionais de saúde e à população em geral, com transmissão pela TV Inca. Assim, foi possível abordar o debate sobre o controle do câncer de mama para todas as regiões do país pós-fase crítica da pandemia de Covid-19 (INCA, 2021).

Destarte, as campanhas do Outubro Rosa promovidas pelo Governo Federal, em parceria com o INCA, são responsáveis por transmitir à população feminina, temáticas de conscientização sobre a importância do diagnóstico precoce da neoplasia maligna mamária. Com isso, pode-se reduzir o impacto da elevação da morbimortalidade por essa doença, quando descoberta tardiamente (INCA, 2021).

2.1.2 Câncer de mama na perspectiva do nível midstream

O nível *midstream* engloba as influências sociais que possam interferir no comportamento individual. Compõem esse nível de influência familiares, colegas, vizinhos, amigos, suporte psicológico, casas de apoio, ONGs não governamentais, entidades, escolas, empresas privadas, mídias e celebridades, entre outros (Macfadyen *et al.*, 1999; Andreasen, 2003; Domegan, 2008; Kennedy & Parsons, 2012).

No caso do câncer de mama, a aplicação do nível *midstream* se relaciona às ações que objetivam mudança de comportamentos indesejados no indivíduo, por meio da atuação de agentes que se encontram próximos a ele, e sejam capazes de influenciá-lo positivamente a abandonar determinada atitude em favor do bem-estar social. Esses influenciadores podem ser parentes, vizinhos, amigos, dentre outros (Huff *et. al.*, 2017).

De acordo com McDaniel, Hepworth e Doherty (1994), a família da paciente com câncer de mama serve como rede de suporte social. A preocupação com a sobrevivência do enfermo gera a união e uma reorganização do grupo familiar, na expectativa de satisfazer as necessidades. Queiroz e Gimenes (1997) afirmam que, no decorrer da doença, a atenção dos familiares se volta para as habilidades básicas para suportar a terapêutica médica, além da reintegração social da mulher pós-mastectomia. Entretanto, quando o tratamento não apresenta resultado satisfatório, a família se direciona para os cuidados paliativos e começa a trabalhar a questão do luto (Santana, 2000; Aprilianto, Lumadi & Handian, 2021).

Tavares e Trad (2010) estudaram as principais estratégias que as famílias de mulheres com câncer de mama utilizaram para lidar com a doença. Foram abordados como as famílias lidam com o processo da doença com o tratamento e seu impacto no cotidiano das suas relações. Os resultados mostraram preocupação com a resolução de problemas, na inibição de ações e pensamentos considerados prejudiciais à paciente.

Também, corroborando os autores citados anteriormente, o apoio familiar é a principal fonte de apoio social, sendo os maridos, as mães e filhos, seguidos pelos amigos os pilares no tratamento do paciente diagnosticado com câncer. A explicação é devido à forte confiança que neles se deposita e a motivação para continuar o tratamento (Wondimagegnehu *et al.* 2019; Vassilievitch, 2020 & Li, *et al.*, 2023).

Além do suporte familiar, a religiosidade e a espiritualidade do paciente podem colaborar na compreensão acerca da doença, erigindo estratégias de enfrentamento durante o diagnóstico e tratamento do câncer (Macêdo, Gomes, & Bezerra, 2019). A espiritualidade também traz benefícios para os pacientes por meio de comportamentos, por gerar sensações de esperança, amor e fé, além de se mostrar como um componente valioso nessa fase da vida. As circunstâncias que a espiritualidade destaca estão relacionadas aos períodos de estresse emocional, quadros de doenças e morte (Fabiano, 2023).

O suporte psicológico destinado ao paciente com neoplasia maligna de mama, como parte do nível *midstream*, foi enfatizada Dinapoli, Colloca, Di Capua, e Valentin (2021), como forma de amenização do sofrimento psicológico causado pelo diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Sentimentos de falta de esperança, angústia, tristeza, depressão, medo da recidiva do tumor, dificuldades de lidar com as mudanças do corpo, efeitos colaterais da radioterapia e quimioterapia, além de medo da morte podem ocorrer. Neste contexto, o apoio psicológico é recomendado em todas as fases do tratamento.

As mídias sociais foram mostradas como fortes influenciadoras do nível *midstream* sobre o câncer de mama. Entre essas mídias temos a televisão, o rádio, a internet como os meios preferidos, contrapondo ao jornal e à revista impressos como meios menos acessados. Entretanto, a internet tem correlação com a idade e a escolaridade (Netto, 2019; Campos, 2020 & Cohen & Tijerina, 2020).

Outro fator importante para análise das mídias é a disponibilidade e custo de acesso. Assim, nas regiões que não existe custo, o jornalismo digital é favorito em relação às publicações em papel (Netto, 2019). Assim, para que haja conscientização e mudança de atitude comportamental é preciso colaboração e integração entre diversos protagonistas que exercem poder e capacidade de alteração do pensamento do indivíduo, como a mídia e os legisladores (Andreasen, 2006; Domegan, 2008; Wymer, 2011; Kennedy 2016 & Parsons, 2012).

As pesquisas mostram que na Tanzânia, 83,1% dos entrevistados tinham informações sobre o tema por meio dos programas de rádio e televisão. Esses resultados vão ao encontro

desses tipos de trabalho no Brasil, em que 90% dos brasileiros são informados pela televisão e 26% têm preferência pela internet (*sites/portais/blogs*) (Campos, 2020).

O estudo de Alqahtani *et al.*, 2021 na Arábia Saudita, com 500 participantes, constatou que 52% das mulheres tiveram informações sobre o câncer de mama pelas mídias sociais, enquanto 8,8% tiveram informações pela equipe de saúde. A televisão representou 19,8% como fonte de disseminação de informações (Campos, 2020).

As celebridades com história de câncer de mama ou predisposição aumentada para a doença estimulam as mulheres a procurarem informações sobre essa patologia. Essa divulgação de informações revigora a importância do assunto mostrando seu impacto nos veículos das mídias sociais por atrizes tais como Ana Paula Furtado, Patrícia Pillar, Angelina Jolie, entre outras (Netto, 2019).

Na perspectiva *midstream*, também, temos as casas de apoio às pessoas com câncer, atuando no acolhimento e suporte aos pacientes e seus acompanhantes. O tratamento do tumor pode envolver longo período, sendo necessário o deslocamento da cidade onde reside para centro de referência oncológica. Isso pode provocar perturbações físicas, emocionais e financeiras (Wakiuch *et al.*, 2017). Assim, a casa de apoio desenvolve uma rede de suporte à mulher e seus familiares capaz de estruturar um grupo em prol da melhoria da qualidade de vida durante o processo de tratamento (Alves *et al.*, 2012).

Na pesquisa de Cortes, Sitja, Balk (2022), o perfil dos acompanhantes das pacientes com câncer de mama tinha a média de idade de 44,69, sendo a idade mínima 21 anos e a máxima 69 anos. Quanto ao gênero, 76,9% eram mulheres e 30,8% possuía o 1º grau incompleto. Também, cerca de 46% eram filhas (os), 23% irmãs (os), 15% esposas (os) e noras. Em relação ao tempo gasto no cuidado, 69,2% despendiam cuidado integral às pacientes.

Percebe-se que o nível *midstream* tem aspectos de reconhecimento de que a angústia e o sofrimento podem ser amenizados pela empatia e solidariedade dos amigos, familiares, suporte psicológico dos profissionais de saúde, das atrizes que venceram a doença e acolhimento nas casas de apoio. Essas ações de apoio emocional nesse nível podem gerar confiança capaz de produzir manifestação comportamental que fortalece o indivíduo na luta para derrotar o câncer (Li *et al.*, 2023).

2.1.3 Câncer de mama na perspectiva do nível downstream

O nível downstream se relaciona aos comportamentos e ações individuais, considerado sob a perspectiva micro. Compreende um aspecto de difícil abordagem, uma vez que é influenciado pelo demais níveis (upstream e downstream) (May & Previte, 2016). As ações

desse nível têm como objetivo realizar mudanças de comportamentos indesejados no indivíduo visando o bem-estar da sociedade. (Huff et al., 2017).

Portanto, pretende-se discorrer nesse subcapítulo sobre aspectos relacionados ao nível individual e que podem influenciar tanto no diagnóstico precoce quanto no resultado das medidas cautelares previstas para o câncer de mama. Entre esses aspectos podem ser elencados o tabu, o estigma decorrente da patologia mamária maligna e a percepção da mulher quanto à sua condição de cura e relacionamentos sociais.

O câncer de mama tem vários fatores de risco, porém a desinformação também interfere nas neoplasias, por meio dos tabus que envolvem a doença, prejudicando o diagnóstico precoce do câncer e o tratamento em tempo hábil (Davim *et al.*, 2003; Zare *et al.*, 2013 & Oncoguia, 2020).

O tabu é definido como um conjunto de restrições a que os povos estão submetidos e convencidos da punição diante da desobediência, ou seja, são proibições em que não se conhece o porquê das mesmas, apenas as cumprem rigorosamente, segundo Freud (2013). O tabu é apresentado como uma definição de linguagem associada à frases ou termos proibidos, que tratam de conteúdos individuais como morte, sexo, normas morais, tradições, objetos, comida e outros termos que deixam os envolvidos na discussão em situação desconfortável (Allan & Burrige, 2006).

Para Xavier (2021), as expressões relacionadas ao tabu são transformadas por um segmento social, que, ao longo do tempo, passa a ser associado a algo proibido e inadequado em alguns contextos. O tabu também remete a um conceito de algo proibido, que é respeitado, não discutido. Assim, para falar de tabu, é preciso que o objeto esteja associado ao conteúdo cultural dos distintos grupos sociais. O uso de tabus possibilita um conjunto de regras capaz de controlar o ser humano em sua expressão natural e adaptá-lo à vida em sociedade (Freud, 2013).

Neste contexto, os tabus impactam o diagnóstico precoce e o tratamento do câncer de mama, ou seja, podem auxiliar no retardamento da neoplasia. Com isso, a propedêutica e terapêutica, quando realizadas em fase avançada, podem levar à mutilação da paciente, interferindo tanto na percepção de sua beleza física bem como na sua autoestima (Gomes *et al.*, 2018); Ginés, 2020; INCA, 2021).

A autoestima, diferente do tabu, pode ser conceituada como a avaliação que a pessoa faz de si mesma. Remete a um sentimento de valor próprio e afetividade pessoal, sendo que essa valorização da própria imagem se expressa em uma atitude de aprovação ou rejeição do que se é (Romano *et al.*, 2007).

A autoestima, nesse contexto, pode ser entendida como uma avaliação pessoal em que inclui pensamentos e sentimentos que o indivíduo faz sobre si mesmo, considerando suas limitações e expectativas. É um construto que mostra o quanto o indivíduo se ama, como se vê e o que pensa de si, tornando-se assim um sentimento de autovalor e autoaceitação). Por exemplo, a percepção da beleza humana pode ser vista como fator dominante na autoestima. Essa beleza é muitas vezes reduzida a traços físicos específicos, como os traços faciais, a definição do corpo, a cor dos olhos, cabelos e pele, juventude, resistência à doenças e sinais indicativos de saúde e capacidade reprodutiva deste indivíduo (Avelar & Veiga, 2013).

Considerando os desafios que são vivenciados a partir do momento em que se tem o diagnóstico de câncer de mama, este acaba por impactar a autoestima e por consequência a percepção de beleza dessas mulheres (INCA, 2021). Segundo Silva Moschen *et al.*, (2021), apesar do progresso científico, as incertezas acerca do tratamento e seus efeitos colaterais permanecem altas. A possibilidade de se realizar uma mastectomia total ou parcial pode trazer muitas mudanças psicológicas, pois a mama é um órgão icônico relacionado à feminilidade, maternidade, sensualidade e à própria identidade da mulher. Com a retirada total ou parcial da mama, a mulher vivencia alterações expressivas nas dimensões física, emocional e social.

Nesse contexto, a remoção parcial ou total das mamas pode acarretar alterações na imagem corporal e evocar sentimentos e emoções permeados por simbolismos e significados que afetam diretamente a autoestima da mulher. Tal percepção, vivida de forma intensa por essas mulheres, pode promover impactos negativos em suas vidas, acarretando sofrimento emocional e modificações na forma como interagem socialmente (Santosa *et al.*, 2018; Piffer *et al.*, 2022 & Sala *et al.*, 2022).

Além do medo da morte, um diagnóstico positivo de câncer de mama traz consigo a incerteza sobre o que pode acontecer com seu corpo, uma vez, que o tratamento pode resultar na queda de cabelo, ganho de peso, problemas de pele, enfraquecimento das unhas, diminuição da libido, entre outros. Tais mudanças corporais também afetam negativamente a autoimagem da mulher, causando desconforto e/ou falta de aceitação, ao se olhar no espelho (Santosa *et al.*, 2018 & Piffer *et al.*, 2022).

O câncer de mama é a forma de neoplasia maligna mais temida pelas mulheres, pois afeta a percepção da sexualidade e da imagem corporal. Uma das consequências desse impacto psicológico nas mulheres refere-se aos desfechos que o tratamento da doença acarreta, em alguns casos mutilador, mudanças na sua autoimagem, além de mudanças psicológicas, emocionais e sociais (Brasil, 2002; Makluf *et al.*, 2006 & Piffer *et al.*, 2022).

A reconstrução mamária é descrita na literatura como um momento apaziguador do tratamento, pois, além de diminuir o trauma da mutilação, propicia a recomposição da autoestima e autoimagem, e o restabelecimento de sentimentos de plenitude e feminilidade. A mulher mastectomizada tem direito à cirurgia reconstrutiva, que pode ser realizada em condições clínicas favoráveis no pós-operatório imediato ou tão logo seja factível (Alves *et al.*, 2012; Dinapoli *et al.*, 2021 & Sala *et al.*, 2022).

Outro ponto a considerar no nível *downstream* é sobre o estigma. De acordo com Goffman (1975), a definição de estigma envolve a ideia da presença física entre estigmatizados e normais. A relação social diária é estabelecida entre pessoas previstas e esperadas. A aproximação de um estranho gera nas pessoas normais pré-conceitos que são transformados em expectativas normativas. Assim, os grupos sociais determinam e criam categorias e atributos para os indivíduos dentro da sociedade, estabelecendo o que é considerado natural e comum para os participantes desse grupo, sendo a inconformidade desses atributos denominada de estigma (Goffman, 1975).

Existem questões ligadas ao estigma e ao preconceito do câncer de mama que se encontram enraizadas na cultura de nossa sociedade na qual correlacionam essa patologia à mutilação ou à morte (Lima *et al.*, 2023). Corroborando com essa ideia, Stolaghi, Evangelista e Camargo (2008) apontam que algumas patologias impactam tanto o paciente quanto seus familiares em razão do estigma que trazem consigo. Isso gera fragilidade por abalar emocionalmente suas relações sociais. Também, Maia (2005) sustenta que a descoberta do câncer pode ser entendida como uma sentença de morte que se intensifica à medida que a conscientização se expande como uma situação real.

Estudos demonstraram a presença do estigma do câncer, quando diagnosticado por parte dos indivíduos, pois estes percebem a morte como possibilidade concreta e sentem necessidade de um acolhimento por um profissional especializado sanando dúvidas e encorajando o tratamento proposto. Assim, a importância do nível *downstream* relaciona-se a vários aspectos para superados no processo dessa doença no indivíduo (Ambrósio & Santos, 2011; Maanasa *et al.*, 2022 & Li *et al.*, 2023).

2.2 Pensamentos Sistêmico e Teoria Institucional

Neste subcapítulo serão abordados alguns preceitos teóricos para os problemas perversos dentro do marketing macrossocial, com base no pensamento sistêmico e na teoria institucional para a mudança comportamental duradoura desde o processo nas instituições organizacionais e individuais.

A mudança comportamental em prol da sociedade no nível macro foi analisada com base na teoria institucional para entender como ocorrem as modificações nos sistemas culturais. Esses são constituídos por valores, regras e normas de comportamento dentro do sistema social. Uma alteração por um dos integrantes do sistema implica em um custo social que pode ser explicado pelo pensamento institucional (Arndt 1981; Dixon 1984; Kennedy & Parsons, 2014).

Neste sentido, um problema perverso necessita da atuação de múltiplos atores dentro do sistema para promover uma mudança comportamental efetiva dentro das normas institucionais, configurando assim o pensamento sistêmico (Kennedy, 2016; Ertekin & Atik 2015). Esse pensamento interconecta os diversos níveis da sociedade nos casos em que requer mudança sistêmica (Hastings & Domegan 2014).

O sistema de marketing, incluso como subsistema econômico, é delimitado pelo agrupamento de componentes que o constituem, tais como redes, empresas, grupos e indivíduos. Essa definição estabelece os limites do sistema. A comunicação entre os sistemas acontece por meio oficial das instituições sociais, sendo retroalimentada por *loops de feedback*. Também, ocorre interação entre os sistemas cultural, social e econômico (Dixon, 1984 & Layton, 2007).

O pensamento sistêmico é capaz de promover mudanças em todo o sistema. Associá-lo à teoria institucional permite alterações efetivas a nível macro, pois disponibiliza uma estrutura de intervenções para atuação dos atores do sistema nos problemas perversos. Assim, as mudanças nas normas institucionais sociais são processadas pelo sistema, pois o marketing macrossocial aplica o marketing social de forma integral para promover modificações sistêmicas, em oposição à mudança apenas no nível individual (Kennedy, 2016).

A teoria dos sistemas refere-se à relação entre todos os sistemas sociais, culturais, sistema de marketing e ambientes materiais com os problemas perversos (Dixon, 1984), enquanto a teoria institucional procura explicar como a modificação sistêmica pode ser utilizada por meio do marketing macrossocial (Kennedy, 2016).

Neste contexto, o processo do compartilhamento da realidade fundamentado em um conjunto de normas e regras sociais de comportamento é denominado de institucionalização. Essas regras e normas que permeiam os comportamentos aceitáveis e inquestionáveis ocorrem em diversos sistemas sociais, tais como trabalho, religião família dentre outros (Berger & Luckmann, 1967; Zucker, 1977; Dimaggio, 1988; Dimaggio & Powell, 1983 e 1991 & Scott 1987, 1994).

A criação de valores institucionais por meio das regras e normas determinam uma coerção do comportamento dos indivíduos na sociedade. Isso difere do ponto de vista do

marketing microssocial e macrossocial. O primeiro almeja uma alteração no comportamento do indivíduo, enquanto o segundo visa uma mudança duradoura com a criação de normativas estruturais e ampliadas do sistema (Zucker, 1983).

É importante salientar que cada instituição tem seu conjunto de valores, crenças, práticas e códigos. São esses atributos que constituem os sistemas. Sendo assim, qualquer mudança exige uma alteração na instituição que as governam, indicando a vontade de uma reforma social e alterações nas funções e resultados. Assim, essas modificações são classificadas como informais, formais e filosóficas. Elas dependem da aceitação pelos indivíduos para que ocorra a efetivação da mudança desejada (Dixon, 1984; Hastings & Domegan, 2014; Krisjanous 2014; Layton, 2014 & Kilbourne & Mittelstaedt, 2006).

Em relação às instituições sociais, incluindo o marketing, há normas institucionais culturais-morais e normas econômicas-tarefa. A primeira é composta por regras representacionais, constitutivas e normativas, processos regulatórios (leis), sistemas de significado e padrões de comportamento. A segunda compreende o uso de tecnologias e rotinas que assegurem um gerenciamento austero para as organizações (Meyer & Rowan, 1997; North, 1986 & Scotch, 1994).

Dessa forma, a mudança em nível macro requer que o comportamento desejado seja internalizado como normativo por meio da institucionalização. Esse processo deve ser instituído de valor, além da ação original para que seja aceito pela sociedade. O marketing macrossocial deve promover novas normas institucionais, de acordo com o objetivo almejado em todos os níveis do sistema, por meio de ações até que sejam internalizadas e perpetuadas pelos indivíduos (Kennedy, 2016).

Assim, o marketing macrossocial procura fomentar uma mudança em todo o sistema, além de estimular a mudança de normas e regras institucionalizadas que favorecem a perpetuação dos problemas perversos. Para isso, as normas institucionais desejadas devem ser infiltradas na sociedade para que aconteça a alteração sistêmica desses problemas enraizados na sociedade (Domegan, 2008; Kennedy & Parsons; 2012; Kennedy, 2016).

3 CÂNCER DE MAMA: CONTEXTUALIZAÇÃO E CENÁRIO

Neste capítulo, são abordados o conceito, magnitude, a faixa etária, os fatores de risco, a sintomatologia, o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama.

3.1 Conceito

De acordo com Orlandini (2021), o câncer de mama é uma neoplasia heterogênea multifatorial provocada pela proliferação desordenada de células anormais no tecido da mama com formação tumoral local ou disseminada, acometendo, principalmente, as mulheres.

Inicialmente, o crescimento do câncer está confinado ao ducto ou lóbulo ("*in situ*"), onde normalmente não resulta em sintomas e tem um potencial mínimo de disseminação (metástase). Com o tempo, esses cânceres *in situ* (estágio 0) podem progredir invadindo o tecido mamário circundante (câncer de mama invasivo) e se espalhar para os linfonodos próximos (metástases regionais) ou outros órgãos do corpo (metástases à distância) (WHO,2020).

3.2 Magnitude do câncer de mama

O câncer é compreendido como um complexo problema de saúde pública nacional e universal, em decorrência de sua relevância epidemiológica, social e econômica. A doença contempla fatores biológico-endócrinos, vida reprodutiva, comportamento e estilo de vida. Portanto, é heterogênea e multifatorial (WHO,2020). A prevenção primária está diretamente associada ao controle dos fatores de risco, principalmente aqueles relacionados ao estilo de vida e detecção precoce por meio da triagem do paciente (Costa *et al.*, 2021).

O câncer de mama é a neoplasia maligna de maior prevalência mundial conforme a *Internacional Agency for Research on Cancer* (IARC, 2020) e de maior ocorrência no sexo feminino (WHO, 2020). A porcentagem do número de novos casos de câncer de mama é de 11,7 % enquanto para o câncer de pulmão é de 11,4 %, colorretal de 10%, próstata de 7,3%, estômago de 5,6%, fígado de 4,7%, colo uterino de 3,1% e outras neoplasias malignas 46% conforme divulgado pelo IARC (2020).

Quanto às taxas de mortalidade mundial, constata-se que variam conforme o desenvolvimento do país, isto é, quanto menos desenvolvido o país, maior a probabilidade de morte por câncer de mama (Costa *et al.*, 2021). Neste contexto, exemplifica-se a taxa de incidência de mulheres diagnosticadas na Europa de 13,3 %, tendo a taxa de mortalidade de 7,3 % conforme o *OncoNews* em 2020. Enquanto no Brasil a taxa da incidência é de 61,6 % e a taxa de mortalidade 16,1 % conforme dados do INCA em 2019.

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais incidente em mulheres de todas as regiões no Brasil. A estimativa para o ano de 2024 aponta os números de casos novos para o Centro-oeste com 4.950, Nordeste com 15.690, Norte com 2.410, sudeste com 39.330, Sul com 11.230. Isso demonstra que as taxas de incidência nas regiões Nordeste e Sudeste são maiores em relação às regiões do país (INCA, 2022).

Quanto ao câncer de mama no sexo masculino, a taxa de incidência é baixa, cerca de 1%. No entanto, como os homens não realizam o rastreamento periodicamente, o diagnóstico costuma ser tardio, elevando-se a taxa de mortalidade. A distribuição proporcional dos dez tipos de câncer com maiores incidências estimadas para 2023 no homem, excluindo a pele não melanoma, são próstata 29,1 %; cólon e reto 8,2 %; traqueia, brônquio e pulmão 7,2 %; estômago 4,8 %; cavidade oral 3,9 %; esôfago 3,4 %; bexiga 3,0 %; Linfoma não Hodgkin 2,7%; laringe 2,7% e sistema nervoso central 2,8% (INCA, 2022).

Na mulher, a distribuição proporcional dos dez tipos de câncer com maiores incidências estimadas para 2023, excluindo a pele não melanoma, são mama 28,1 %; cólon e reto 8,3 %; colo uterino 8,2 %; cólon e reto 8,3 %, traqueia, brônquio e pulmão 6,5 %; glândula tireoide 5,9 %; estômago 3,2 %; ovário 2,8 %; corpo do útero 3,2 %; sistema nervoso central 2,5% e pâncreas 2,1 % (INCA, 2022).

Constata-se a relevância do câncer de mama, como questão de saúde pública, em especial para as mulheres e sua detecção precoce uma das mais importantes medidas na luta contra essa patologia. Dado que, a cada três casos dessa doença um pode ser tratado e curado, se diagnosticado precocemente, além da preservação da mama (Couto *et al.*, 2017 & INCA, 2021).

3.3 Fatores de risco

Dentre os fatores de risco, associados ao crescimento do risco de câncer de mama na mulher, destacam-se: idade, sexo, histórico familiar, mutações gênicas, fatores reprodutivos, hormonioterapia exógena, hábitos de vida, obesidade, radioterapia de parede torácica e densidade mamária (Almeida *et al.*, 2021 & Leite; 2021).

Os fatores de risco podem ser classificados como modificáveis e não modificáveis. Podem ser considerados exemplos de situações modificáveis o consumo de álcool, tabagismo e obesidade. Um exemplo de condição não modificável é o histórico familiar. Assim, verifica-se que o espectro variável dos fatores de risco se alia às peculiaridades de cada paciente e o processo de carcinogênese culmina em uma patologia complexa com múltiplas possibilidades clínicas e histológicas (Almeida *et al.*, 2021; Leite; 2021 & Li *et al.*, 2023).

A idade avançada é o principal fator de risco, pois ocorre o acúmulo de exposições aos fatores de risco ao longo da vida, bem como o envelhecimento do organismo em função do ritmo biológico próprio da vida. A terceira idade apresenta maior incidência de câncer de mama com aproximadamente 50 % dos casos na faixa etária entre 55-74 anos (Araújo *et al.*, 2010; Tsaras *et al.*, 2018, Buranello *et al.*, 2021; Cortes, Sitja & Balke, 2022; Li *et al.*, 2022; Assi, 2013 & Nih, 2022).

Entretanto, quando o acometimento ocorre em mulheres jovens, há uma propensão a desenvolvimento de tumores malignos de pior prognóstico. A grande maioria dos casos incide a partir dos 50 anos e raramente em mulheres jovens (WHO, 2018;). Nesse contexto, cerca de 7% dos casos de câncer de mama ocorre em mulheres antes dos 40 anos de idade (Tsaras *et al.*, 2018, Buranello *et al.*, 2021; Cortes, Sitja & Balke, 2022; Li *et al.*, 2022; Assi, 2013 & Nih, 2022). Entre os fatores comportamentais e ambientais estão compreendidos o uso nocivo de álcool, tabagismo, sobrepeso e a obesidade, o sedentarismo, alimentação pobre em nutrientes (Inumaru *et al.*, 2011; Anothaisintawee *et al.*, 2013; WHO, 2020 & IARC, 2020). Adicionalmente, a exposição à radiação ionizante em doses altas ou moderadas, ou mesmo doses baixas e frequentes, aumentam o risco de câncer de mama (Adami *et al.*, 2008).

A menarca precoce e a menopausa tardia são consideradas fatores de risco e ocorrem com a primeira menstruação inferior aos 12 anos. Quando há cessação da menstruação após os 55 anos, sucedem, respectivamente; a primiparidade tardia, isto é, após os 30 anos; a nuliparidade, ou seja, aquela mulher que nunca gerou filhos biológicos; o uso de contraceptivos orais e a terapia de reposição hormonal pós-menopausa (WHO, 2020 & IARC, 2020).

Em relação aos fatores genéticos, foram identificados dois genes de suscetibilidade ao câncer de mama relacionados à manutenção da estabilidade do ácido desoxirribonucleico (DNA), com mutações que podem resultar na síndrome hereditária de câncer de mama e ovário. São eles, o BRCA1 e o BRCA2. (Easto, 1995 & Wooster *et al.*, 1995). Esses fatores de caráter hereditário correspondem à 5 % a 10 % da totalidade diagnosticada (Adami *et al.*, 2008).

De acordo com a *Breast Cancer Association Consortium* (2021), as mutações em certos genes, tais como BRCA1, BRCA2, PALB2, CHEK2, BARD1, ATM, RAD51C, RAD51D e TP53 relacionam -se ao câncer de mama, sendo que o BRCA1, BRCA2, e o TP53 são os principais genes supressores tumorais relacionados às síndromes hereditárias de câncer de mama e ovário.

Das pacientes com diagnóstico positivo para a patologia maligna, 15% têm histórico familiar de câncer de mama. Assim, um indivíduo com parentela, na linhagem de primeiro grau, com câncer de mama tem possibilidade dobrada de risco para desenvolver a doença. Caso haja

duas pessoas com parentesco de primeiro grau com câncer de mama, o risco triplica. A presença de um familiar de primeiro grau com câncer de ovário, dobra o risco para incidência do tumor maligno de mama (Adami *et al.*, 2008 & Oncoguia, 2020).

3.4 Sintomatologia

Estudos revelam que, em 90 % das mulheres, o câncer de mama se manifesta com o aparecimento de nódulo fixo, não doloroso, que pode ser identificado pela própria paciente ao exame físico. Outros sinais sugestivos dessa patologia são alterações mamárias, tais como, rubor cutâneo, retração da pele ou aspecto de casca de laranja, inversão mamilar, descarga papilar anormal, presença de nódulos axilares ou cervicais. Estes sinais e sintomas podem ser descobertos no autoexame das mamas. (WHO, 2020). Entretanto, nem sempre são diagnosticados devido ao conhecimento insuficiente das mulheres (Araújo *et al.*, 2010; Coleman, 2017; Ghofranipour *et al.*, 2020 & Nazari *et al.*, 2021).

Quando ocorre a disseminação das células neoplásicas para outros órgãos, tais como para o cérebro, pulmões, fígado e ossos, novos sinais e sintomas podem surgir, como dor óssea, dores de cabeça, dentre outros. Entretanto, cerca de 90% das massas mamárias não são malignas, podendo se apresentar por fibroadenomas e cistos, assim como infecções (INCA, 2019; Miller *et al.*, 2000 & WHO, 2020).

A demora para o aparecimento das alterações sugestivas de neoplasia mamária, serve como alerta para a mulher procurar o serviço de saúde o mais breve possível, mesmo nos casos de ausência de dor. Quanto mais precoce o diagnóstico e o início do tratamento, melhor o prognóstico (Miller *et al.*, 2000; WHO, 2020 & Nazari *et al.*, 2021).

Existe um protocolo de cuidado do câncer de mama no Brasil compreendendo os três níveis de atenção em saúde pública. Na atenção básica, a consulta com um médico generalista ocorre no posto de saúde por meio do programa saúde da família (PSF), sendo realizada a investigação de lesões palpáveis e o rastreamento mamográfico em mulheres assintomáticas de 50 a 69 anos. Na média complexidade, o atendimento ocorre com um médico especialista, o mastologista, para a realização do diagnóstico definitivo. Na alta complexidade, acontece o tratamento oncológico e a reabilitação em Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), além de oferecer cuidados paliativos e domiciliares, se necessários (INCA, 2019).

3.5 Diagnóstico

A detecção precoce do câncer de mama, ainda nas fases iniciais, possibilita um tratamento menos agressivo e com melhor resposta. Por isso, a descoberta de nódulo ou qualquer outro sintoma sugestivo nas mamas deve ser examinada por um médico. Ademais, exames de imagem, como mamografia, ultrassonografia ou ressonância magnética podem ser realizados. Todavia, o diagnóstico somente pode ser solidificado, após o resultado da biópsia, com a retirada de uma porção do nódulo ou da lesão e efetuação da análise patológica (WHO, 2020).

No Brasil, as intervenções avaliadas para detecção precoce do câncer de mama são definidas em medidas de rastreamento para detecção precoce. Essas medidas incluem autoexame das mamas, exame clínico das mamas, mamografia, ressonância magnética e ultrassonografia (Caleffi *et al.*, 2010; Almeida *et al.*, 2021; Leite; 2021; Sitja & Balke, 2022).

O Erro! Fonte de referência não encontrada., apresenta as estratégias dos programas nacionais de rastreamento ou recomendações, dos órgãos nacionais, para rastreamento de mulheres que não apresentam risco elevado de câncer de mama no mundo.

Quadro 2

Resumo das estratégias do programa nacional de rastreamento ou recomendações do órgão nacional para rastreamento de mulheres que não apresentam risco elevado de câncer de mama em algumas partes do mundo.

País	Grupo de idade	Estratégia de triagem
Reino Unido (Programa de Triagem da Mama do NHS)	Mulheres de 50 a 70 anos	Convite para mamografia a cada 3 anos
	Mulheres com 71 anos ou mais	Não convidado - pode se auto referir
Estados Unidos da América (Força-Tarefa de Serviço Preventivo dos Estados Unidos)	Mulheres de 40 a 49 anos	Recomenda-se a tomada de decisão individual
	Mulheres de 50 a 74 anos	Mamografia bienal
	Mulheres com 75 anos ou mais	Nenhuma recomendação: evidências insuficientes para avaliar danos e benefícios nessa faixa etária
Canadá (Força-Tarefa Canadense sobre	Mulheres de 40 a 49 anos	Não recomendado; tomada de decisão compartilhada, se desejado

Cuidados de Saúde Preventivos)	Mulheres de 50 a 69 anos	Mamografia a cada 2-3 anos
	Mulheres de 70 a 74 anos	Mamografia a cada 2-3 anos
Holanda (Programa Nacional de Rastreamento do Câncer de Mama)	Mulheres de 50 a 75 anos	Convite para mamografia a cada 2 anos
Austrália (<i>Breast Screen</i> Austrália)	Mulheres de 40 a 49 anos	Não convidado, mas pode 'optar'
	Mulheres de 50 a 74 anos	Convite para mamografia a cada 2 anos
	Mulheres com 74 anos ou mais	Não convidado, mas pode 'optar'
China (Comissão Nacional de Saúde da República Popular da China)	Mulheres de 20 a 39 anos	Autoexame mensal das mamas, exame clínico das mamas 1–3 anualmente
	Mulheres de 40 a 69 anos	Mamografia a cada 1-2 anos com ultrassom para mulheres com mamas densas; Autoexame mensal das mamas e exame clínico anual das mamas
	Mulheres com 70 anos ou mais	Autoexame mensal das mamas, exame clínico anual das mamas

Fonte: Traduzido pela autora de Clift *et al.*, 2022.

Wang (2017) afirma que uma das ferramentas para redução das taxas de mortalidade a longo prazo por neoplasia maligna de mama é o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. A técnica padrão para o *follow up* é a mamografia. Todavia, esse exame tem menor eficácia para pessoas com idade inferior a 40 anos e com mamas densas. Além disso, costuma ser menos sensível para detecção de tumores menores. No caso das mamas densas, geralmente, utiliza-se a ultrassonografia como método complementar à mamografia (Galati *et al.*, 2022).

Nos países mais desenvolvidos existem políticas e programas de rastreamento organizado, bem como um vasto acesso aos serviços de saúde e tratamentos especializados para o câncer de mama, enquanto no Brasil verifica-se a dificuldade de diagnóstico precoce devido à quantidade reduzida de mamógrafos para o rastreamento. Em abril de 2021, havia aproximadamente 5 mil mamógrafos no Brasil, mas apenas 4.844 eram utilizados (INCA, 2021 & Orlandini, 2021).

De acordo com o MS; INCA (2021), a recomendação para a mamografia pode ser vista no **Erro! Fonte de referência não encontrada.**

Quadro 3

Recomendações para detecção precoce do câncer de mama pelo Ministério da Saúde no Brasil.

Faixa etária	Recomendação
< de 50 anos	O Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos
De 50 a 59 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 50 e 59 anos
De 60 a 69 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 60 e 69 anos
De 70 a 74 anos	O Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 70 e 74 anos
75 anos ou mais	O Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com 75 anos ou mais
Periodicidade	O Ministério da Saúde recomenda que a periodicidade do rastreamento com mamografia seja a cada dois anos, nas faixas etárias recomendadas.

Fonte: INCA, 2021

Portanto, o diagnóstico precoce é primordial no tratamento do câncer de mama. Para isso, os profissionais de saúde têm recursos tecnológicos para auxiliar a detecção da neoplasia maligna mamária, possibilitando, assim, uma terapêutica apropriada com menor comprometimento físico e emocional do paciente (INCA, 2021 & Galati *et al.*, 2022).

3.6 Tratamento

De acordo com WHO (2020), o tratamento do câncer de mama realizado corretamente e precocemente gera sobrevida de cerca de 90% dos casos. A terapêutica inclui cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia. A escolha do tratamento mais adequado dependerá do estadiamento ou fase em que a doença se encontra, isto é, se localizada ou disseminada para outros tecidos e órgãos.

A localização do tumor, denominada de estadiamento, permite definir a extensão da doença, permitindo direcionar o planejamento terapêutico de acordo com suas características

biológicas, idade, histórico hormonal, comorbidades e desejo pessoal do paciente. WHO (2020).

Quando mais cedo é realizado o diagnóstico da patologia mamária, melhores as possibilidades de tratamento. Entretanto, na presença de metástases, a finalidade do tratamento volta-se para o prolongamento da sobrevida, bem como uma melhor qualidade de vida. Dentre as principais modalidades de tratamento para câncer de mama figuram o tratamento local com cirurgia e radioterapia (além de reconstrução mamária); e o tratamento sistêmico por meio da quimioterapia, hormonioterapia, terapia grupo alvo e terapia imunológica (WHO, 2020 & INCA, 2021).

A cirurgia pode ser conservadora, quando apenas parte da mama é retirada, ou radical, quando toda a mama é retirada para permitir a reconstrução mamária posterior. Mesmo após o tratamento cirúrgico, a terapia adjuvante sistêmica e/ou local visa eliminar possíveis micrometástases. A radioterapia, se indicada, é administrada após a cirurgia. Por fim, o tratamento paliativo é utilizado para pacientes com metástases, com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida (INCA 2021 & Li *et al.*, 2023).

O câncer de mama atualmente é considerado curável se detectado precocemente, obtendo-se uma sobrevida superior a 90%, em cinco anos, no diagnóstico do estágio I. Assim, o desenvolvimento de terapias específicas para estes subtipos, em substituição ao tratamento inicial fundamentado somente na carga tumoral loco-regional, foi o principal motivo dos ganhos de sobrevida do câncer de mama observado nos últimos anos (Orlandini, 2021).

Conforme Li *et al.*, (2022), uma opção de tratamento eficaz para o câncer de mama é fundamental para melhorar a sobrevida e o prognóstico desses pacientes. Portanto, o desfecho favorável no tratamento do câncer de mama está associado a vários fatores, mas de forma geral, a adesão do paciente é essencial para a conclusão do tratamento (INCA, 2021& Orlandini, 2021).

4 METODOLOGIA

Nesse capítulo apresentam-se os procedimentos metodológicos utilizados para o desenvolvimento da pesquisa. Assim, são descritos o tipo de pesquisa, o tipo de abordagem, o método de pesquisa, a população e amostra, o método de coleta de dados, o questionário estruturado e a técnica de análise de dados.

4.1 Tipo de pesquisa, abordagem e método

A pesquisa se caracteriza como exploratória, cujo objetivo é obter mais compreensão e informações sobre uma determinada situação cujo conhecimento é inexistente ou insuficiente. Assim, uma das funções desse tipo de estudo é isolar variáveis e associações chaves para estudos futuros, procurando estabelecer prioridades que usualmente são seguidas por outras investigações exploratórias ou conclusivas (Malhotra, 2012).

As ações de marketing macrossocial desenvolvidas nos três níveis serão analisadas nessa pesquisa por meio de uma abordagem quantitativa. De acordo com Richardson (1989), os estudos quantitativos caracterizam-se pelo emprego de técnicas estatísticas para mensuração de números, de tal maneira que possam dificultar distorções de análise e interpretação, garantindo maior margem de segurança.

Quanto ao método, foi realizado uma pesquisa *survey* com obtenção de informações quantitativas de um grupo de pessoas. Esse método é utilizado para responder questões que expõe opiniões, costumes ou características de determinada população (Babbie, 1999). Nesse estudo será adotado o modelo de *survey* interseccional, na qual coleta-se dados de uma determinada população, em um único intervalo de tempo, por meio de questionário.

4.2 População e amostra

Conforme Colauto e Beuren (2009), população é o conjunto de elementos que possuem características em comum e que pode ser classificada, contada ou medida. Assim, a população desta pesquisa compreende indivíduos com idades a partir de 18 anos, de ambos os sexos, acometidos ou não pelo câncer de mama.

Segundo Malhotra (2012), a amostra é parte integrante da população selecionada. Nessa pesquisa, o tipo de amostragem é não probabilístico, pois, são usados critérios exclusivos para definir as amostras de forma subjetiva. Assim, não há como pressupor o erro amostral e não se pode generalizar os resultados obtidos para a população.

A amostra foi realizada por conveniência, sendo composta por indivíduos de ambos os sexos, perfazendo o total de 580 questionários devidamente preenchidos. Segundo Hair *et al.*,

(2005), para a análise multivariada de dados o ideal é que se tenha o mínimo de 5 elementos para cada variável analisada, sendo ideal, o mais próximo de dez. Considerando que o questionário foi composto por 31 variáveis em escala likert, obtiveram-se 18,70 questionários preenchidos por variável, atendendo adequadamente ao proposto.

4.3 Método de coleta de dados e questionário estruturado

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário composto por 31 variáveis após análise criteriosa do referencial teórico descrito em tópico específico. A escala utilizada foi a Escala *Likert*. Conforme Virgillito (2010), a aplicação de questionário de pesquisa, em escala *likert*, permite que o respondente possa opinar seu grau de concordância quanto à uma determinada variável de modo claro e objetivo.

A escala de *likert* emergiu nos Estados Unidos, na década de 1930, por Rensis Likert. Assim, um questionário é construído a partir de uma afirmação autodescritiva, oferecendo, a seguir, uma escala de pontos com descrições de extremos entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”. Com isso, é possível o respondente optar entre diferentes níveis de intensidade, acerca de um assunto ou tema, conforme sua satisfação com um produto ou serviço. Neste contexto, esta pesquisa utiliza uma escala que possui variação de 1 a 5, sendo (1) discorda totalmente; (2) discorda muito; (3) discorda parcialmente; (4) concorda parcialmente e (5) concorda totalmente (Virgillito, 2010).

As 31 variáveis que subdividem a questão, em escala *likert*, foram desenvolvidas baseando-se nos construtos expostos no apêndice B.

Após a determinação das variáveis o questionário foi encaminhado para três especialistas para validação. Seguiram-se as recomendações dos especialistas e na fase final de validação foi realizado um pré-teste com 28 indivíduos. O pré-teste evidenciou a necessidade de alteração no texto das variáveis relacionadas ao nível *midstream*, que foram reorganizadas. Novo pré-teste foi realizado com 14 indivíduos mostrando-se adequado para a coleta de dados, que foi realizada por meio da plataforma *Google Forms* no período de abril a junho de 2023.

4.4 Técnica de análise de dados

Para a análise de dados inicialmente foram verificados os *outliers* e a normalidade, seguidos das medidas descritivas. Na sequência procedeu-se à validação das escalas, finalizando com a modelagem de equações estruturais.

4.4.1 Outliers

A primeira etapa da análise de dados se atém ao tratamento dos dados que formam a amostra. A primeira atividade foi o tratamento dos dados faltantes. Todavia, como o formulário de coleta de dados não permitiu que as questões ficassem sem respostas, não houve a ocorrência de dados faltantes.

A próxima etapa foi a verificação dos dados atípicos ou *outliers*. No caso desta dissertação optou-se por verificar os *outliers* multivariados, pois, as principais técnicas estatísticas utilizadas são de estatística multivariada. Além disso, os *outliers* multivariados também incluem os *outliers* univariados.

Inicialmente a pesquisadora calculou o valor da Distância D^2 de Mahalanobis para todos os registros da amostra, que é comparado com o valor obtido a partir do Teste do X^2 (Qui-Quadrado) com significância de 0,001 e com o número de graus de liberdade definido a partir do número de variáveis paramétricas que farão parte das análises estatísticas multivariadas.

Os elementos da amostra classificados como *outliers* multivariados são aqueles cujo valor da sua Distância D^2 de Mahalanobis é maior do que o valor do Teste do X^2 .

Nessa pesquisa o número de variáveis paramétricas é de 31 variáveis, e, portanto, o valor alcançado pelo Teste do X^2 foi de 61,10.

4.4.2 Normalidade

Antes do início efetivo da análise dos dados obtidos, foi necessário realizar o tratamento dos dados. A primeira atividade dessa etapa é verificar a existência da distribuição normal ou não da amostra. Dependendo do resultado, o pesquisador terá de obrigatoriamente escolher técnicas estatísticas que sejam resilientes em relação à violação da normalidade da amostra.

Ressalta-se ainda que o aspecto do exame dos dados faltantes não é considerado no tratamento de dados dessa dissertação, em virtude de que o formulário de coleta de dados não permite que o respondente deixe qualquer uma das questões paramétricas sem resposta.

No caso da normalidade da amostra, ela é atestada por meio da realização do Teste de Kolmogorov-Smirnov (Teste K-S), o qual é o mais indicado quando a amostra possui mais de 50 elementos, como no caso dessa dissertação (Pestana & Gageiro, 2000). Esse teste abrange todas as variáveis paramétricas – indicadores que representam cada um dos construtos que formam o modelo a ser testado.

4.4.3 Características Da Amostra

Quanto à descrição das características demográficas dos respondentes que compõem a amostra, foram pesquisadas a frequência absoluta e relativa quanto ao gênero, à faixa etária, ao estado civil, à renda média mensal, à escolaridade, ao estado em que reside, ao conhecimento de pessoas diagnosticadas com câncer, à presença de diagnóstico de câncer de mama, à lembrança de campanhas sobre câncer de mama e aos responsáveis por suas realizações.

4.4.4 Estatística Descritiva

Após a descrição das características da amostra, a etapa subsequente da análise de dados é referente às análises de frequência de cada um dos indicadores de todos os construtos presente no modelo hipotético, além do valor da média de cada um deles.

4.4.5 Common Method Bias

A averiguação da possível ocorrência do *Common Method Bias* (CMB) foi a próxima análise realizada. A CMB nada mais é que o viés que ocorre a partir das respostas “automáticas” dos respondentes e da sua tendência em apresentar respostas coerentes entre si. Assim, quando os entrevistados são os responsáveis por responder sobre as crenças, atitudes, opiniões sobre um assunto ou sobre um comportamento, pode haver um viés de confirmação quando esses mesmos respondentes são aqueles que lidam com as perguntas sobre as intenções comportamentais ou sobre o comportamento realizado (autorrelatado). Apesar de esta dissertação não tratar de comportamentos autorrelatados ou de intenções comportamentais, é importante para o teste das escalas que não haja o CMB, pois, isto pode enviesar os resultados.

Esse viés gera um aumento do valor da relação entre os indicadores que representam um construto, principalmente no caso da concordância ou não das afirmativas em relação ao construto e também entre eles, os quais muitas vezes são representados por um modelo hipotético ou cadeia nomológica.

A solução para os problemas de CMB podem ser avaliados de duas formas principais. A primeira delas é o pesquisador buscar formas de atenuar a ocorrência do CMB por meio de técnicas de pesquisa a partir das orientações para os respondentes, ressaltando a importância da sua participação, responsabilidade ao preencher o questionário, agradecimento pela ajuda e tempo disponibilizados, além de mudar a ordem das perguntas, misturando os construtos, fazendo com que os respondentes possam preencher as perguntas sobre as crenças e atitudes em momentos diferentes das respostas sobre as intenções comportamentais, entre outras possibilidades.

A outra maneira de tratar as possíveis ocorrências da CMB é por meio da aplicação de testes estatísticos. Neste estudo foi executado o *Harman's Single-Factor Test*, que é o teste mais usado para verificar se existe a ocorrência da CMB em relação à amostra utilizada (Fuller *et al.*, 2016).

O *Harman's Single-Factor Test* ocorre por meio da execução de uma análise fatorial exploratória configurada para gerar somente um fator a partir da inclusão de todos os indicadores paramétricos que representam os construtos do modelo a ser testado. O valor de referência para esse teste é que a variância explicada pelo único fator composto por todos os indicadores dos diversos construtos não pode ser superior a 50%. Assim, caso esse valor seja menor do que 50% não existe a ocorrência do *Common Method Bias* (Fuller *et al.*, 2016; Podsakoff *et al.*, 2003).

4.4.6 Etapas da validação das escalas

A análise dos dados para a validação das escalas ocorreu por meio de duas etapas. Da mesma forma que ocorreu com os estudos de Kalkbrenner & Gormley (2020), Pijls *et al.*, (2017) e Vos *et al.*, (2019) o processo de validação das escalas ocorreu também dessa forma.

A diferença desta dissertação para os estudos de Kalkbrenner & Gormley (2020), Pijls *et al.* (2017) e Vos *et al.*, (2019) é que nesses últimos, os itens que compuseram as escalas foram elaborados a partir de pesquisas com especialistas e com consumidores. Ademais, no caso desta dissertação, as escalas estão sendo validadas no contexto brasileiro, e dessa forma, a etapa de definição da composição desses construtos referentes às escalas já foram definidas por outros autores e estão descrita no referencial teórico.

Na primeira etapa de refinamento das escalas, os dados foram utilizados para o teste da unidimensionalidade de cada um dos construtos - por meio do procedimento da análise fatorial exploratória - e para o teste da confiabilidade das escalas usadas para mensurar esses construtos - nesse caso o valor do Alpha de Cronbach é que será utilizado.

O tamanho da amostra adequada para a execução das técnicas de estatística multivariada e do cálculo do Alpha de Cronbach demandam uma amostra de pelo menos cinco observações da amostra para cada variável a ser utilizada estatisticamente (Hair *et al.*, 2009).

O número de indicadores quantitativos é de 31 variáveis. Assim, uma amostra com 155 elementos é suficiente para garantir que os requisitos estatísticos sobre o tamanho da amostra sejam atendidos.

Como a amostra é composta por 544 elementos, optou-se por retirar um elemento a cada três elementos da amostra original e inseri-lo na nova amostra a ser usada na primeira etapa da

análise de dados. Um número de 1 a 3 foi sorteado, sendo o “escolhido” o número “3”. Assim, no caso da amostra original foram retirados os elementos, “3”, “6”, “9”, “12” e assim sucessivamente, até chegar ao último elemento de número 544.

Esse processo de amostragem é adequado em virtude que inicialmente os elementos escolhidos possuem aleatoriedade. Além disso, a escolha em sequência dos elementos da amostra proporciona que todos os grupos de respondentes que participaram da pesquisa estejam presentes nas duas amostras. Por ser uma amostragem por conveniência, pode ocorrer que determinados grupos de pessoas do pesquisador tenham sido os primeiros a serem contatados. Assim, em relação à amostra utilizada, esse procedimento minimiza os possíveis vieses gerados pela divisão da amostra original de 544 elementos sem *outliers*.

A segunda etapa da análise de dados também seguiu as etapas realizadas por outros autores (Kalkbrenner & Gormley, 2020; Pijls *et al.*, 2017; Vos *et al.*, 2019) os quais realizaram as análises fatoriais confirmatórias para cada uma das escalas com os testes de validade convergente e de validade discriminante, descritos em itens específicos, sobre as escalas que eram objeto de teste dos pesquisadores, além da verificação dos índices de ajuste resultantes da modelagem de equações estruturais.

4.4.7 Unidimensionalidade

As escalas a serem testadas nesta dissertação são formadas por um conjunto de construtos. Para que eles possam ser considerados válidos para serem usados no teste de validação de futuros modelos são necessários alguns procedimentos. O primeiro deles é a verificação da unidimensionalidade de cada um dos construtos que foram mensurados.

A verificação da unidimensionalidade é o procedimento para assegurar que um determinado construto tenha somente uma dimensão ou fator. Se ele for composto por mais de um fator, é preciso considerar esse aspecto no teste do modelo hipotético.

A verificação da unidimensionalidade ocorre por meio da realização da técnica estatística multivariada da análise fatorial exploratória (AFE), a qual deverá ser executada para cada um dos construtos.

Para que os resultados obtidos a partir da execução da análise fatorial exploratória possam ser considerados válidos, existem pressupostos que precisam ser satisfeitos.

Como os indicadores do construto formam somente um fator ou dimensão, é necessário que exista um alto nível de correlação entre eles. Assim, a grande maioria das correlações entre os indicadores do construto devem ser estatisticamente significativas, com valores de pelo menos 0,300 (Hair *et al.*, 2014).

Outro pressuposto a ser atendido diz respeito ao Teste de Esfericidade de Bartlett. Nesse caso, ele deve apresentar um valor significativo em pelo menos 0,05. (Malhotra; Nunan & Birks, 2017; Morgan & Griego, 1998).

Há de se considerar ainda o Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Esse teste produz a Medida de Adequacidade da Amostra (MSA), a qual deve ser de pelo menos 0,700. Entretanto, quando o pesquisador está utilizando escalas que estão em desenvolvimento, são aceitos valores que sejam de, no mínimo, 0,600 (Hair *et al.*, 2014).

Ainda em relação à análise fatorial exploratória, é preciso que o pesquisador defina o método de extração dos fatores. Como o objetivo nesta etapa da análise de dados é o de gerar somente um índice, indicador ou fator para o grupo de indicadores que forma o construto, optou-se por utilizar o método de fatoração pelos componentes principais (Hair *et al.*, 2014).

Além disso, caso a AFE resulte em mais de um fator, é aconselhável a utilização de um método de rotação dos fatores para facilitar a visualização por parte do pesquisador. O método escolhido para a execução das AFEs é o método ortogonal Varimax.

4.4.8 Confiabilidade

Após verificar a unidimensionalidade de cada um dos construtos é necessário verificar se cada uma das escalas utilizadas é confiável.

Uma escala é classificada como confiável quando respondentes com opiniões, percepções e visões distintas em relação ao tema ou objeto da pesquisa apresentam resultados também distintos a partir da sua mensuração por meio de escalas. Em suma, as escalas conseguem distinguir entrevistados que são divergentes em relação ao que está sendo perguntado.

Para averiguar se uma escala é confiável ou não foi utilizado a medida do Alpha de Cronbach (AC), o qual apresenta valores entre 0 e 1. Quanto maior o valor do Alpha de Cronbach, maior é o grau de confiabilidade da escala.

O valor de referência do Alpha de Cronbach para que a escala seja classificada como confiável é de pelo menos de 0,700. Todavia, nas situações nas quais a escala está sendo desenvolvida, valores de até 0,600 também são avaliados como válidos (Pestana & Gageiro 2000; Hair *et al.*, 2009 & Morgan & Griego, 1998).

4.4.9 Validade convergente

Outra verificação necessária que faz parte do processo do teste de um modelo hipotético é o exame acerca da validade convergente de cada um dos construtos que o compõe.

A validade convergente indica que os indicadores que compõem um determinado construto realmente possuem “força” suficiente para considerar a existência desse construto. Por conseguinte, as relações entre os indicadores e os seus respectivos construtos devem ser consistentes, e nesse caso, devem apresentar altos valores para as cargas fatoriais em relação ao construto. O objetivo é efetivamente verificar se o construto – que é uma entidade conceitual – pode ser representado pelos indicadores utilizados (Hair *et al.*, 2014; Malhotra; Nunan & Birks, 2017; Bagozzi; Yi & Phillips, 1991).

A averiguação acerca da ocorrência da validade convergente é feita por meio da análise do valor de dois parâmetros: a variância média extraída (AVE) e a confiabilidade composta (CC).

O primeiro parâmetro representa o valor da média da variância de todos os indicadores que conjuntamente são capazes de explicar os valores observados para o construto. A variância média extraída é calculada por meio da soma dos valores das cargas fatoriais elevada ao quadrado (que representa a variância) dividida pelo número dos indicadores que formam o construto.

Para a confirmação da validade convergente o valor da AVE deve ser de no mínimo de 0,500. Isso significa que o valor da variância extraída é sempre maior do que o valor não explicado da variância em conjunto com o erro (Hair *et al.*, 2014).

O outro parâmetro que é a confiabilidade composta diz respeito à consistência interna dos indicadores do construto. Nesse caso, além do valor da carga fatorial do indicador, também, é considerado o seu nível de erro de mensuração. Da mesma forma, o valor da confiabilidade composta é um valor único que abrange todos os indicadores do construto. O valor de referência para a confiabilidade composta é de pelo menos 0,700 (Hair *et al.*, 2014).

4.4.10 Validade discriminante

Esta seção trata da validade discriminante entre todos os construtos que formam o modelo a ser testado.

A validade discriminante entre os construtos pode ser entendida como a verificação de que os construtos são diferentes entre si, ou seja, não são avaliados de forma redundante pelos respondentes da pesquisa. Assim, o valor da relação entre os construtos é menor do que o valor da relação entre os indicadores que formam esses construtos.

Por conseguinte, os valores das correlações entre os construtos deve ser o mais baixo possível e concomitantemente os valores das variâncias médias extraídas – AVEs – devem ser

os mais altos possíveis (Hair *et al.*, 2014; Kline, 2005; Malhotra; Nunan, 2017; Bagozzi ; Yi & Phillips, 1991).

A validade discriminante é averiguada por meio da comparação dos valores da raiz quadrada das AVEs de um par de construtos com o valor da correlação entre esses construtos. Caso os valores da raiz quadrada das AVEs sejam maiores do que o valor da correlação do par de construtos, conclui-se que existe validade discriminante entre esses dois construtos (Hair *et al.*, 2009).

Todavia, mesmo que os valores da raiz quadrada das AVEs do par de construtos sejam superiores ao valor da sua correlação, esse último valor não pode ser maior do que 0,85. Isso ocorre porque esse valor é tão alto que os dois construtos podem ser considerados redundantes, mesmo que conceitualmente tenham sido elaborados para ser diferentes (Anderson & Gerbing, 1988).

4.4.11 Modelo de mensuração dos construtos

A última etapa da análise de dados foi responsável por descrever os resultados alcançados a partir da realização da modelagem de equações estruturais, que possui a capacidade de calcular de forma simultânea os valores as cargas fatoriais de todos os indicadores que representam o conteúdo das escalas usadas para mensurar os construtos, bem como os valores das relações entre esses construtos, caso fosse necessário – valores dos coeficientes de caminho (Hair *et al.*, 2014 & Kline, 2005).

Na realização da modelagem de equações estruturais, um dos parâmetros a serem definidos é sobre o método de estimação a ser usado nos cálculos das cargas fatoriais, dos coeficientes de caminho e dos índices de ajuste. Para esta dissertação optou-se pelo método de estimação Maximum Likelihood (ML), o qual é adequado para ser usados com dados derivados de amostras que violam a distribuição normal e também considerado apropriado para os cálculos usando variáveis paramétricas (Hair *et al.*, 2014).

A seguir, apresentam-se os resultados e discussão da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção são apresentados os resultados da pesquisa quanto aos *outliers*, à normalidade, às características da amostra, à estatística descritiva, ao *Common Method Bias* (CMB), à validação das escalas, à unidimensionalidade, à confiabilidade, validade convergente, validade discriminante e à modelagem de equações estruturais.

5.1 Outliers

Os valores da Distância D^2 de Mahalanobis alcançados para cada caso da amostra é exibido pela Tabela 01 a seguir. Com essas informações é possível conferir os valores de cada observação da amostra com o valor do Teste do X^2 .

Os *outliers* estão identificados na Tabela 01 com a apresentação em itálico e sublinhados.

Tabela 1

Elementos da Amostra e a Distância D^2 de Mahalanobis

Elemento da Amostra	Valor da Distância D^2	Elemento da Amostra	Valor da Distância D^2	Elemento da Amostra	Valor da Distância D^2	Elemento da Amostra	Valor da Distância D^2
1	<u>111,70470</u>	146	25,26916	291	19,90882	436	25,98474
2	52,55805	147	45,14525	292	14,54096	437	19,89194
3	26,28906	148	26,78244	293	17,64060	438	39,02548
4	22,58620	149	58,01414	294	23,64836	439	10,66313
5	23,81348	150	39,72769	295	16,43181	440	30,48309
6	26,94882	151	19,23496	296	37,95212	441	27,00044
7	20,85375	152	30,29423	297	32,59375	442	51,66277
8	46,29154	153	18,03507	298	14,14347	443	37,43780
9	15,58303	154	25,55253	299	39,42636	444	57,52904
10	13,35961	155	39,91324	300	10,63637	445	36,15406
11	26,78329	156	35,44341	301	20,38205	446	23,96723
12	42,44482	157	18,58385	302	35,71039	447	26,91671
13	9,17748	158	32,04949	303	9,61726	448	26,01835
14	42,72948	159	22,74978	304	23,67381	449	43,38485
15	13,27799	160	27,48023	305	30,42390	450	24,48355
16	20,70879	161	51,68965	306	<u>70,51966</u>	451	<u>81,74201</u>
17	20,34380	162	21,83479	307	37,71234	452	30,70546
18	32,13226	163	42,44345	308	15,77437	453	19,84979
19	13,54253	164	<u>86,43030</u>	309	58,02028	454	42,29574
20	19,87341	165	19,91255	310	13,24701	455	35,16980
21	34,97502	166	43,93120	311	33,32310	456	17,38080
22	10,68566	167	28,54047	312	51,65199	457	<u>89,40895</u>
23	8,39059	168	38,34124	313	13,89340	458	22,65359

24	28,42448	169	46,10014	314	28,13514	459	23,71414
25	43,18451	170	17,25148	315	10,66104	460	25,70685
26	55,29806	171	36,60186	316	20,48383	461	16,63325
27	24,88321	172	20,48732	317	9,80038	462	19,39684
28	24,83827	173	17,89782	318	16,75809	463	27,73692
29	48,52214	174	12,59841	319	58,35498	464	24,97480
30	11,18560	175	35,05624	320	18,17760	465	21,20420
31	23,63574	176	17,39782	321	24,24129	466	16,15412
32	43,69014	177	28,80070	322	21,84174	467	<u>62,03438</u>
33	27,25285	178	30,56805	323	14,47682	468	54,31119
34	19,72879	179	19,32298	324	12,72376	469	23,60622
35	22,55827	180	14,41153	325	14,54914	470	23,43273
36	14,62516	181	<u>75,54019</u>	326	26,00145	471	23,62239
37	32,32389	182	14,87944	327	49,15409	472	12,25681
38	18,44757	183	47,67288	328	33,29648	473	22,59619
39	23,76560	184	23,47998	329	17,05288	474	24,39308
40	24,96634	185	22,96656	330	18,19171	475	15,35668
41	28,34687	186	14,96760	331	31,03905	476	49,55947
42	49,55633	187	28,01740	332	35,12267	477	45,10063
43	27,63321	188	34,38015	333	28,76405	478	21,40182
44	31,88321	189	<u>81,61338</u>	334	25,31358	479	21,74765
45	39,86478	190	22,72559	335	35,16066	480	22,67224
46	15,47091	191	20,96195	336	21,57331	481	44,12899
47	20,18583	192	40,96449	337	42,99775	482	17,10127
48	20,01966	193	15,23743	338	21,28066	483	19,70738
49	24,80936	194	33,36370	339	22,01069	484	36,71912
50	28,76824	195	28,87846	340	56,66675	485	46,40855
51	16,83912	196	19,60016	341	14,74560	486	35,92055
52	11,86055	197	24,06038	342	44,13209	487	12,66350
53	22,54568	198	17,48055	343	18,00618	488	39,10450
54	<u>88,96674</u>	199	55,47437	344	22,54681	489	37,93530
55	25,71422	200	16,70515	345	42,87667	490	23,74332
56	18,14147	201	14,67511	346	14,34180	491	17,00377
57	43,99411	202	46,47816	347	42,61610	492	18,27080
58	29,57037	203	16,25804	348	37,74520	493	33,65097
59	39,52458	204	28,97966	349	24,11105	494	20,60402
60	58,61350	205	59,39052	350	13,11113	495	10,16066
61	57,71438	206	15,85951	351	16,47975	496	37,63088
62	17,45991	207	41,39783	352	11,98677	497	35,77029
63	42,07500	208	33,01318	353	60,82491	498	11,38398
64	32,78028	209	46,70119	354	18,18779	499	8,82446
65	22,23742	210	38,80115	355	42,58644	500	20,23482
66	32,18371	211	33,67299	356	19,85086	501	14,22902
67	25,77754	212	55,59291	357	<u>61,38723</u>	502	25,56550
68	17,89562	213	10,24437	358	29,41758	503	9,00415
69	44,51806	214	20,57404	359	23,59742	504	20,42864
70	51,64255	215	10,39559	360	24,45746	505	13,43132
71	28,47906	216	50,51352	361	32,43205	506	17,06656
72	15,57688	217	43,97531	362	52,19484	507	30,89660

73	41,90509	218	29,76787	363	28,60091	508	13,41218
74	40,24324	219	37,92132	364	25,04476	509	24,59329
75	12,09867	220	15,44016	365	28,83872	510	10,03624
76	31,29627	221	30,50150	366	<u>74,26954</u>	511	<u>97,44207</u>
77	20,93129	222	15,60001	367	14,91252	512	55,89036
78	<u>62,25896</u>	223	58,56187	368	32,98965	513	18,21542
79	35,72947	224	53,72344	369	61,02945	514	29,96958
80	31,14814	225	32,38530	370	17,46502	515	<u>66,96379</u>
81	18,98294	226	18,84879	371	14,15784	516	37,37665
82	14,00246	227	16,27097	372	14,74297	517	15,28267
83	<u>91,81237</u>	228	21,61739	373	40,17108	518	30,24527
84	18,40745	229	59,57178	374	29,14902	519	19,99873
85	39,70711	230	18,49316	375	12,07638	520	35,61752
86	25,80398	231	51,89997	376	13,70435	521	13,87425
87	26,96725	232	31,84541	377	37,60420	522	48,47066
88	29,62108	233	22,40313	378	40,64259	523	23,14536
89	18,05058	234	9,87440	379	12,51021	524	23,60079
90	19,83718	235	39,96889	380	15,85969	525	22,53226
91	11,38172	236	45,65196	381	<u>67,66435</u>	526	29,67641
92	12,41805	237	30,79818	382	28,33471	527	11,05456
93	35,37087	238	58,55291	383	46,88166	528	12,15426
94	20,29544	239	24,35839	384	37,88538	529	23,94532
95	22,23737	240	25,14839	385	<u>95,22602</u>	530	<u>67,03360</u>
96	17,48542	241	44,80689	386	30,81846	531	19,15614
97	22,13279	242	46,56281	387	27,96527	532	51,80062
98	16,46650	243	54,52504	388	58,50322	533	10,09372
99	20,95575	244	17,18977	389	18,84280	534	24,45978
100	15,86740	245	35,15023	390	57,01082	535	36,88136
101	38,46473	246	26,83076	391	12,53951	536	<u>93,23435</u>
102	33,60092	247	46,53603	392	21,33035	537	40,43588
103	14,35029	248	49,39007	393	20,62837	538	20,08819
104	20,26345	249	17,57021	394	13,56399	539	18,88629
105	<u>75,79257</u>	250	42,14947	395	22,06984	540	<u>93,88840</u>
106	48,87801	251	15,33767	396	32,47239	541	53,21029
107	22,56805	252	51,52180	397	20,03100	542	25,55681
108	60,13128	253	14,43150	398	29,27626	543	22,13506
109	19,33281	254	16,89579	399	<u>75,72438</u>	544	26,77906
110	38,87146	255	22,80303	400	16,54983	545	58,21084
111	27,10019	256	<u>75,27799</u>	401	23,82390	546	<u>71,11705</u>
112	16,34599	257	36,15512	402	27,35325	547	45,48943
113	53,91391	258	26,22824	403	20,38226	548	23,97048
114	29,29266	259	14,41796	404	24,03608	549	21,24991
115	29,51496	260	19,62098	405	16,75393	550	22,17349
116	24,11063	261	32,04204	406	22,71188	551	19,01349
117	<u>74,26165</u>	262	26,77161	407	38,70819	552	23,62595
118	12,70898	263	32,83989	408	10,44174	553	47,99041
119	19,36410	264	44,59193	409	39,54269	554	25,04603
120	26,55923	265	34,29149	410	16,92319	555	39,06537
121	10,10565	266	25,58214	411	40,17800	556	22,53305

122	16,89138	267	10,13041	412	31,25742	557	20,36786
123	16,10932	268	23,65892	413	23,64536	558	13,59590
124	17,55074	269	17,80468	414	41,31425	559	44,56620
125	35,28596	270	28,81767	415	19,33586	560	8,92858
126	18,71682	271	41,18814	416	14,66186	561	15,42475
127	38,31381	272	34,54281	417	<u>102,65020</u>	562	27,95455
128	23,17080	273	<u>69,16332</u>	418	46,88123	563	20,30120
129	18,87189	274	15,16550	419	42,87105	564	9,24063
130	47,75676	275	17,51396	420	12,59836	565	27,01499
131	26,19862	276	38,43008	421	26,49480	566	<u>63,18832</u>
132	17,04235	277	16,17932	422	16,84818	567	25,54022
133	16,40836	278	37,68224	423	50,83888	568	<u>100,77118</u>
134	22,11011	279	20,33619	424	27,38545	569	30,53530
135	22,82647	280	29,48425	425	23,35670	570	44,95208
136	17,67499	281	34,85491	426	15,90261	571	32,66456
137	26,29160	282	20,73043	427	27,67319	572	36,82652
138	17,28388	283	<u>80,14041</u>	428	59,47240	573	23,29779
139	30,29040	284	<u>86,83644</u>	429	12,58750	574	28,58061
140	14,41027	285	36,09615	430	31,19401	575	18,51861
141	13,01385	286	25,14483	431	<u>92,64483</u>	576	<u>87,08441</u>
142	35,31903	287	32,87080	432	16,51225	577	23,07339
143	24,33775	288	16,11343	433	21,06020	578	29,77901
144	<u>62,36473</u>	289	28,91700	434	<u>67,72607</u>	579	27,46995
145	17,43928	290	41,81767	435	<u>79,52506</u>	580	13,58172

Ao analisar a Tabela 01, verifica-se que os seguintes elementos são classificados como dados atípicos: 1, 54, 78, 83, 105, 117, 144, 164, 181, 189, 256, 273, 283, 284, 306, 357, 366, 381, 385, 399, 417, 431, 434, 435, 451, 457, 467, 511, 515, 530, 536, 540, 546, 566, 568 e 576.

Assim, são 36 registros da amostra que são classificados como dados atípicos. Considerando o exposto e a retirada dos *outliers* da amostra, esta passou a contar com 544 casos no total.

5.2 – Normalidade

A seguir, a Tabela 02, exhibe os resultados do Teste K-S para cada uma das variáveis paramétricas.

Tabela 2*Resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov*

Código	Questão	Estatística	Sig.
IAS1	A mulher se sente menos atraente durante o tratamento do câncer de mama.	0,324	0,000
IAS2	O diagnóstico e tratamento do câncer de mama podem influenciar o desejo sexual da mulher.	0,298	0,000
IAS3	A retirada da mama pode ser responsável pela sensação de redução da feminilidade da mulher.	0,288	0,000
IAS4	As mulheres têm conhecimento das ações públicas que garantem benefícios para portadores de câncer de mama.	0,180	0,000
IAS5	A reconstrução mamária com implante de prótese auxilia na recuperação da autoestima da mulher.	0,470	0,000
ICO1	O autoexame mensal das mamas facilita o diagnóstico precoce do câncer de mama.	0,432	0,000
ICO2	A mamografia é o principal instrumento para detecção precoce do câncer de mama.	0,301	0,000
ICO3	As mulheres sabem reconhecer nódulos ou secreções anormais na mama, a partir do autoexame.	0,216	0,000
ICO4	Mulheres sem histórico familiar de câncer de mama acham que não desenvolverão a doença.	0,180	0,000
ICO5	As mulheres têm conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama.	0,207	0,000
STE1	Há um estigma que recai sobre as mulheres com câncer de mama, uma vez que a doença pode representar algo ruim.	0,188	0,000
STE2	O câncer de mama pode levar a emoções e atitudes negativas como vergonha e culpa.	0,208	0,000
STE3	Há pessoas que acham que falar de câncer atrai a doença.	0,175	0,000
STE4	Mulheres com câncer de mama são discriminadas.	0,154	0,000
STE5	Os tabus impactam o diagnóstico precoce e no tratamento do câncer de mama.	0,180	0,000
SRA1	Mulheres apoiadas pela família se recuperam melhor do câncer de mama.	0,470	0,000
SRA2	Mulheres apoiadas pelos amigos se recuperam melhor do câncer de mama.	0,446	0,000
SRA3	As casas de apoio são importantes para as mulheres que realizam o tratamento fora do domicílio.	0,462	0,000
SRA4	Ter uma crença, independente da religião, é importante para o tratamento e recuperação das mulheres com câncer de mama.	0,424	0,000

SRA5	Mulheres que têm suporte psicológico se recuperam melhor do câncer de mama.	0,456	0,000
SRA6	As mídias sociais são bons instrumentos para disseminação de informações sobre câncer de mama.	0,407	0,000
Gov_Cam1	O governo realiza campanhas educativas de combate ao câncer de mama.	0,183	0,000
Gov_Cam2	As campanhas do governo (exemplo outubro Rosa) contribuem no diagnóstico precoce câncer de mama.	0,299	0,000
Gov_Cam3	Recordo-me da última temática da campanha Outubro Rosa, realizada pelo governo, para a prevenção do câncer de mama.	0,186	0,000
Gov_Cam4	A periodicidade das campanhas de câncer de mama é adequada.	0,164	0,000
Gov_Cam5	As campanhas sobre o câncer de mama realizadas pelo governo são boas.	0,184	0,000
Gov_Cui1	O governo se preocupa em atualizar as ações públicas relacionadas ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama.	0,198	0,000
Gov_Cui2	As mulheres brasileiras têm facilidade de acesso à mamografia.	0,176	0,000
Gov_Cui3	O SUS oferece ações adequadas para o atendimento as mulheres com câncer de mama.	0,177	0,000
Gov_Cui4	O governo possibilita acesso rápido para início tratamento quando diagnosticado câncer de mama.	0,166	0,000
Gov_Cui5	O governo promove a criação de incentivos financeiros para paciente acometidos com câncer, tais como: Isenção de alguns impostos, retirada antecipada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, entre outros.	0,151	0,000

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Analisando-se a Tabela 02, é possível verificar que todas as variáveis violam a distribuição da normalidade, pois, o *p-valor* alcançado é de 0.000. Assim, para todos os indicadores testados ocorre a rejeição da hipótese H_0 a qual afirma que o indicador possui uma distribuição normal.

Assim, a partir dos resultados alcançados existe a exigência de que todas as técnicas de estatística multivariadas sejam robustas quando utilizadas sobre amostra com violação da normalidade.

5.3 – Características da amostra

Após a verificação da normalidade da amostra, procedeu-se à descrição das características demográfica dos respondentes que compõem a amostra. Além disso, outras informações relacionadas ao câncer de mama também são apresentadas a seguir na Tabela 03.

Tabela 3

Características da Amostra

Variável demográfica	Característica da amostra	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Gênero	Mulher	499	91,7%
	Homem	45	8,3%
	Prefiro não me identificar	0	0,0%
Faixa Etária	De 18 a 30 anos	61	11,2%
	De 31 a 45 anos	171	31,4%
	De 46 a 60 anos	227	41,7%
	Acima de 60 anos	85	15,6%
Estado Civil	Solteiro(a)	101	18,6%
	Casado(a) ou união estável	339	62,3%
	Viúvo(a)	24	4,4%
	Divorciado(a)	78	14,4%
	Outro:	2	0,4%
Renda Média Mensal	Não temos renda no momento;	23	4,2%
	Até R\$2.640,00;	157	28,9%
	Até R\$6.600,00;	184	33,8%
	Até R\$12.000,00;	110	20,2%
	Acima de R\$18.600,00.	70	12,9%
Escolaridade	Até o quinto ano do ensino básico (antiga 4ª série).	7	1,3%
	Até o nono ano do ensino básico (antiga 8ª série).	12	2,2%
	Segundo grau completo ou incompleto;	117	21,5%
	Superior completo ou incompleto	350	64,3%
	Mestrado ou doutorado completo ou incompleto	58	10,7%

Conhece Diagnóstico Câncer ¹	Não conheço	61	9,7%
	Mãe	33	5,3%
	Avó	15	2,4%
	Esposa, companheira ou namorada	1	0,2%
	Filha	0	0,0%
	Outros parentes	184	29,4%
	Vizinha, amiga ou conhecida	332	53,0%
	Total Geral Diagnóstico Câncer	626 Elementos	
Se já teve diagnóstico de câncer de mama	Não	478	87,9%
	Sim	22	4,0%
	Não informou	44	8,1%
Estado em que reside	Alagoas	2	0,4%
	Amazonas	1	0,2%
	Distrito Federal	1	0,2%
	Espírito Santo	2	0,4%
	Goiás	98	18,0%
	Maranhão	1	0,2%
	Mato Grosso	1	0,2%
	Minas Gerais	418	76,8%
	Pará	1	0,2%
	Paraíba	1	0,2%
	Paraná	1	0,2%
	Rio de Janeiro	3	0,6%
	Rio Grande do Norte	2	0,4%
	Santa Catarina	1	0,2%
	São Paulo	8	1,5%
Tocantins	3	0,6%	
Lembra de Campanha sobre Câncer de Mama	Sim	498	91,5%
	Não	44	8,1%
	Não informou	2	0,4%
Quem já realizou campanha	Governo	384	56,5%
	Empresas	175	25,7%

sobre câncer de mama ¹	Escolas, igrejas ou associações	88	12,9%
	Outro ²	33	4,9%
Total Geral Campanha		680	elementos
Total de questionários válidos		544	elementos

Nota: ¹ A soma para essa questão é maior do que o valor de elementos da amostra, em virtude de que o respondente podia marcar mais de uma opção.

² Os outros estão relacionados principalmente aos hospitais, sendo alguns citados nominalmente como o Hospital da Baleia, Hospital Luxemburgo, entre outros. Planos de saúde e a mídia em geral também foram consideradas.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Ao analisar a Tabela 03 é possível verificar que a maioria dos respondentes é do gênero feminino – mais de 91% -, casadas ou com união estável (com mais de 60% do total dos respondentes), na faixa etária entre 31 e 60 anos e que possui curso superior completo ou incompleto – pouco mais de 64% dos participantes da pesquisa. O maior grupo, cerca de 1/3 do total de entrevistados possui uma faixa de renda acima de R\$ 2641,00 até R\$ 6.600,00 reais.

A literatura acadêmica corrobora os resultados encontrados nesta pesquisa em alguns aspectos, sexo, estado civil e faixa etária. Em contrapartida divergiu nos quesitos de escolaridade e renda. Caleffi *et al.*, (2010) pesquisou 3.749 mulheres, sendo 52,1% na faixa de 40 a 49 anos, 56,6 entre 1 e 7 anos de escolaridade, renda média (bairro) 1,05 %RR. Santos Araújo *et al.*, (2010) estudou 184 mulheres, tendo encontrado 86,48% na faixa etária de 31 a 39 anos, 62,16% casadas e 40,54% com 2º grau completo. Tsaras *et al.*, (2018), avaliou 152 pacientes, sendo a maioria (55,9%) com idade entre 40 a 59 anos, 55,3% casadas, com mais de 9 anos de estudo concluídos em 75,6%. Buranello *et al.*, (2021), investigou 1.530 mulheres das quais 40,2% estavam na faixa de 50 a 69 anos, 32,1% tem 12 anos ou mais anos de escolaridade e 34,5% com renda familiar entre 0,5 a 1 salário mínimo. Cortes, Sitja e Balke (2022) entrevistaram 30 pessoas, sendo a idade mínima de 21 anos e a idade máxima de 79 anos, cerca de 70% eram do sexo feminino, 40% apresentou 1º grau incompleto e 64,7% renda familiar de 1 salário mínimo.

Em relação ao câncer, 4% dos respondentes - 22 indivíduos – já tiveram diagnóstico positivo para o câncer. Além disso, sobre as pessoas que conhecem e que foram diagnosticadas com câncer, o maior grupo – mais de metade – corresponde às vizinhas, amigas ou conhecidas, seguido de outros parentes, mãe, avó, esposa ou companheira.

No caso das campanhas de prevenção ao câncer de mama, a grande maioria dos respondentes – mais de 91% - se recorda de alguma campanha sobre o tema. O governo é o mais lembrado por apoiar e divulgar as campanhas, seguido das empresas e pelas escolas, igrejas ou associações. Outras entidades como hospitais, planos de saúde, mídias em geral e afins correspondem a quase 5% do total de respostas.

5.4 – Estatística descritiva

A análise estatística descritiva inicia-se pelo construto indivíduo_autoestima e desejo sexual. A Tabela 04, a seguir, mostra os resultados obtidos.

Tabela 4

Indivíduo_autoestima e desejo sexual

Indicador	Opção	Frequência	Porcentagem
IAS1 - A mulher se sente menos atraente durante o tratamento do câncer de mama.	1	26	4,8%
	2	22	4,0%
	3	78	14,3%
	4	113	20,8%
	5	305	56,1%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador		4,19	
IAS2 - O diagnóstico e tratamento do câncer de mama podem influenciar no desejo sexual da mulher.	1	16	2,9%
	2	29	5,3%
	3	106	19,5%
	4	119	21,9%
	5	274	50,4%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador		4,11	
IAS3 - A retirada da mama pode ser responsável pela sensação de redução da feminilidade da mulher.	1	44	8,1%
	2	26	4,8%
	3	83	15,3%
	4	117	21,5%
	5	274	50,4%
TOTAL GERAL		544	100,00%

Média Indicador	4,01		
IAS4 - As mulheres têm conhecimento das ações públicas que garantem benefícios para portadores de câncer de mama.	1	134	24,6%
	2	147	27,0%
	3	160	29,4%
	4	59	10,8%
	5	44	8,1%
TOTAL GERAL	544		100,00%
Média Indicador	2,51		
IAS5 - A reconstrução mamária com implante de prótese auxilia a recuperação da autoestima da mulher.	1	3	0,6%
	2	3	0,6%
	3	17	3,1%
	4	84	15,4%
	5	437	80,3%
TOTAL GERAL	544		100,00%
Média Indicador	4,74		

Nota: as âncora utilizadas foram “1” para “discordo totalmente” e “5” para “concordo totalmente”
Fonte: dados da pesquisa.

Ao analisar os dados presentes na Tabela 04 verifica-se que os respondentes concordam fortemente com a maioria das afirmativas relacionadas ao construto indivíduo_auto estima e desejo sexual, exceto para o indicador “As mulheres têm conhecimento das ações públicas que garantem benefícios para portadores de câncer de mama” – indicador IAS4.

Assim, para todos os indicadores – exceto para o IAS4 – os respondentes da pesquisa apresentaram maiores preferências pelas opções que representam algum nível de concordância com a afirmativa proposta, que são as alternativas “4” e “5”.

Elas representam mais de 70% do total de respostas assinaladas para as alternativas “4” e “5” para os indicadores IAS1, IAS2 e IAS3. No caso do IAS5 esse valor passa dos 95%.

Outro aspecto que reforça esse resultado é que entre todas as alternativas possíveis de serem assinaladas, para esses 4 indicadores a opção “5” que representa o maior nível de concordância com a afirmativa, foi mais a preferida representando mais de 50% de todas as respostas.

Esses resultados também se refletem no valor da média dos indicadores que foram acima de 4 pontos – em uma escala variando entre 1 e 5 pontos. O indicador “IAS5 - A reconstrução

mamária com implante de prótese auxilia na recuperação da autoestima da mulher” é o que apresenta o maior valor para a média – 4,74 pontos.

De outro lado o indicador “IAS4 - As mulheres têm conhecimento das ações públicas que garantem benefícios para portadores de câncer de mama” é o que apresenta o menor valor para a média – 2,51 pontos -, o qual é menor do que o valor médio de 3 pontos.

Em relação à frequência, as opções “1” e “2” que representam discordância do respondente em relação à afirmativa foram as mais marcadas em conjunto, sendo que a opção neutra “3” foi a preferida dos respondentes.

Isso significa que os respondentes consideram que as mulheres não têm conhecimento das ações governamentais que geram benefícios para as portadoras de câncer de mama.

Apesar da divulgação de informações sobre câncer de mama existentes, dúvidas e incertezas a respeito das formas de diagnóstico e tipos de tratamentos existentes fornecidos pelo governo, tais como mastectomia seguida de reconstrução mamária, capazes de melhorar a autoestima e qualidade de vida das mulheres, ainda são desconhecidos pela população (Avelar & Veiga, 2013; Zare *et al.*, 2013, Moschien *et al.*, 2021 & Sala *et al.*, 2022).

Todavia, em geral os respondentes consideram que o câncer de mama e as suas consequências físicas e estéticas influenciam a qualidade de vida das mulheres e que as cirurgias estéticas sobre os seios são importantes também para a qualidade de vida das mulheres.

Esses resultados também foram corroborados com um estudo realizado com 2.013 pacientes, ao afirmar que mais de 60% das pacientes mastectomizadas realizaram a reconstrução mamária, sendo que de 2.013 pacientes de reconstrução mamária 52,7% declaram bem-estar sexual, melhora da autoestima e melhora da qualidade de vida (Alves *et al.*, 2012; Santosa *et al.*, 2018 & Dinapolil *et al.*, 2021).

Outro estudo realizado com 50 pacientes de reconstrução mamária, obteve 68,4% de média de satisfação para o bem-estar psicossocial, 64,5% para o bem-estar sexual; 60,2% satisfação para a imagem da mama reconstruída; 80% de satisfação para recuperação dos mamilos (Piffer *et al.*, 2022). Esses autores afirmam que a mastectomia deforma o corpo da mulher e impacta a sua vida física, emocional, social e sexual. Também, explicam que a reconstrução mamária após a mastectomia contribui amenizando o sofrimento desses impactos na vida das pacientes e aumentando o bem-estar psicológico e melhora na qualidade de vida.

O próximo construto a ser analisado é o indivíduo_conhecimento (ver Tabela 05) a seguir:

Tabela 5*Indivíduo_Conhecimento*

Indicadores	Opções	Frequência	Porcentagem
ICO1 - O autoexame mensal das mamas facilita o diagnóstico precoce do câncer de mama.	1	7	1,3%
	2	16	2,9%
	3	51	9,4%
	4	72	13,2%
	5	398	73,2%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador	4,54		
ICO2 - A mamografia é o principal instrumento para detecção precoce do câncer de mama.	1	19	3,5%
	2	25	4,6%
	3	78	14,3%
	4	138	25,4%
	5	284	52,2%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador	4,18		
ICO3 - As mulheres sabem reconhecer nódulos ou secreções anormais na mama, a partir do autoexame.	1	50	9,2%
	2	101	18,6%
	3	228	41,9%
	4	100	18,4%
	5	65	11,9%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador	3,05		
ICO4 - Mulheres sem histórico familiar de câncer de mama acham que não desenvolverão a doença.	1	68	12,5%
	2	82	15,1%
	3	191	35,1%
	4	113	20,8%
	5	90	16,5%
TOTAL GERAL		544	100,0%
Média Indicador	3,14		
ICO5 - As mulheres têm conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama.	1	64	11,8%
	2	118	21,7%

	3	212	39,0%
	4	82	15,1%
	5	68	12,5%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador		2,95	

Nota: as âncora utilizadas foram “1” para “discordo totalmente” e “5” para “concordo totalmente”
 Fonte: dados da pesquisa.

No caso do construto *indivíduo_conhecimento*, os resultados mostram que os entrevistados consideram que o autoexame das mamas e a mamografia são instrumentos importantes para a detecção precoce da doença.

Os valores das médias desses dois indicadores – ICO1 e ICO2 – são superiores a 4 pontos – com 4,54 e 4,18 respectivamente. Em ambos indicadores as opções “4” e “5” que representam concordância do respondente em relação às afirmativas foram os mais assinalados pelos respondentes com mais de 86% e mais de 77% respectivamente.

Embora os resultados desta dissertação tenham evidenciado que os respondentes julguem que o autoexame das mamas e a mamografia são instrumentos importantes para a detecção precoce da doença, estudos de Zare *et al.*, (2013) esclarecem que a falta de conscientização sobre o câncer de mama quanto aos fatores de risco; às formas de rastreamento por meio do autoexame das mamas, do exame médico e da mamografia; aos tabus; à timidez de falar sobre o câncer de mama dificultam o diagnóstico precoce e contribuem para o avanço da doença e morte.

Coleman (2017) afirma que o autoexame da mama beneficia a mulher por ser eficaz, simples e útil no diagnóstico precoce do câncer de mama, além de aumentar a autoconsciência. O autoexame da mama também é importante em países onde o número de serviços de mamografia não está adequado à demanda, e o câncer de mama está aumentando (Miller *et al.*, 2000). Estudos realizados com 400 mulheres na faixa etária de 30 a 59 anos, em Kashan no Irã, revelaram uma relação direta e significativa entre os comportamentos de rastreamento do câncer de mama pelo exame mamográfico e autoeficácia e eficiência percebida (Nazari *et al.*, 2021).

Todavia, os indicadores ICO3, ICO4 e ICO5 apresentam valores médio muito próximos da média de 3 pontos – 3,05 pontos; 3,14 pontos e 2,95 pontos.

Assim, verifica-se que os respondentes possuem uma opinião bastante dividida em relação ao conteúdo desses indicadores. Isso se reflete na opção mais assinalada pelos respondentes para esses três indicadores que foi a opção “3”, a qual indica neutralidade. Esses indicadores estão mais relacionados ao conhecimento específico que as mulheres têm em relação a aspectos do câncer de mama.

Esses resultados corroboram outros resultados, como o estudo de Davim *et al.*, (2003) que pesquisaram 109 mulheres de idades entre 15 a 83 anos, 75% realizavam o autoexame e somente 18% conseguiram detectar alterações nas mamas, sendo 12% identificadas como nódulos mamários, 4% como cistos e 2% como saída de líquido espesso dos mamilos. Também, Santos Araújo *et al.*, (2010) entrevistando 184 mulheres, identificaram que 32,43% não tinham conhecimento sobre a realização do autoexame. Esses autores afirmam que as mulheres deveriam ser capazes avaliar o próprio corpo e reconhecer alterações relacionadas ao câncer de mama, uma vez que o emprego do autoexame das mamas como uma ferramenta no autocuidado para a detecção precoce do câncer de mama aumenta as possibilidades de cura.

Um trabalho realizado com 410 mulheres, com idades entre 40 e 65 anos, em Teerã no Irã, revelou que 91,25% delas não tinham conhecimento adequado sobre o câncer de mama. Além disso, mulheres com histórico positivo de câncer de mama na família e amigos têm probabilidade dobrada de realizar o autoexame quando comparadas com mulheres sem histórico de câncer de mama entre seus familiares/amigos (Ghofranipour *et al.*, 2020).

Outra pesquisa com 400 mulheres, detectou que 45,6% possuem pouco conhecimento sobre o câncer de mama e 50% realizaram o autoexame das mamas sem conseguir detectar alterações relacionadas à patologia mamária maligna. Esses dados corroboram a declaração da Organização Mundial da Saúde que afirma que 55,7% das mulheres no mundo têm conhecimento insuficiente sobre o autoexame e câncer de mama (Nazari *et al.*, 2021).

O terceiro construto a ser analisado é a sociedade_ tabu e estigma, cujos resultados são mostrados a seguir – ver Tabela 06.

Tabela 6*Sociedade_Tabu e Estigma*

Indicadores	Opções	Frequência	Porcentagem
STE1 - Há um estigma que recai sobre as mulheres com câncer de mama, uma vez que a doença pode representar algo ruim.	1	26	4,8%
	2	47	8,6%
	3	152	27,9%
	4	145	26,7%
	5	174	32,0%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador	3,72		
STE2 - O câncer de mama pode levar a emoções e atitudes negativas como vergonha e culpa.	1	35	6,4%
	2	52	9,6%
	3	117	21,5%
	4	142	26,1%
	5	198	36,4%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador	3,76		
STE3 - Há pessoas que acham que falar de câncer atrai a doença.	1	98	18,0%
	2	87	16,0%
	3	114	21,0%
	4	121	22,2%
	5	124	22,8%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador	3,16		
STE4 - Mulheres com câncer de mama são discriminadas.	1	132	24,3%
	2	119	21,9%
	3	164	30,1%
	4	70	12,9%
	5	59	10,8%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador	2,64		
STE5 - Os tabus impactam no diagnóstico precoce e no tratamento do câncer de mama.	1	40	7,4%
	2	55	10,1%

	3	148	27,2%
	4	138	25,4%
	5	163	30,0%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador		3,60	

Nota: as âncora utilizadas foram “1” para “discordo totalmente” e “5” para “concordo totalmente”
 Fonte: dados da pesquisa.

No caso do construto sociedade_tabu e estigma, os resultados alcançados mostram que os respondentes mais concordam do que discordam em relação às afirmativas dos indicadores, com exceção do indicador “STE4 - Mulheres com câncer de mama são discriminadas”. Por isso, esse indicador apresentou um valor médio de 2,64 pontos e a alternativa preferida dos respondentes foi a alternativa “3” que indica um nível de neutralidade dos respondentes. Ao analisar as opções “1” e “2” – as quais indicam diferentes pontos de discordância dos respondentes - verifica-se que elas somam quase o dobro de respostas em relação às opções “4” e “5”. Por conseguinte, os respondentes em sua maioria não consideram que as mulheres com câncer de mama são discriminadas.

Todavia, em relação aos outros indicadores, os resultados são diferentes. As opções “4” e “5” representam mais da metade das respostas – exceto para o indicador “STE3 - Há pessoas que acham que falar de câncer atrai a doença”. Todos esses indicadores – STE1, STE2, STE3 e STE5 – possuem valores acima da média de 3 – 3,72 pontos; 3,76 pontos; 3,16 pontos e 3,60 pontos respectivamente.

Em suma, os respondentes acreditam que existem estigmas e tabus em relação às mulheres portadoras de câncer de mama e que falar sobre o assunto e talvez até conviver com essas mulheres pode – de alguma forma – atrair essa doença para outras pessoas.

Estes dados podem ser corroborados com os estudos de Gomes *et al.* (2018), Ginés (2020), Li (2023) que demonstraram a existência de barreiras ligadas ao autocuidado e o medo de falar sobre a doença. Algumas mulheres têm vergonha de se tocarem devido aos tabus existentes sobre a manipulação de seu corpo. Também, possuem estigmas relacionados à descoberta do câncer, como medo da morte e discriminação.

Uma das formas de minimizar esse problema seria por meio de campanhas educativas realizadas pelo governo federal e outras entidades não governamentais. Em 2019, na campanha Outubro Rosa foram discutidos os tabus e estigmas da doença dentre outros temas ligados ao câncer de mama. Assim, as campanhas de informação do governo, ONGs e empresas podem

mudar a percepção das pessoas e a cultura da sociedade. Além disso, o apoio em relação à doença e o suporte psicológico de acompanhamento representam o diferencial para as mulheres que sofrem com esses estigmas e discriminação (Oncoguia, 2020).

Trabalhos constataram que o retardo no diagnóstico ocorreu pelo desconhecimento sobre a doença pelas mulheres, e por serem menos receptivas às campanhas de mídia/saúde devido ao tabu e ao estigma enraizados. Também, o atraso no diagnóstico foi descrito pelo autor como o principal dificultador (60%) para o início do tratamento. Mulheres que já tiveram a doença ou conheciam alguém que já teve essa doença foram mais receptivas às informações sobre o câncer (Maanasa *et al.*, 2022).

Em seguida é analisado o construto sociedade_rede apoio social. A Tabela 07, a seguir, exhibe os valores alcançados.

Tabela 7

Sociedade_Rede Apoio Social

Indicadores	Opções	Frequência	Porcentagem
SRA1 - Mulheres apoiadas pela família se recuperam melhor do câncer de mama.	1	2	0,4%
	2	2	0,4%
	3	22	4,0%
	4	84	15,4%
	5	434	79,8%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador	4,74		
SRA2 - Mulheres apoiadas pelos amigos se recuperam melhor do câncer de mama.	1	2	0,4%
	2	3	0,6%
	3	34	6,3%
	4	97	17,8%
	5	408	75,0%
TOTAL GERAL		544	100,00%

Média Indicador	4,67		
SRA3 - As casas de apoio são importantes para as mulheres que realizam o tratamento fora do domicílio.	1	3	0,6%
	2	2	0,4%
	3	26	4,8%
	4	86	15,8%
	5	427	78,5%
TOTAL GERAL	544	100,00%	
Média Indicador	4,71		
SRA4 - Ter uma crença, independente da religião, é importante para o tratamento e recuperação das mulheres com câncer de mama.	1	7	1,3%
	2	12	2,2%
	3	38	7,0%
	4	93	17,1%
	5	394	72,4%
TOTAL GERAL	544	100,00%	
Média Indicador	4,57		
SRA5 - Mulheres que tem suporte psicológico se recuperam melhor do câncer de mama.	1	2	0,4%
	2	4	0,7%
	3	27	5,0%
	4	91	16,7%
	5	420	77,2%
TOTAL GERAL	544	100,00%	
Média Indicador	4,70		
SRA6 - As mídias sociais são bons instrumentos para disseminação de informações sobre câncer de mama.	1	4	0,7%
	2	7	1,3%
	3	62	11,4%

	4	100	18,4%
	5	371	68,2%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador		4,52	

Nota: as âncora utilizadas foram “1” para “discordo totalmente” e “5” para “concordo totalmente”
 Fonte: dados da pesquisa.

O construto analisado é a sociedade_rede apoio social. Analisando-se a Tabela 07, é possível identificar que os respondentes apresentam um alto nível de concordância em relação a todos os indicadores desse construto.

A média de todos os indicadores é superior a 4,5 pontos chegando até 4,74 pontos para o indicador “SRA1 - Mulheres apoiadas pela família se recuperam melhor do câncer de mama”. Conseqüentemente, as alternativas “4” e “5” foram as mais escolhidas pelos respondentes com alguns indicadores apresentando mais de 90% e nenhum deles com valores abaixo de 85%. Ressalta-se ainda que a opção “5” que representa o maior nível de concordância foi a preferida dos respondentes com pelo menos 68% de todas as respostas para todos os indicadores e em algumas situações ultrapassando os 75% da preferência – indicadores SRA1, SRA2, SRA3 e SRA5. Assim, os respondentes – em sua grande maioria – avaliam que as redes de apoio social são muito importantes para as mulheres portadoras de câncer de mama.

A literatura apresenta diversos estudos sobre a rede de apoio a essas mulheres com resultados semelhantes aos encontrados. Pesquisas na Etiópia revelaram que a prevalência de depressão entre as pacientes com câncer de mama foi de 25%. Essa depressão está associada ao baixo apoio social dado pela família, amigos e outras redes de apoio social (Wondimagegnehu *et al.*, 2019).

A rede apoio familiar desempenha importante papel devido à proximidade dos doentes como forma de enfrentamento de situações de estresse e gestão da doença. Além disso, inspiram confiança e encorajam o tratamento proposto (Li *et al.*, 2023). Cerca de 64,3% das doentes têm suporte social familiar em uma categoria boa, 48,2% autoestima em uma categoria de nível moderado, 28,6% autoestima elevada. Desse modo, quanto melhor o suporte social recebido da família melhor o nível de autoestima da mulher com câncer. Os grupos de convivência familiar precisam ser estimulados para se ter redes sociais de suporte para essas mulheres (Aprilianto; Lumadi & Handian, 2021).

Também foi observada significância dos parceiros no apoio à mulher com câncer de mama. Ou seja, as mulheres que tinham parceiros demonstravam escores melhores nos aspectos de relações sociais e psicológico, enquanto mulheres sem parceiros apresentavam mais vulnerabilidade aos tratamentos nesses mesmos quesitos. Assim, a correlação entre estado civil nos pares casado-separado e casado-solteiro e a extensão da doença na disseminação regional e distante mostram a importância dos aspectos emocionais envolvidos e a contribuição do apoio familiar e social ao contar e conversar com familiares, e até mesmo amigos e vizinhos (Vassilievitch, 2020).

Ter uma crença, independente da religião pode colaborar para melhor entendimento da doença. Além disso, promove a elaboração de estratégias de enfrentamento da situação ao proporcionar sentimentos de amor, fé e esperança, principalmente durante fases de estresse emocional, como situações de moléstias e ameaças de morte. O reconhecimento da importância da espiritualidade se mostra na prática de assistência à saúde pela associação ao bem-estar diante de momentos difíceis como a enfermidade (Macêdo, Gomes, & Bezerra, 2019 & Fabiano, 2023).

Em relação ao suporte emocional das mulheres com neoplasia de mama, Dinapoli *et al.*, 2021 apontam alguns fatores que contribuem para o comprometimento psicológico dessas mulheres, tais como, prejuízo da imagem corporal associada às alterações da sexualidade e redução da autoestima.

Esses autores explicam que 73,4% das mulheres com câncer têm disfunções sexuais após cirurgia de mama e hormonioterapia; alterações nos níveis hormonais após ovariectomia e os efeitos fisiológicos e psicológicos causados pela quimio e radioterapia. Essas mulheres apresentam medo da infertilidade, distorção da imagem corporal, redução da libido, dentre outros. A preocupação se fundamenta, uma vez que 53% dos adultos entre 65 e 74 anos são sexualmente ativos e os aspectos psicológicos relacionados ao câncer de mama podem permanecer durante anos.

Outro aspecto das redes de apoio sociais a ser mencionado são as casas de apoio que acolhem e oferecem às mulheres e a seus acompanhantes uma acomodação, enquanto realiza o tratamento fora do seu domicílio. O longo período de tratamento pode desestabilizá-las física, emocional e financeiramente (Wakiuchi *et al.*, 2017). Assim, a casa de apoio melhora a qualidade de vida durante a terapêutica (Alves *et al.*, 2012).

As mídias sociais são importantes maneiras de divulgação do câncer, seja por celebridades, conforme citado no referencial teórico das atrizes como Ana Paula Furtado, Patrícia Pillar, Angelina Jolie, entre outras que tiveram câncer de mama (Netto, 2019), ou por

outros meios de comunicação tais como televisão, rádio e pela internet como o *Google Trends*. O estudo de Alqahtani *et al.*, 2021 na Arábia Saudita, constatou que 52% das mulheres se informam sobre o câncer de mama por meio das mídias sociais (Campos, 2020).

Cohen, Cohen e Tijerina (2020) avaliaram o interesse público em 13 tipos de câncer por meio do banco de dados *Google Trends* durante uma década. Os resultados evidenciaram a importância das mídias sociais no combate ao câncer de mama, quando houve aumento da procura ligado a esse tema nos meses de conscientização quando comparado ao resto do ano. Estas descobertas ilustram o importante papel que a mídia desempenha ao facilitar o interesse público em cânceres comuns e seus métodos de triagem. Assim, os meses de campanhas de conscientização servem como instrumento relevante para aumentar o conhecimento por meio de pesquisas virtuais sobre determinada patologia.

A seguir, a Tabela 8 apresenta os resultados alcançados para o construto *governo_campanhas*.

Tabela 8

Governo_Campanhas

Indicadores	Opções	Frequência	Porcentagem
Gov_Cam1 - O governo realiza campanhas educativas de combate ao câncer de mama	1	16	2,9%
	2	53	9,7%
	3	178	32,7%
	4	159	29,2%
	5	138	25,4%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador		3,64	
Gov_Cam2 - As campanhas do governo (exemplo Outubro Rosa) contribuem no diagnóstico precoce câncer de mama.	1	7	1,3%
	2	16	2,9%
	3	96	17,6%
	4	152	27,9%
	5	273	50,2%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador		4,23	
	1	99	18,2%
	2	63	11,6%

Gov_Cam3 - Recordo-me da última temática da campanha Outubro Rosa, realizada pelo governo, para a prevenção do câncer de mama.	3	118	21,7%
	4	94	17,3%
	5	170	31,3%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador	3,32		
Gov_Cam4 - A periodicidade das campanhas de câncer de mama é adequada.	1	79	14,5%
	2	99	18,2%
	3	173	31,8%
	4	96	17,6%
	5	97	17,8%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador	3,06		
Gov_Cam5 - As campanhas sobre o câncer de mama realizadas pelo governo são boas.	1	30	5,5%
	2	58	10,7%
	3	198	36,4%
	4	161	29,6%
	5	97	17,8%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador	3,44		

Nota: as âncora utilizadas foram “1” para “discordo totalmente” e “5” para “concordo totalmente”
Fonte: dados da pesquisa.

Para o construto governo_campanhas, as opiniões dos respondentes são mais de concordância que discordância. Isso pode ser verificado pelo valor da média dos indicadores que estão todos acima da média de 3 pontos, além do indicador Gov_Cam2 - As campanhas do governo (exemplo Outubro Rosa) contribuem para o diagnóstico precoce câncer de mama”, que possui um alto nível de concordância com a média de 4,23 pontos. A opção 3, que representa neutralidade, foi a mais escolhida em três indicadores – Gov_Cam1, Gov_Cam4 e Gov_Cam5.

Mas para todos os construtos, as opções “4” e “5” em conjunto representam a maioria das respostas em comparação com as opções “1” e “2”, sendo que para os indicadores Gov_Cam1, Gov_Cam2 e Gov_Cam5 as opções de concordância representam mais do dobro de seleções que as opções de discordância.

De uma forma geral, os respondentes consideram que o governo realiza campanhas e a grande maioria considera fortemente que a campanha Outubro Rosa colabora

significativamente para o diagnóstico da doença. Em relação à qualidade e periodicidade das campanhas, apesar da concordância mais positiva em relação a esses aspectos, muitos entrevistados não consideram que a qualidade das campanhas seja adequada, assim como a sua periodicidade.

Pesquisas científicas corroboram os resultados desta dissertação quanto à influência das campanhas na conscientização sobre o câncer de mama. Mohamad e Kok (2019) estudaram sobre o interesse na busca de informações sobre o câncer de mama na Malásia durante 11 anos, por meio do *Google Trends*. Os principais assuntos procurados sobre o câncer de mama foram os sintomas de câncer de mama, a conscientização do câncer de mama, câncer de mama na Malásia e nódulo na mama. Enquanto para mamografia foram mamografia Malásia, câncer de mama, triagem de mamografia e teste de mamografia. Houve crescimento inicial 30 dias antes da campanha governamental, atingindo o pico durante a campanha e decaindo após 30 dias da campanha, revelando a influência da campanha promovida pelo governo sobre a conscientização do câncer de mama. No Brasil, também foi constatado que existe uma predisposição de queda na busca por câncer de mama e consistência na pesquisa por mamografia fora dos meses de outubro e aumento significativo destas pesquisas no mês do Outubro Rosa. (INCA, 2021).

Quintanilha *et al.*, (2019) avaliaram as campanhas publicitárias de câncer de mama no Brasil por meio do banco de dados do *Google Trends*. Os resultados mostraram que há uma tendência de busca no *Google* do termo 'câncer de mama', seguido dos termos 'câncer de próstata'. Em relação às regiões brasileiras, a procura para câncer de mama foi maior em todas as regiões, sendo nas regiões Norte de 76,4% e Nordeste de 72% para o termo mama.

Verificou-se também uma sazonalidade na busca pelos termos 'câncer de mama' para o mês de outubro e 'câncer de próstata' para o mês de novembro nos últimos 5 anos. Esse comportamento de busca por esses termos pela população na Internet está relacionado às campanhas 'Outubro Rosa' e 'Novembro Azul', mostrando o interesse da população pelo assunto pelo aumento de buscas no meio virtual. A mídia tem o poder de afetar o interesse da população por determinado assunto, tais como, quando atores famosos ficam doentes e as buscas pelo termo diagnóstico aumentam (Quintanilha *et al.*, 2019).

As campanhas informativas das mídias afetam o interesse da população por determinados temas que são percebidas pelo aumento de procura sobre o assunto, pela saturação de atenção que causa desinteresse por outro tema quando exposto seguidamente e pelo gênero quanto ao cuidado com a saúde. Esses fatores revelam a mobilização da população pelo

conhecimento acerca do câncer de mama, legítima a influência das mídias sobre a população e a eficiência das campanhas do câncer de mama (Quintanilha *et al.*, 2019).

Quanto à periodicidade das campanhas, 27 mulheres foram interrogadas sobre a lembrança mais recente de campanha de conscientização do câncer de mama realizada pelo governo. Os resultados mostraram que nenhuma entrevistada se recordava de nenhuma campanha, ou de como a campanha havia abordado o tema. Essas mulheres conseguiram recordar o mês da realização da campanha ou as ações não governamentais oferecidas no mesmo período. O mês de outubro foi escolhido para abordar o câncer de mama, mas o assunto deveria ser discutido no decorrer dos outros meses do ano, devido ser uma doença que mata milhares de mulheres anualmente (Veloso, 2019; Bueno & Cunha, 2023).

Esses resultados foram validados por outras pesquisas realizadas em temáticas distintas da área da saúde como a doação de sangue e doação de órgãos realizadas na área de marketing social, as quais demonstraram que as campanhas existem. Entretanto, as pessoas não se lembram das mesmas, além de apontarem sua qualidade e periodicidade como inadequadas (Rezende *et al.*, 2015; Pereira *et al.*, 2016 & Veloso, 2019).

O governo_linhas de cuidados governamentais foi último construto pesquisado - ver Tabela 9

Tabela 9

Governo: Linhas de cuidados governamentais

Indicadores	Opções	Frequência	Porcentagem
Gov_Cui1 - O governo se preocupa em atualizar as ações públicas relacionadas ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama.	1	58	10,7%
	2	120	22,1%
	3	214	39,3%
	4	102	18,8%
	5	50	9,2%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador	2,94		
Gov_Cui2 - As mulheres brasileiras têm facilidade de acesso à mamografia.	1	135	24,8%
	2	141	25,9%
	3	172	31,6%
	4	73	13,4%
	5	23	4,2%
TOTAL GERAL		544	100,00%

Média Indicador	2,46		
Gov Cui3 - O SUS oferece ações adequadas para o atendimento as mulheres com câncer de mama.	1	94	17,3%
	2	133	24,4%
	3	184	33,8%
	4	94	17,3%
	5	39	7,2%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador	2,73		
Gov Cui4 - O governo possibilita acesso rápido para início tratamento quando diagnosticado câncer de mama.	1	132	24,3%
	2	139	25,6%
	3	174	32,0%
	4	64	11,8%
	5	35	6,4%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador	2,51		
Gov_Cui5 - O governo promove a criação de incentivos financeiros para paciente acometidos com câncer, tais como: Isenção de alguns impostos, retirada antecipada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, entre outros.	1	91	16,7%
	2	106	19,5%
	3	157	28,9%
	4	91	16,7%
	5	99	18,2%
TOTAL GERAL		544	100,00%
Média Indicador	3,0		

Nota: as âncora utilizadas foram “1” para “discordo totalmente” e “5” para “concordo totalmente”

Fonte: dados da pesquisa.

O último construto analisado é o governo_linhas de cuidados governamentais, o qual apresenta – em geral - um nível mais alto de discordância que de concordância dos respondentes. Os valores da média dos indicadores estão um pouco abaixo do valor médio de 3,0 pontos, com exceção do indicador Gov_Cui5, que obteve o valor exato de 3 pontos. Isso se reflete na distribuição de frequência dos indicadores desse construto. A opção neutra que representa a alternativa “3” foi a mais assinalada para todos os cinco indicadores.

Além disso, as opções “1” e “2” em conjunto que representam diferentes níveis de discordância em relação ao conteúdo do indicador foram mais marcadas do que as opções “3” e “4” que representam diferentes níveis de concordância, sendo que para alguns indicadores o

nível de discordância é mais do que o dobro do nível de concordância – Gov_Cui2 e Gov_Cui4. Isso significa que os respondentes – em alguma medida – consideram que o governo não apoia de forma adequada as mulheres com câncer de mama.

Os resultados desta pesquisa constataam que, apesar de existirem políticas governamentais para os pacientes com neoplasias malignas no Estado Brasileiro, conforme descritas no referencial teórico, elas são consideradas insuficientes pela população, conforme resultado da pesquisa desta dissertação (Bueno & Cunha, 2023; Santos & Esquiavan, 2023). Estes dados são corroborados pela literatura, a qual revelou que os pacientes que tiveram diagnóstico positivo de câncer de mama, no ano de 2021 no Brasil, na maioria dos casos (50.9%) os indivíduos iniciaram o tratamento do câncer ultrapassados 60 dias do diagnóstico efetivo (INCA,2022).

A mamografia é considerada ‘protótipo ouro’ na detecção do câncer de mama. Todavia, as mulheres ainda apresentam dificuldade de rastreamento do câncer de mama devido à quantidade insuficiente de mamógrafos no País. Em abril de 2021 havia aproximadamente 5 mil mamógrafos no Brasil, mas apenas 4.844 eram utilizados. Em maio de 2022, a quantidade de mamógrafos subiu para 6.642. (Couto et al., 2017), (Costa et al., 2021), (Galati et al., 2022), (INCA, 2021), (INCA, 2022), (Orlandini, 2021). Neste contexto, Bueno e Cunha (2023), também, encontraram resultados análogos, demonstrando a insatisfação das mulheres na realização da mamografia, seja pela disponibilidade de maquinários insuficientes para prevenção e tratamento, bem como, a discordância de rastreamento por mamografia apenas para mulheres acima de 50 anos.

No Brasil, a mamografia está preconizada, como forma de rastreamento, na faixa etária de 50 a 69 anos. A cobertura mamográfica na faixa etária de 50 a 59 anos, foi estudada por Barreto, Mendes e Thuler (2012), que encontraram 56,7% de mulheres atendidas num total de 3.608. Romero, Shimocomaq, Medeiros (2017), evidenciaram 23% de 238 mulheres. Enquanto dados do INCA (2022), encontraram 30% de 3.497.439 exames realizados de 50 a 59 anos (INCA, 2022).

A seguir é apresentado o *Common Method Bias* (CMB).

5.5 Common Method Bias

Para esta dissertação, todos os indicadores em conjunto possuem uma variância explicada para o único fator no valor de 17,34%, indicando a não ocorrência de problemas de CMB. Esse resultado foi obtido por meio da aplicação de Harman's Single-Factor para verificar

se existe a ocorrência da CMB em relação à amostra utilizada conforme descrito na metodologia.

5.6 Etapas da Validação das Escalas

A análise dos dados para a validação das escalas ocorreu por meio de duas etapas utilizando a amostra sem os *outliers* – com 544 casos – que foi dividida em duas amostras. A primeira amostra a ser usada na primeira etapa da análise de dados é formada por 181 elementos. E a amostra a ser usada nas etapas de confirmação da unidimensionalidade e confiabilidade das escalas, além das validades convergente, discriminante e nomológicas é formada por 363 elementos. Esse valor é adequado para a utilização da técnica de modelagem de equações estruturais, a qual demanda a razão de 10 elementos da amostra para cada variável paramétrica da amostra (Hair *et al.*, 2009). No caso desta dissertação são 31 variáveis, o que demanda uma amostra mínima de 310 elementos, o que é atendido.

A segunda etapa será descrita nos itens de validade convergente e de validade discriminante. Conforme itens 9 e 10.

5.7 Unidimensionalidade

As escalas testadas nesta dissertação são formadas por seis construtos quanto à unidimensionalidade. Assim, o primeiro construto a ser analisado é o indivíduo_autoestima_sexual, cujos resultados são apresentados pela Tabela 10, a seguir.

Tabela 10

Resultados da AFE para o construto indivíduo_autoestima_sexual

Indicadores	Carga Fatorial	Comunalidade
A mulher se sente menos atraente durante o tratamento do câncer de mama.	0,812	0,660
O diagnóstico e tratamento do câncer de mama podem influenciar no desejo sexual da mulher.	0,901	0,811
A retirada da mama pode ser responsável pela sensação de redução da feminilidade da mulher.	0,765	0,586
As mulheres têm conhecimento das ações públicas que garantem benefícios para portadores de câncer de mama.	0,181	0,033
A reconstrução mamária com implante de prótese auxilia a recuperação da autoestima da mulher.	0,235	0,055
Variância Explicada		42,90%
KMO		0,633
Teste de Esfericidade de Bartlett	X^2	182,979

df	10
Sig.	0,000

Fonte: dados da pesquisa.

Ao analisar a Tabela 10, verifica-se que o construto indivíduo_autoestima_sexual é formado por somente um fator, ou seja, ele é unidimensional.

Todavia, dois indicadores possuem parâmetros que apresentam valores abaixo do recomendando, como por exemplo, “as mulheres têm conhecimento das ações públicas que garantem benefícios para portadores de câncer de mama” e “A reconstrução mamária com implante de prótese auxilia a recuperação da autoestima da mulher”. Esses dois indicadores apresentam valores muito baixos da carga fatorial que deve ser de pelo menos 0,700 e também para a comunalidade, que deve ser de no mínimo 0,500, sendo que para amostras grandes, como é o caso desta dissertação, valores mais baixos são aceitáveis (Hair *et al.*, 2009).

O próximo passo é a realização de uma nova análise fatorial exploratória na qual se retiram estes dois indicadores. Assim, nesse momento o construto indivíduo_autoestima_sexual passa a ser composto por três indicadores e o objetivo continua a verificar se ele é unidimensional e se os pressupostos para se considerar os resultados válidos são satisfeitos.

Os resultados alcançados pela AFE estão presentes na Tabela 11, a seguir.

Tabela 11

Resultados da AFE para o construto indivíduo_autoestima_sexual

Indicadores	Carga Fatorial	Comunalidade
A mulher se sente menos atraente durante o tratamento do câncer de mama.	0,824	0,679
O diagnóstico e tratamento do câncer de mama podem influenciar o desejo sexual da mulher	0,908	0,824
A retirada da mama pode ser responsável pela sensação de redução da feminilidade da mulher.	0,771	0,594
Variância Explicada		69,88%
KMO		0,622
Teste de Esfericidade de Bartlett	X²	177,407
	df	3
	Sig.	0,000

Fonte: dados da pesquisa.

Novamente, verifica-se que o construto indivíduo_autoestima_sexual é formado por somente um fator. Ao contrário do que ocorreu anteriormente, os valores alcançados pela

análise fatorial exploratória são muito bons. Os valores das cargas fatoriais e da comunalidade estão acima dos valores mínimos exigidos.

Em relação aos pressupostos, todos eles foram atendidos. As três correlações possíveis entre os três indicadores são todas estatisticamente significativas. O Teste de Esfericidade de Bartlett é significativo em nível de 0,000, bem como o valor do Teste do KMO é pouco superior 0,600, o que é aceitável em termos de se testar a escala no contexto brasileiro.

O próximo construto é o indivíduo_conhecimento cujos resultados são apresentados pela Tabela 12, a seguir.

Tabela 12

Resultados da AFE para o construto indivíduo_conhecimento

Indicadores	Fator 1	Fator 2
O autoexame mensal das mamas facilita o diagnóstico precoce do câncer de mama.	0,554	0,016
A mamografia é o principal instrumento para detecção precoce do câncer de mama.	0,586	0,367
As mulheres sabem reconhecer nódulos ou secreções anormais na mama, a partir do autoexame.	0,556	0,501
Mulheres sem histórico familiar de câncer de mama acham que não desenvolverão a doença.	0,081	0,847
As mulheres têm conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama.	0,687	0,016
Variância Explicada		50,83%
KMO		0,578
Teste de Esfericidade de Bartlett	X²	25,213
	df	10
	Sig.	0,05

Fonte: dados da pesquisa.

Os resultados mostram que o construto indivíduo_conhecimento é composto por dois fatores sendo que o Fator 1 é composto pelos indicadores:

- O autoexame mensal das mamas facilita o diagnóstico precoce do câncer de mama.
- As mulheres sabem reconhecer nódulos ou secreções anormais na mama, a partir do autoexame.
- As mulheres têm conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama.

O segundo fator é formado somente pelo indicador “Mulheres sem histórico familiar de câncer de mama acham que não desenvolverão a doença”.

Em relação ao indicador “a mamografia é o principal instrumento para detecção precoce do câncer de mama” verifica-se que ele possui valores considerados altos – mais de 0,300 – em ambos indicadores. Por conseguinte, optou-se por utilizar a regra da ocorrência de cargas cruzadas descrita por Vos *et al.*, (2019) e por Pijls *et al.*, (2017) que descrevem que a maior carga fatorial deve ser superior a 0,600 e que a carga do segundo fator não deve ser superior a 0,300. Quando essa situação não ocorre, existe a ocorrência de carga cruzada e a recomendação é de que esse indicador deve ser retirado das análises de validação subsequentes. Significa que o pesquisador não consegue “designá-lo” para um fator específico.

Ao analisar o conteúdo dos dois fatores, constata-se que o Fator 1 diz respeito aos aspectos do autoexame e fatores de risco. O Fator 2 composto por somente um indicador representa as crenças das mulheres sobre o histórico familiar.

A próxima etapa foi testar o construto indivíduo_conhecimento com os três indicadores restantes. A Tabela 13, a seguir, exhibe os valores gerados pela nova análise fatorial exploratória.

Tabela 13

Resultados da AFE para o construto indivíduo_conhecimento

Indicadores	Carga Fatorial	Comunalidade
O autoexame mensal das mamas facilita o diagnóstico precoce do câncer de mama.	0,584	0,341
As mulheres sabem reconhecer nódulos ou secreções anormais na mama, a partir do autoexame.	0,681	0,464
As mulheres têm conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama.	0,715	0,512
Variância Explicada		43,88%
KMO		0,560
Teste de Esfericidade de Bartlett	X²	13,047
	df	3
	Sig.	0,05

Fonte: dados da pesquisa.

Os resultados indicam que, conforme previsto, o construto indivíduo_conhecimento gerou somente um fator. Todavia, alguns parâmetros apresentam valores considerados inadequados como resultados da análise fatorial exploratória.

No caso do indicador “o autoexame mensal das mamas facilita o diagnóstico precoce do câncer de mama”, os valores para a comunalidade e para a carga fatorial estão baixos, assim como o valor do Teste KMO e o valor da variância explicada.

Assim, decidiu-se fazer uma nova análise fatorial exploratória para o construto *indivíduo_conhecimento* a partir da retirada desse indicador. A Tabela 14 a seguir exhibe os valores alcançados pela nova AFE.

Tabela 14

Resultados da AFE para o construto indivíduo_conhecimento

Indicadores	Carga Fatorial	Comunalidade
As mulheres sabem reconhecer nódulos ou secreções anormais na mama, a partir do autoexame.	0,777	0,603
As mulheres têm conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama.	0,777	0,603
Variância Explicada		60,30%
KMO		0,500 ¹
Teste de Esfericidade de Bartlett	X²	7,738
	df	1
	Sig.	0,

Nota: 1) quando o construto é composto por dois indicadores o valor do Teste KMO será por *default* sempre igual a 0,500.

Fonte: dados da pesquisa.

Ao analisar a Tabela 14 é possível perceber que o construto *indivíduo_conhecimento* é unidimensional. Os pressupostos para considerar os resultados gerados pela análise fatorial exploratória foram atendidos.

O valor da única correlação é significativo em nível de 0,003. O valor do Teste KMO é sempre igual a 0,500 quando a AFE é realizada por somente dois indicadores. Além disso, o Teste de Esfericidade de Bartlett possui um *p*-valor igual 0,005. Em relação aos valores da comunalidade e da carga fatorial, eles podem ser classificados como adequados, atendendo aos critérios descritos por Hair *et al.*, (2019).

A seguir, a Tabela 15 contendo os valores da AFE apurados para o construto *sociedade_tabu* e *estigma*.

Tabela 15*Resultados da AFE para o construto sociedade_tabu e estigma*

Indicadores	Carga Fatorial	Comunalidade
Há um estigma que recai sobre as mulheres com câncer de mama, uma vez que a doença pode representar algo ruim.	0,588	0,346
O câncer de mama pode levar a emoções e atitudes negativas como vergonha e culpa.	0,704	0,495
Há pessoas que acham que falar de câncer atrai a doença.	0,667	0,445
Mulheres com câncer de mama são discriminadas.	0,726	0,527
Os tabus impactam o diagnóstico precoce e o tratamento do câncer de mama.	0,778	0,605
Variância Explicada		48,34%
KMO		0,754
Teste de Esfericidade de Bartlett	X²	174,591
	df	10
	Sig.	0,000

Fonte: dados da pesquisa.

Os dados presentes na Tabela 15 confirmam que o construto sociedade_tabu e estigma é unidimensional, sendo formado por somente um fator.

Contudo o indicador “há um estigma que recai sobre as mulheres com câncer de mama, uma vez que a doença pode representar algo ruim” possui valores para a comunalidade e para a carga fatorial abaixo do mínimo recomendável.

Por isso, este indicador foi retirado do construto sociedade_tabu e estigma e procedeu-se a uma nova AFE. Os valores obtidos são apresentados pela Tabela 16 a seguir.

Tabela 16*Resultados da AFE para o construto sociedade_tabu e estigma*

Indicadores	Carga Fatorial	Comunalidade
O câncer de mama pode levar a emoções e atitudes negativas como vergonha e culpa.	0,699	0,489
Há pessoas que acham que falar de câncer atrai a doença.	0,720	0,519
Mulheres com câncer de mama são discriminadas.	0,730	0,533
Os tabus impactam no diagnóstico precoce e no tratamento do câncer de mama.	0,801	0,641

Variância Explicada		54,54%
KMO		0,713
Teste de Esfericidade de Bartlett	X²	140,721
	df	6
	Sig.	0,000

Fonte: dados da pesquisa.

No caso do construto sociedade_tabu e estigma percebe-se que ele é unidimensional, sendo formado por somente uma dimensão.

Os valores da comunalidade e da carga fatorial são iguais ou superiores a 0,700 e a 0,500 respectivamente, exceto para o indicador “o câncer de mama pode levar a emoções e atitudes negativas como vergonha e culpa” com o valor da comunalidade de 0,489. Em função do tamanho da amostra, o valor de 0,500 torna-se mais flexível.

Em relação aos pressupostos, o valor do Teste de Esfericidade de Bartlett possui um valor significativo de 0,000. Além disso, o valor do Teste KMO é superior a 0,710 e todas as seis correlações existentes entre os quatro indicadores são estatisticamente significativas. Portanto, todos os resultados obtidos a partir da execução da análise fatorial exploratória podem ser considerados válidos.

O próximo construto a ser analisado é o sociedade_rede apoio social cujos resultados são exibidos na Tabela 17, a seguir.

Tabela 17

Resultados da AFE para o construto sociedade_rede apoio social

Indicadores	Carga Fatorial	Comunalidade
Mulheres apoiadas pela família se recuperam melhor do câncer de mama.	0,858	0,737
Mulheres apoiadas pelos amigos se recuperam melhor do câncer de mama.	0,869	0,755
As casas de apoio são importantes para as mulheres que realizam o tratamento fora do domicílio.	0,609	0,371
Ter uma crença, independente da religião, é importante para o tratamento e recuperação das mulheres com câncer de mama.	0,551	0,304
Mulheres que têm suporte psicológico se recuperam melhor do câncer de mama.	0,807	0,652
As mídias sociais são bons instrumentos para disseminação de informações sobre câncer de mama.	0,389	0,151
Variância Explicada		49,50%
KMO		0,778

Teste de Esfericidade de Bartlett	X²	387,482
	df	15
	Sig.	0,000

Fonte: dados da pesquisa.

O construto sociedade_rede apoio social é unidimensional. A análise fatorial exploratória resultou somente um fator.

Ao analisar a Tabela 17 observa-se que os indicadores “as mídias sociais são bons instrumentos para disseminação de informações sobre câncer de mama”, “ter uma crença, independente da religião, é importante para o tratamento e recuperação das mulheres com câncer de mama” e “as casas de apoio são importantes para as mulheres que realizam o tratamento fora do domicílio” possuem valor abaixo dos valores de referência tanto para a carga fatorial, quanto para a comunalidade.

Por isso, decidiu-se retirá-los do construto sociedade_rede apoio social e proceder a uma nova análise fatorial exploratória com os três indicadores restantes. A Tabela 18, a seguir, apresenta os resultados alcançados.

Tabela 18

Resultados da AFE para o construto sociedade_rede apoio social

Indicadores	Carga Fatorial	Comunalidade
Mulheres apoiadas pela família se recuperam melhor do câncer de mama.	0,921	0,849
Mulheres apoiadas pelos amigos se recuperam melhor do câncer de mama.	0,924	0,854
Mulheres que têm suporte psicológico se recuperam melhor do câncer de mama.	0,823	0,677
Variância Explicada		79,32%
KMO		0,692
Teste de Esfericidade de Bartlett	X²	304,293
	df	3
	Sig.	0,000

Fonte: dados da pesquisa.

A partir da nova configuração do construto sociedade_rede apoio social constata-se que ele é formado por somente uma dimensão, ou seja, ele é unidimensional.

Além disso, todos os pressupostos necessários para considerar os resultados obtidos como aceitáveis foram satisfeitos. Todas as três correlações possíveis a partir dos três indicadores são estatisticamente significativas. O valor do Teste KMO é bem próximo de 0,700 e o valor sig. do Teste de Esfericidade de Bartlett é igual a 0,000. Esse construto apresenta ainda bons valores tanto para a carga fatorial, quanto para a comunalidade para os três indicadores.

O construto governo_campanhas é o próximo construto a ser analisado. Os dados estão presentes na Tabela 19, a seguir.

Tabela 19

Resultados da AFE para o construto governo_campanhas

Indicadores	Carga Fatorial	Comunalidade
O governo realiza campanhas educativas de combate ao câncer de mama.	0,740	0,548
As campanhas do governo (exemplo Outubro Rosa) contribuem para o diagnóstico precoce do câncer de mama.	0,699	0,489
Recordo-me da última temática da campanha Outubro Rosa, realizada pelo governo, para a prevenção do câncer de mama.	0,704	0,495
A periodicidade das campanhas de câncer de mama é adequada.	0,677	0,458
As campanhas sobre o câncer de mama realizadas pelo governo são boas.	0,824	0,680
Variância Explicada		53,38%
KMO		0,773
Teste de Esfericidade de Bartlett	X²	237,158
	df	10
	Sig.	0,000

Fonte: dados da pesquisa.

Os resultados mostram que o construto governo_campanhas é formado por somente uma dimensão – ver Tabela 19.

Contudo, o indicador “a periodicidade das campanhas de câncer de mama é adequada” apresenta valores inadequados para a comunalidade e para a carga fatorial. Por esta razão decidiu-se retirá-lo do construto governo_campanhas e realizar uma nova análise fatorial exploratória. Os resultados aferidos são exibidos na Tabela 20, a seguir.

Tabela 20*Resultados da AFE para o construto governo_campanhas*

Indicadores	Carga Fatorial	Comunalidade
O governo realiza campanhas educativas de combate ao câncer de mama.	0,773	0,598
As campanhas do governo (exemplo Outubro Rosa) contribuem para o diagnóstico precoce do câncer de mama.	0,765	0,585
Recordo-me da última temática da campanha Outubro Rosa, realizada pelo governo, para a prevenção do câncer de mama.	0,711	0,506
As campanhas sobre o câncer de mama realizadas pelo governo são boas.	0,799	0,639
Variância Explicada		58,19%
KMO		0,765
Teste de Esfericidade de Bartlett	X²	166,852
	df	6
	Sig.	0,000

Fonte: dados da pesquisa.

Inicialmente é possível verificar que o construto governo_campanhas continua sendo unidimensional, ou seja, sendo formado por somente um fator.

Em relação aos pressupostos para considerar os resultados da AFE, todos eles foram cumpridos. Todas as seis correlações possíveis entre os quatro indicadores são estatisticamente significativas, o valor do teste KMO é bem superior ao valor mínimo de 0,600 e o valor do Teste de Esfericidade de Bartlett tem um *p*-valor igual a 0,000.

Com a retirada do indicador “a periodicidade das campanhas de câncer de mama é adequada”, todos os indicadores passaram a apresentar valores adequados para a carga fatorial – igual ou superior a 0,700 – e para a comunalidade – igual ou superior a 0,500.

O último construto a ser analisado é o governo_linhas cuidados cujos resultados estão abaixo – ver Tabela 21.

Tabela 21*Resultados da AFE para o construto governo_linhas cuidados*

Indicadores	Carga Fatorial	Comunalidade
O governo se preocupa em atualizar as ações públicas relacionadas ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama.	0,673	0,453
As mulheres brasileiras têm facilidade de acesso à mamografia.	0,788	0,621
O SUS oferece ações adequadas para o atendimento as mulheres com câncer de mama.	0,872	0,761
O governo possibilita acesso rápido para início tratamento quando diagnosticado câncer de mama.	0,829	0,687
O governo promove a criação de incentivos financeiros para paciente acometidos com câncer, tais como: Isenção de alguns impostos, retirada antecipada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, entre outros.	0,344	0,118
Variância Explicada		52,80%
KMO		0,776
Teste de Esfericidade de Bartlett	X²	266,439
	df	10
	Sig.	0,000

Fonte: dados da pesquisa.

Ao analisar a Tabela 21 verifica-se que o construto governo_linha cuidados é também formado por somente uma dimensão.

Nesse caso, atesta-se também que o indicador “o governo promove a criação de incentivos financeiros para paciente acometidos com câncer, tais como: Isenção de alguns impostos, retirada antecipada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, entre outros”, possui valores considerados impróprios para a carga fatorial e também para a comunalidade.

Assim, como já ocorreu com os construtos anteriores, retirou-se esse indicador do construto em questão e procedeu-se a uma nova execução da análise fatorial exploratória para o construto governo_linhas cuidados.

A Tabela 22, a seguir, exhibe os valores alcançados a partir da AFE.

Tabela 22*Resultados da AFE para o construto governo_linhas cuidados*

Indicadores	Carga Fatorial	Comunalidade
O governo se preocupa em atualizar as ações públicas relacionadas ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama.	0,690	0,476
As mulheres brasileiras têm facilidade de acesso à mamografia.	0,808	0,652
O SUS oferece ações adequadas para o atendimento as mulheres com câncer de mama.	0,872	0,761
O governo possibilita acesso rápido para início tratamento quando diagnosticado câncer de mama.	0,821	0,674
Variância Explicada		64,09%
KMO		0,771
Teste de Esfericidade de Bartlett	X²	250,925
	df	6
	Sig.	0,000

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação à unidimensionalidade, os resultados mostram que foi gerado somente um fator. Apesar do indicador “o governo se preocupa em atualizar as ações públicas relacionadas ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama” apresentar valores pouco abaixo do mínimo indicado, optou-se por mantê-lo em virtude do tamanho da amostra. Todos os outros indicadores possuem valores acima de 0,500 para a comunalidade e acima de 0,700 para a carga fatorial.

Sobre os pressupostos, todos eles foram atendidos. Todas as seis correlações existentes a partir dos quatro indicadores são estatisticamente significativas. Ressalta-se ainda que o valor do Teste de Esfericidade de Bartlett possui um sig. igual a 0,000 e o valor do Teste KMO apresenta um valor bem acima de 0,600 que é o valor de referência.

5.8 Confiabilidade

Verifica-se cada uma das escalas utilizadas quanto à confiabilidade das escalas se conseguem distinguir entrevistados que são divergentes em relação ao que está sendo perguntado. A Tabela 23 a seguir exhibe os resultados obtidos para todos os construtos que compõem o modelo testado nesta dissertação.

Tabela 23*Valores do Alpha de Cronbach dos construtos*

Construto	Indicador	AC	AC se indicador for retirado
Indivíduo_autoestima e desejo sexual	A mulher se sente menos atraente durante o tratamento do câncer de mama.	0,777	0,731
	O diagnóstico e tratamento do câncer de mama podem influenciar no desejo sexual da mulher		0,557
	A retirada da mama pode ser responsável pela sensação de redução da feminilidade da mulher.		0,800
Indivíduo_conhecimento	As mulheres sabem reconhecer nódulos ou secreções anormais na mama, a partir do autoexame.	0,341	n. d.
	As mulheres têm conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama.		n. d.
Sociedade_tabu e estigma	O câncer de mama pode levar a emoções e atitudes negativas como vergonha e culpa.	0,720	0,681
	Há pessoas que acham que falar de câncer atrai a doença.		0,674
	Mulheres com câncer de mama são discriminadas.		0,665
	Os tabus impactam no diagnóstico precoce e no tratamento do câncer de mama		0,609
Sociedade_rede apoio social	Mulheres apoiadas pela família se recuperam melhor do câncer de mama.	0,865	0,765
	Mulheres apoiadas pelos amigos se recuperam melhor do câncer de mama.		0,754
	Mulheres que tem suporte psicológico se		0,905

	recuperam melhor do câncer de mama.		
Governo_campanhas	O governo realiza campanhas educativas de combate ao câncer de mama.	0,746	0,681
	As campanhas do governo (exemplo Outubro Rosa) contribuem para o diagnóstico precoce de câncer de mama.		0,685
	Recordo-me da última temática da campanha Outubro Rosa, realizada pelo governo, para a prevenção do câncer de mama.		0,734
	As campanhas sobre o câncer de mama realizadas pelo governo são boas.		0,659
Governo_linhas cuidados	O governo se preocupa em atualizar as ações públicas relacionadas ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama.	0,812	0,820
	As mulheres brasileiras têm facilidade de acesso à mamografia.		0,759
	O SUS oferece ações adequadas para o atendimento as mulheres com câncer de mama.		0,712
	O governo possibilita acesso rápido para início tratamento quando diagnosticado câncer de mama.		0,753

Nota: AC significa Alpha de Cronbach.

n. d. significa “não disponível”. O valor do A. C. caso o item seja excluído não é calculado nesse caso, pois, caso o item seja retirado o indicador ficará com somente um indicador, o que elimina a necessidade do cálculo do valor de A. C.

Fonte: dados da pesquisa.

Ao analisar os dados presentes na Tabela 23, verifica-se que o construto indivíduo_conhecimento não alcançou um resultado adequado para a confiabilidade da escala. O valor do Alpha de Cronbach é bem menor do que o mínimo aceitável de 0,600.

Em relação a todos os outros construtos, os resultados mostram que todas as escalas utilizadas são confiáveis. Inclusive, os valores para o Alha de Cronbach obtidos são todos acima de 0,800, denotando um bom nível de confiabilidade.

Ressalta-se que, apesar de alguns casos do valor do Alfa de Cronbach aumentar com a retirada de indicadores baixos, nesta pesquisa, os valores do A.C. já são bem maiores que o mínimo exigido. Então, optou-se por não retirar nenhum indicador, pois, o objetivo da verificação da confiabilidade não é atingir o maior valor para o Alpha de Cronbach e sim, verificar se as escalas são confiáveis.

5.9 Validade convergente

Em relação à validade convergente de cada um dos construtos que o compõe, procedeu-se a análise para verificar se os indicadores que compõem um determinado construto realmente possuem “força” suficiente para considerar a existência desse construto. Os valores alcançados para esses indicadores estão presentes na Tabela 24, a seguir.

Tabela 24

Valores Alcançados para a AVE e a CC

Construtos	AVE	CC
Governo_Campanha	0,474	0,781
Governo_Campanha – retirou cam3	0,516	0,759
Governo_Cuidado	0,542	0,825
Indivíduo_autoestima e desejo sexual	0,536	0,773
Sociedade_Rede apoio Social	0,730	0,889
Sociedade_tabu e estigma	0,314	0,578
sociedade_tabu e estigma – retirou STE2	0,346	0,514

Nota: os valores que estão em *itálico* e sublinhados são aqueles que não atingiram os valores mínimos requeridos.

Fonte: dados da pesquisa.

Ao avaliar a Tabela 24 verifica-se que o construto governo_campanhas apresentou um valor para a AVE menor do que 0,500. Para continuar os cálculos optou-se por retirar o indicador com o menor valor para o valor da carga fatorial – Gov_Cam3 “recordo-me da última temática da campanha Outubro Rosa, realizada pelo governo, para a prevenção do câncer de

mama” – e procedeu-se a um novo cálculo para os valores da AVE e da CC considerando os indicadores restantes – Gov_Cam1, Gov_Cam2 e Gov_Cam5.

A partir da retirada desse indicador tanto os valores da variância média extraída, quanto para o valor da confiabilidade composta passaram a exibir valores classificados como apropriados. Em suma, o construto governo_campanhas possui validade convergente.

O construto sociedade_tabu e estigma também apresentou valores para a variância média extraída abaixo dos valores mínimos de referência. Novamente decidiu-se retirar o indicador com o menor valor para a carga fatorial – STE2 “o câncer de mama pode levar a emoções e atitudes negativas como vergonha e culpa”. Como o indicador STE3 “há pessoas que acham que falar de câncer atrai a doença”, possui um valor muito baixo para a carga fatorial, ele também foi retirado e procedeu-se novamente os cálculos da AFE e da CC. Os resultados obtidos para os dois indicadores restantes – STE4 e STE5 – também não foram satisfatórios, indicando que esse construto não possui validade convergente, o que torna a escala inadequada para medir o seu conceito teórico.

Em relação aos outros três construtos – governo_cuidado, indivíduo_autoestima e desejo sexual e sociedade_rede apoio social -, os resultados mostram que eles possuem validade convergente e que os valores dos parâmetros de referência são superiores aos valores mínimos exigidos.

5.10 Validade discriminante

Nesta seção, ressalta-se que o valor da variância média extraída já foi calculado para cada um dos construtos na seção anterior que examinou a existência da validade convergente.

Nesta etapa será analisada a validade discriminante entre todos os construtos que formam o modelo a ser testado, considerando que o valor da relação entre os construtos é menor do que o valor da relação entre os indicadores que formam esses construtos. Ou seja, os valores das correlações entre os construtos deve ser o mais baixo possível e concomitantemente os valores das variâncias médias extraídas – AVEs – devem ser os mais altos possíveis (Hair et al., 2014; Kline, 2005; Malhotra; Nunan & Birks, 2017; Bagozzi; Yi & Phillips, 1991).

Os resultados alcançados são apresentados pela Tabela 25, a seguir. A diagonal principal mostra os valores da raiz quadrada da AVE do construto. Os seus valores estão em negrito.

Tabela 25

Matriz de correlação entre os construtos para verificar a ocorrência da validade discriminante

	Gov_Cam	Gov_Cui	IAS	SRA
Governo_campanha	0,718			
Governo_cuidado	<i>0,734</i>	0,736		
Indivíduo_autoestima e desejo sexual	-0,03	-0,124	0,732	
Sociedade_Rede apoio Social	0,248	0,058	0,179	0,854

Nota: Gov_Cam se refere ao construto governo_campanha. Gov_Cui se refere ao construto governo_cuidado. IAS se refere ao construto indivíduo_autoestima e desejo sexual. SRA se refere ao construto sociedade_rede apoio social.

Fonte: dados da pesquisa.

Analisando-se os dados exibidos pela Tabela 25 conclui-se que a validade discriminante foi alcançada para todos os pares de construtos, exceto para a relação entre governo_campanha e governo_cuidado – correspondente ao valor sublinhado e em itálico na Tabela X, cuja diferença para interpretar o resultado de forma diferente é de somente 0,016.

Assim, é possível considerar que os resultados são muito positivos, em virtude de que os pesquisadores poderão utilizar essas escalas com maior tranquilidade a partir da verificação que não existe sobreposição ou redundância entre os construtos e que eles realmente medem opiniões, objetos, comportamentos ou percepções diferentes das pessoas que compõem as amostras.

5.11 Modelagem de Equações Estruturais

Nesta seção será realizada a modelagem de equações estruturais, calculando forma sincrônica os valores das cargas fatoriais de todos os indicadores representativos do conteúdo das escalas utilizadas para mensurar os construtos, assim como os valores das relações entre esses construtos. (Hair *et al.*, 2014 & Kline, 2005).

Os valores das cargas fatoriais alcançados pelos indicadores – que representam as escalas – de cada um dos construtos e a sua significância estatística são presentes na Tabela 26, a seguir.

Tabela 26*Valor das cargas fatoriais dos indicadores*

Construto	Indicador	Valor	Significância
Governo_campanha	Gov_Cam1 - O governo realiza campanhas educativas de combate ao câncer de mama	0,709	***
	Gov_Cam2 - As campanhas do governo (exemplo Outubro Rosa) contribuem no diagnóstico precoce câncer de mama.	0,567	***
	Gov_Cam5 - As campanhas sobre o câncer de mama realizadas pelo governo são boas.	0,841	***
Governo_Cuidado	Gov_Cui1 - O governo se preocupa em atualizar as ações públicas relacionadas ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama.	0,712	***
	Gov_Cui2 - As mulheres brasileiras têm facilidade de acesso à mamografia.	0,752	***
	Gov_Cui3 - O SUS oferece ações adequadas para o atendimento as mulheres com câncer de mama.	0,728	***
	Gov_Cui4 - O governo possibilita acesso rápido para início tratamento quando diagnosticado câncer de mama.	0,748	***
Indivíduo_autoestima e desejo sexual	IAS1 - A mulher se sente menos atraente durante o tratamento do câncer de mama.	0,606	***
	IAS2 - O diagnóstico e tratamento do câncer de mama podem influenciar o desejo sexual da mulher	0,834	***
	IAS3 - A retirada da mama pode ser responsável pela sensação de redução da feminilidade da mulher.	0,739	***
Sociedade_Rede apoio Social	SRA1 - Mulheres apoiadas pela família se recuperam melhor do câncer de mama.	0,921	***
	SRA2 - Mulheres apoiadas pelos amigos se recuperam melhor do câncer de mama.	0,913	***
	SRA5 - Mulheres que têm suporte psicológico se recuperam melhor do câncer de mama.	0,716	***

Nota: *** indica que a relação é estatisticamente significativa em nível de 0,001.

Fonte: Dados da pesquisa.

Analisando-se a Tabela 26, é possível concluir que todos os indicadores restantes da aplicação de técnicas estatísticas ao longo da análise de dados são estatisticamente significativos.

Outro aspecto a ser considerado é que a modelagem de equações estruturais oferece ao pesquisador índices de ajuste, os quais são úteis para verificar se o modelo testado e os seus resultados obtidos podem ser avaliados como válidos ou não.

Esta dissertação utiliza os seguintes índices: o X^2/df (Qui-quadrado Normado), o valor do índice de qualidade do ajuste (GFI), o valor do índice comparativo de ajuste (CFI), o valor do índice incremental de ajuste (IFI), o valor do índice de Tucker-Lewis (TLI) e o valor da raiz do quadrado média residual (RMR)

A Tabela 27, a seguir, apresenta os resultados alcançados para os índices de ajuste.

Tabela 27

Índices de ajuste do modelo proposto

Índice de ajuste	Valor obtido	Valor de referência¹
X^2/df	3,730	≥ 3 ou valores um pouco superiores em modelos complexos
GFI	0,916	$\geq 0,90$
CFI	0,922	$\geq 0,90$
IFI	0,923	$\geq 0,90$
TLI	0,897	$\geq 0,90$
RMR	0,063	$\leq 0,08$ com CFI acima de 0,92

Nota¹: valores para amostra com mais de 250 elementos e o modelo composto entre 12 e 30 variáveis observadas.

Fonte: dados da pesquisa e Hair *et al.*, (2014).

Ao analisar o conteúdo da Tabela 27 verifica-se que os resultados indicam que o modelo é válido. Somente o Qui-Quadrado normado apresentou um valor acima do mínimo aceitável. Os outros índices são considerados adequados ou estão muito próximos dos valores considerados adequados.

Os construtos que se mostram válidos foram governo_campanha, governo_cuidado, indivíduo_autoestima e desejo sexual, sociedade_rede apoio social. Assim, estes quatro construtos ratificados pelo teste de validação de escala poderão ser utilizados, conforme descrito na literatura, para trabalhar problemas perversos que se encontram enraizados na sociedade, como é o caso do câncer de mama, no qual há necessidade de ações e realização em conjunto dos três níveis de atuação do marketing macrossocial (Andreasen, 2006; Gordon, 2012; Kennedy & Parsons 2012).

Essas estratégias de marketing macrossocial devem ser realizadas concomitantemente nos três níveis de âmbito social: *upstream* (governo), *midstream* (sociedade) e *downstream* (indivíduo). (Kennedy & Parsons, 2012; Nguyen *et al.*, 2014; Huff *et al.*, 2017). Esta atuação deve ser realizada a nível de sistemas, de forma holística objetivando modificar regulamentos normativos pré-existentes e institucionalizados (Kennedy & Parsons, 2012 & Kennedy, 2016).

O primeiro construto *governo_campanha* foi validado com três indicadores dos cinco iniciais, sendo eliminados *Gov_Cam3* “Recordo-me da última temática da campanha Outubro Rosa”, realizada pelo governo, para a prevenção do câncer de mama” e o *Gov_Cam4* “A periodicidade das campanhas de câncer de mama é adequada”.

A validação de três indicadores no construto *governo_campanha* reforça a importância do governo (nível *upstream*), dentro da perspectiva do marketing macrossocial na realização de ações no âmbito governamental, objetivando influenciar mudança de determinado comportamento em favor da sociedade (Domegan, 2008; Kennedy & Parsons, 2012, Huff *et al.*, 2017, Duffy, Northey & Van Esch, 2017).

Entretanto a ausência de validação da qualidade e a periodicidade das campanhas, conforme abordado anteriormente, apontam para a necessidade de potencialização das campanhas por meio da abordagem dos três níveis do marketing macrossocial (indivíduos, sociedade e governo) (Kennedy, 2016; Duffy, Northey & Van Esch, 2017; Kemper & Ballantine, 2017, Truong, 2017, WHO, 2020; Barrios, 2021 & Bastos *et al.*, 2022).

O segundo construto *governo_cuidado* foi validado com quatro indicadores dos cinco iniciais, sendo eliminado *Gov_Cui5* “O governo promove a criação de incentivos financeiros para paciente acometidos com câncer, tais como: Isenção de alguns impostos, retirada antecipada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, entre outros”.

O nível *upstream* também compreende a elaboração de regulamentos e normas que sejam capazes de abolir atitudes indesejadas no indivíduo, por meio da criação ou alteração das leis existentes (Carvalho; Mazzon, 2015; Truong, 2017). Conforme resultado desta pesquisa, foram validados quatro indicadores no construto *governo_cuidado* e apenas o indicador “O governo promove a criação de incentivos financeiros para paciente acometidos com câncer” foi eliminado. Isto reflete a necessidade de maior parceria entre governo, colaboradores, agentes públicos e legisladores na realização e atualização de políticas públicas em prol dos pacientes com câncer (Macfadyen *et al.*, 1999; Andreasen, 2003; Domegan, 2008; Kennedy & Parsons, 2012).

O terceiro construto *indivíduo_autoestima e desejo sexual* foi validado com três indicadores dos cinco iniciais, sendo eliminado *IAS4* “As mulheres têm conhecimento das ações públicas que garantem benefícios para portadores de câncer de mama” e o *IAS5* “A reconstrução mamária com implante de prótese auxilia a recuperação da autoestima da mulher”.

O nível *downstream*, representado construto *indivíduo_autoestima e desejo* está relacionado ao comportamento do indivíduo. Por ter uma visão micro, apresenta uma abordagem mais complexa, pois sofre influência dos demais níveis do marketing macrossocial

(*downstream* e *upstream*). As ações neste nível procuram conscientizar o indivíduo a mudar suas atitudes e pensamentos negativos que estão em desacordo com a sociedade, como ocorre durante o tratamento do câncer de mama, descrito na modelagem de equações estruturais (Macfadyen *et al.*, 1999; May, Previte, 2016; Kennedy, 2016; Huff *et al.*, 2017; Moschien *et al.*, 2021 & Sala *et al.*, 2022).

O quarto construto sociedade_rede apoio social foi validado com três indicadores dos seis iniciais, sendo eliminado SRA3 “As casas de apoio são importantes para as mulheres que realizam o tratamento fora do domicílio”, SRA4 “Ter uma crença, independente da religião, é importante para o tratamento e recuperação das mulheres com câncer de mama” e o SRA6 “As mídias sociais são bons instrumentos para disseminação de informações sobre câncer de mama”.

O construto sociedade_rede apoio social faz parte do nível *midstream*. Validou três indicadores além de apresentar maiores valores das cargas, conforme tabela 27. Assim, pode ser demonstrado que a rede de apoio social composta pelos familiares, amigos, vizinhos, psicoterapia, mídias sociais, dentre outras, são importantes para influenciar e gerar mudança de comportamento (Macfadyen *et al.*, 1999; Andreasen, 2003; Domegan, 2008; Kennedy & Parsons, 2012 & Li *et al.*, 2023)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo identificar qual a influência dos três níveis do marketing macrossocial para o tratamento precoce do câncer de mama, por meio de teste de validação de uma escala no contexto brasileiro, segundo a perspectiva de indivíduos acometidos ou não pela patologia. Nesse aspecto, foi possível identificar que há influência desses três níveis do marketing macrossocial na prevenção do câncer de mama, conforme escala testada e validada no contexto brasileiro

Em relação ao objetivo específico que pretendeu identificar as ações no nível *downstream* (individual), que podem influenciar o diagnóstico precoce e o tratamento do câncer de mama, identificou-se que essas estão relacionados, prioritariamente, à autoestima e desejo sexual do indivíduo. Também, há ações que podem ser realizadas em consonância com a participação do nível *upstream* (criação de legislação para políticas públicas que aumente o número de mamografias, redução do tempo da realização da reconstrução da mama pós-mastectomia) e *midstream* (atendimento psicológico para pacientes com diagnóstico positivo), dentre outras.

As ações de marketing adotadas empreendidas no nível *midstream* demonstraram que esse nível exerce importante influência no grupo de indivíduos pesquisados, em relação ao diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama, apresentando os melhores níveis de confiabilidade e de validade, sendo o Alpha Cronbach igual 0,865 e variância média extraída de 0,730. Portanto, as ações da rede de apoio social realizadas por familiares, amigos e suporte psicológico se mostram importantes para o período em que as mulheres se encontram fragilizadas diante de um diagnóstico positivo da doença. Com esse resultado evidencia-se a importância de ações educativas realizadas pelo nível *downstream* que possam colaborar com a conscientização da ‘rede de apoio’, tornando-a mais forte e consistente ao longo do tratamento da mulher.

No caso do governo e legisladores, os resultados descritivos demonstram a importância de ações efetivas dessas entidades na tentativa de combate ao câncer de mama, por meio da realização de campanhas e políticas públicas, visando facilitar o acesso ao diagnóstico precoce e tratamento da doença, atingindo o objetivo específico das ações governamentais a nível *upstream*.

Os construtos que se mostram válidos são governo-campanha; governo-cuidado; indivíduo-autoestima-desejo sexual; sociedade-rede-apoio-social, com validação de 3, 4, 3 e 3 variáveis validadas respectivamente. Dessa forma, observa-se que tanto no nível *midstream*,

upstream e *downstream* tiveram quantidade maior ou igual a três indicadores testados e validados. Os construtos indivíduo-conhecimento e construto sociedade-tabu não foram validados.

Quanto ao construto indivíduo-conhecimento, apesar de esse não ter sido validado, a literatura da área médica demonstra que o autoexame das mamas e a mamografia são instrumentos importantes para a detecção precoce da doença. Destaca-se, ainda, que o exame mamográfico é considerado padrão-ouro validado para diminuição dos diagnósticos tardios. Além disso, essa pesquisa identificou que existe uma neutralidade de opiniões relacionada ao conhecimento específico que as mulheres têm em relação a aspectos do câncer de mama. Assim, identifica-se a necessidade de propagar o conhecimento sobre câncer de mama, conscientizando as mulheres acerca das medidas preventivas para auxiliar no diagnóstico precoce do câncer, possibilitando à mulher avaliar o próprio corpo.

No que diz respeito ao construto sociedade-tabu-estigma, também não validado, identificou-se predominância de concordância para a maioria dos indicadores, mostrando o enraizamento de tabu e estigma entre os pesquisados. As implicações disso causam sofrimento, discriminação e o retardamento do diagnóstico precoce do câncer de mama, conforme discutido no referencial teórico. Assim, as campanhas de informação do governo, ONGs e empresas podem atuar no desencadeamento de mudança na percepção das pessoas, talvez da cultura da sociedade desses comportamentos indesejados, além de oferecer suporte psicológico de acompanhamento e de apoio para essas mulheres.

Por último, ressalta-se que as questões propostas na escala desta pesquisa precisam ser revistas, especialmente, quando se trata de governo e campanha nos itens relacionados à periodicidade e qualidade das campanhas. Isso pode ser explicado pelo fato de já existir uma pré-disposição dos participantes em responder às questões sobre campanhas como não efetivas, como ocorre em outras campanhas de doação de sangue, doação de órgãos, violência doméstica, violência no trânsito, adoção de crianças e adolescentes, dentre outras.

Entre as limitações da pesquisa estão a dificuldade em se realizar uma pesquisa probabilística, o que levou a uma amostra com renda média entre R\$2.641,00 até R\$6.600,00, além da alta escolaridade, uma vez que a maior parte possui ensino superior completo ou incompleto. Apesar de essa ser uma limitação, também é uma questão a ser observada pois esses dados refletem a realidade de uma população de renda mais elevada. Por se tratar de uma escala exploratória para o contexto brasileiro nem todos os construtos foram validados, o que enseja, em estudos futuros, que novas pesquisas sejam realizadas a partir das escalas inicialmente propostas para refinamento do instrumento de coleta de dados.

Identifica-se que o estudo, além da contribuição acadêmica, por representar a primeira tentativa de estabelecimento de uma escala a partir do marketing macrossocial, apresenta uma contribuição social, uma vez que os resultados indicam parâmetros a serem observados por gestores de políticas públicas que pretendem estabelecer ações para a prevenção do câncer de mama e redução da mortalidade de mulheres por essa patologia que acomete importante percentual da população.

REFERÊNCIAS

- Abidogun, T. M., Alyssa Ramnarine, L., Fouladi, N., Owens, J., Abusalih, H. H., Bernstein, J., & Aboul-Enein, B. H. (2022). Female genital mutilation and cutting in the Arab League and diaspora: A systematic review of preventive interventions. *Tropical Medicine & International Health*, 27(5), 468-478.
- Adami, H. O., Hunter, D., & Trichopoulos, D. (Eds.). (2008). Textbook of cancer epidemiology. *Oxford University Press*.
- Alqahtani, T., Alqahtani, A. M., Alshahrani, S. M., Orayj, K., Almanasef, M., Alamri, A. H., ... & Khan, N. A. (2021). Assessment of knowledge and practice of mammography and breast self-examination among the general female population in Asir region of KSA. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 25(23), 7231-7237.
- Allan, K.; Burrige K. Forbidden Words. Taboo and the Censoring of Language. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511617881>. Acesso em: 16 jul. 2022.
- Almeida, S. M. V., De Melo Souza, F., Da Silva, S. M., De Sousa, K. M. Effects of risk factors in the likelihood of breast cancer subtypes in Brazilian
- Alves, R.F. et al. Qualidade de vida em pacientes oncológicos na assistência em casas de apoio. *Aletheia*, n.38-39, p. 39-54, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115028213004>. Acesso em: 18 jan. 2023.
- Ambrósio, D. C. M., & Santos, M. A. D. (2011). Vivências de familiares de mulheres com câncer de mama: uma compreensão fenomenológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27, 475-484.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological bulletin*, 103(3), 411.
- Andreasen, A. R. (2003). The life trajectory of social marketing: Some implications. *Marketing Theory*, 3(3), 293-303.
- Anothaisintawee, T., Wiratkapun, C., Lerdsitthichai, P., Kasamesup, V., Wongwaisayawan, S., Srinakaran, J. & Thakkinstian, A. Risk factors of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Asia Pacific Journal of Public Health*, v. 25, n. 5, p. 368-387, 2013.
- Antonini, M., da Costa Pinheiro, D. J. P., Salerno, G. R. F., de Moura Brasil, A. B. T., Ferraro, O., Mattar, A., ... & Real, J. M. (2022). Does Pink October really impact breast cancer screening?. *Public Health in Practice*, 4, 100316.
- Aprilianto, E., Lumadi, S. A., & Handian, F. I. (2021). Family social support and the self-esteem of breast cancer patients undergoing neoadjuvant chemotherapy. *Journal of Public Health Research*, 10(2), jphr-2021.
- de Araújo, I. S., & Cardoso, J. M. (2007). *Comunicação e saúde*. SciELO-Editora FIOCRUZ.

- Araújo, V. S., Dias, M. D., Barreto, C. M. C., Ribeiro, A. R., Costa, A. P., & Bustorff, L. A. C. V. (2010). Conhecimento das mulheres sobre o autoexame de mamas na atenção básica. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 27-34.
- Arndt, J. (1981). The political economy of marketing systems: Reviving the institutional approach. *Journal of Macromarketing*, 1(2), 36-47.
- Assi, H. A., Khoury, K. E., Dbouk, H., Khalil, L. E., Mouhieddine, T. H., & El Saghir, N. S. (2013). Epidemiology and prognosis of breast cancer in young women. *Journal of thoracic disease*, 5(Suppl 1), S2.
- Avelar, C. F. P. D., & Veiga, R. T. (2013). Como entender a vaidade feminina utilizando a autoestima e a personalidade. *Revista de Administração de Empresas*, 53, 338-349.
- Babbie, E. *Métodos de Pesquisas de Survey*. Tradução: Guilherme Cezarino. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999. 519 p.
- Bagozzi, R. P., Yi, Y., & Phillips, L. W. (1991). Assessing construct validity in organizational research. *Administrative science quarterly*, 421-458.
- Barreto, A. S. B., Mendes, M. F. D. M., & Thuler, L. C. S. (2012). Evaluation of a strategy adopted to expand adherence to breast cancer screening in Brazilian Northeast. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34, 86-91.
- Baquero, O. S., Rebolledo, E. A. S., Ribeiro, A. G., Bermudi, P. M. M., Pellini, A. C. G., Failla, M. A., ... & Chiaravalloti Neto, F. (2021). Outubro Rosa e mamografias: quando a comunicação em saúde erra o alvo. *Cadernos de Saúde Pública*, 37.
- Barrios, A. (2021). Book Review: Macro-Social Marketing Insights: Systems Thinking for Wicked Problems.
- Bastos, A., Veludo-de-Oliveira, T., Yani-de-Soriano, M., Atalla, M., & Gualano, B. (2022). Leveraging macro-social marketing to achieve sustainable development goals: a city-wide intervention addressing obesity in Brazil. *Journal of Social Marketing*, 12(1), 29-48.
- Bastos, A. D. F. V., Da Costa, F. J., & Vasconcelos, M. M. (2017). Consumo de bebidas alcoólicas por jovens: implicações para o marketing social. *Revista Brasileira de Marketing*, 16(4), 469-486.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1967). *The social construction of reality*. New York: Doubleday & Company.
- Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.922, DE 25 DE Julho de 1994 acrescenta dispositivo ao art. 20 da Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990 para permitir a movimentação da conta vinculada quando o trabalhador ou qualquer de seus dependentes for acometido de neoplasia maligna. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1994.
- Brasil. Instituto Nacional de Câncer. *Falando sobre câncer de mama*. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

- Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 nov. 2012.
- Brasil. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 out. 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. José Alencar Gomes da Silva Conceito e magnitude. 2021
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(6), 394-424.
- Bueno, N. X., & Cunha, G. R. (2023). A percepção de mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama sobre as campanhas de marketing social. *REFAS: Revista FATEC Zona Sul*, 9(3), 6.
- Buranello, M. C., Walsh, I. A. P. D., Pereira, G. D. A., & Castro, S. S. D. (2021). Family history of breast cancer in women: a population-based study in Uberaba (MG) using the Family History Screen-7. *Saúde em Debate*, 45, 681-690.
- Bussolotti, R. M. Cartilha dos Direitos do Paciente com Câncer, 2022. Disponível em: < <https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/cartilha-dos-direitos-do-paciente-com-cancer> >
- Caleffi, M., Ribeiro, R. A., Bedin Jr, A. J., Viegas-Butzke, J. M., Baldisserotto, F. D., Skonieski, G. P., ... & Ashton-Prolla, P. (2010). Adherence to a breast cancer screening program and its predictors in underserved women in southern Brazil. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*, 19(10), 2673-2679.
- Campos, L. A. (2020). A influência da mídia e o conhecimento sobre o câncer de mama em mulheres de Petrolina/PE. [Tese]. São Paulo; Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Universidade Federal do Vale do São Francisco; 2020.
- Carvalho, H. C.; Mazzon, J. A. Uma vida melhor é possível: o objetivo final do marketing social. *Journal of Social Marketing*, v. 5, n. 2, pp. 169-186, 2015.
- Castro, I. M.; Santos, P. M. F. *O Efeito de Campanhas de Marketing Social com Apelos Negativos no Comportamento de Risco das Pessoas que Ingerem Bebidas Alcoólicas*. Anais... Encontro de Administração Pública e Governança, Belo Horizonte, MG, Brasil, 6., 2014.

- Clift, A. K., Dodwell, D., Lord, S., Petrou, S., Brady, S. M., Collins, G. S., & Hippisley-Cox, J. (2022). The current status of risk-stratified breast screening. *British journal of cancer*, 126(4), 533-550
- Choe, J. Y. J., & Kim, S. S. (2019). Development and validation of a multidimensional tourist's local food consumption value (TLFCV) scale. *International Journal of Hospitality Management*, 77, 245-259.
- Cohen, S. A., Cohen, L. E., & Tijerina, J. D. (2020). The impact of monthly campaigns and other high-profile media coverage on public interest in 13 malignancies: a Google Trends analysis. *Ecancermedicalscience*, 14.
- Colauto, R. D; Beuren, I. M. Coleta, análise e interpretação de dados. In: BEUREN, I. M. Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- Coleman C. Early Detection and Screening for Breast Cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2017 May;33(2):141-155. doi: 10.1016/j.soncn.2017.02.009. Epub 2017 Mar 29. PMID: 28365057.
- Cortes, M. S., Sitja, L. E., & de Souza Balk, R. (2022). PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS E SEUS ACOMPANHANTES ASSISTIDOS POR UMA CASA DE APOIO. *Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente*, 9(1), 257-272.
- Costa, L. S., do Carmo, A. L. O., Firmiano, G. G. D., Monteiro, J. D. S. S., Faria, L. B., & Gomides, L. F. (2021). Fatores de risco relacionados ao câncer de mama e a importância da detecção precoce para a saúde da mulher. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 31, e8174-e8174.
- Couto, V. B. M., Sampaio, B. P., Santos, C. M. B., Almeida, I. S. D., Santos, N. G. S., Santos, D. C., ... & Guzman, J. L. D. (2017). "Além da mama": o cenário do Outubro Rosa no aprendizado da formação médica. *Revista brasileira de educação médica*, 41, 30-37.
- Dann, S. (2010). Redefining social marketing with contemporary commercial marketing definitions. *Journal of Business research*, 63(2), 147-153.
- Davin, R. M. B. [et al.] (2003) - Auto-exame das mamas: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 11 nº 1, p. 21-27
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Artmed.teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- DiMaggio, P. J. (1988). Interest and agency in institutional theory. *Institutional patterns and organizations*, 3-21.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (2012). The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields [1983]. *Contemporary sociological theory*, 175.
- Dinapoli, L., Colloca, G., Di Capua, B., & Valentini, V. (2021). Psychological aspects to consider in breast cancer diagnosis and treatment. *Current oncology reports*, 23, 1-7.
- Dixon, D. F. (1984). Macromarketing: A social systems perspective. *Journal of Macromarketing*, 4(2), 4-17.

- Domegan, C. T. (2008). Social marketing: implications for contemporary marketing practices classification scheme. *Journal of business & industrial marketing*, 23(2), 135-141.
- Domegan, C.T. Marketing social: implicações para o esquema de classificação de práticas de marketing contemporâneas. *Journal of Business & Industrial Marketing*. vol. 23 No. 2, pp. 135-141. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1108/08858620810850254>> Acessado em: 08 dez de 2022.
- Donovan, R., & Henley, N. (2010). *Principles and practice of social marketing: an international perspective*. Cambridge University Press..
- Duffy, S. M., Northey, G., & van Esch, P. (2017). Iceland: how social mechanisms drove the financial collapse and why it's a wicked problem. *Journal of Social Marketing*.
- Duffy, S., Van Esch, P., & Yousef, M. (2020). Increasing parental leave uptake: A systems social marketing approach. *Australasian Marketing Journal (AMJ)*, 28(2), 110-118.
- Easton, D. F., Ford, D., & Bishop, D. T. (1995). Breast and ovarian cancer incidence in BRCA1-mutation carriers. Breast Cancer Linkage Consortium. *American journal of human genetics*, 56(1), 265.
- Erving, G. O. F. F. M. A. N. (1988). Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. *Rio de Janeiro: LTC Editora*.
- da Costa Fabiano, A. V. M., Prado, L. E. A., Caetano, L. M., & Dell'Agli, B. A. V. (2023). Autorregulação afetiva: aspectos cognitivos e emocionais na experiência com o câncer. *Saúde e Pesquisa*, 16(1), 1-16.
- Flaherty, T. *et al.* Systems Social Marketing and Macro-Social Marketing: A Systematic Review. *Social Marketing Quarterly*, v.26(2), 146–166, 2020. doi:10.1177/1524500420925188
- Freitas, F. V. D., & Rezende Filho, L. A. (2011). Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 15, 243-256.
- Freud, Sigmund. *Totem e tabu*. L&PM Pocket, 2013.
- Fuller, C. M., Simmering, M. J., Atinc, G., Atinc, Y., & Babin, B. J. (2016). Common methods variance detection in business research. *Journal of business research*, 69(8), 3192-3198.
- Galati, F., Moffa, G., & Pediconi, F. (2022). Breast imaging: Beyond the detection. *European Journal of Radiology*, 146, 110051.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. Editora Atlas SA.
- Gimenes, M. D. G., & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. *A mulher e o câncer*, 171-195.
- Gioia, S., Brigagão, L., Torres, C., de Lima, A., & Medeiros, M. (2019). The implementation of patient navigation to improve mammography coverage and access to breast cancer care in Rio de Janeiro. *Mastology*, 29(4), 186-192.

- Gomes, A. Â. F. (2008). *A midiatização do social: Globo e Criança Esperança tematizando a realidade brasileira*. Editora E-papers.
- Gomes, R. M., Araújo, V. A., Santos, C. B., da Conceição, M., dos Santos, Q., dos Santos, M. L. Q., & Santos, K. A. A percepção do acadêmico: interface aos medos e tabus na realização do autoexame da mama. *Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health ISSN, 2178*, 2091.
- Gordon, R. (2012). Re-thinking and re-tooling the social marketing mix. *Australasian Marketing Journal (AMJ)*, 20(2), 122-126.
- Ghofranipour, F., Pourhaji, F., & Delshad, M. H. (2020). Determinants of breast cancer screening: Application of protection motivation theory. *International Journal of Cancer Management*, 13(5), 1-7.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Bookman editora.
- Hair, J., Babin, B., Money, A., & Samouel, P. (2005). *Fundamentos de métodos de pesquisa em administração*. Bookman Companhia Ed.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2014). Pearson new international edition. *Multivariate data analysis, Seventh Edition*. Pearson Education Limited Harlow, Essex.
- Hamby, A., Pierce, M., & Brinberg, D. (2017). Solving complex problems: enduring solutions through social entrepreneurship, community action, and social marketing. *Journal of Macromarketing*, 37(4), 369-380.
- Hastings, G., & Domegan, C. (2013). *Social marketing: From tunes to symphonies*. Routledge.
- Huang, N., Chen, L., He, J., & Nguyen, Q. D. (2022). The Efficacy of Clinical Breast Exams and Breast Self-Exams in Detecting Malignancy or Positive Ultrasound Findings. *Cureus*, 14(2).
- Huff, A. D., Barnhart, M., McAlexander, B., & McAlexander, J. (2017). Addressing the wicked problem of American gun violence: consumer interest groups as macro-social marketers. *Journal of Macromarketing*, 37(4), 393-408.
- Hunt, S. D., Hass, A., & Manis, K. T. (2021). The five stages of the macromarketing field of study: From raison d'être to field of significant promise. *Journal of Macromarketing*, 41(1), 10-24.
- Iarc - Internacional Agency for Research on Cancer. *Principais dados globais de câncer para [2020]*. 2020. Disponível em <<httpswww.iarc.who.int/wp-content/uploads/2021/12/br2021-img-1.jpg>> Acesso em: 03 de jul de 2022.
- Inca- Instituto Nacional do Câncer. Incidência de câncer no Brasil [Internet]. Brasil; 2018.
- Inca- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

- Inca- Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer de Mama. Rio de Janeiro: Inca, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude#:~:text=O%20c%C3%A2ncer%20de%20mama%20%C3%A9%20o%20mais%20incidente%20em%20mulheresnovos%20por%20c%C3%A2ncer%20em%20mulheres.> Acesso em: 23.mar. 2023
- Inca. Instituto Nacional de Câncer Recomendações do Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama. Rio de Janeiro: Inca, 2019. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/noticias/confira-recomendacoes-do-ministerio-da-saude-para-o-rastreamento-do-cancer-de-mama.](https://www.inca.gov.br/noticias/confira-recomendacoes-do-ministerio-da-saude-para-o-rastreamento-do-cancer-de-mama) Acesso em: 24 mar. 2023.
- Inca - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Detecção precoce do câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2021a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>. Acesso em: 09 de jul de 2022.
- Inca - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Eu cuido da minha saúde todos os dias. E você?*. Rio de Janeiro: INCA, 2021b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/campanhas/outubro-rosa/2021/eu-cuido-da-minha-saude-todos-os-dias-e-voce>. Acesso em: 09 de jul de 2022.
- Inca - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativas de casos novos e suas respectivas taxas brutas e ajustadas das Regiões geográficas e o Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/regiao/centro-oeste>. Acesso em 20 de dez de 2022.
- Inca. Tratamento. Rio de Janeiro: Inca, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/ptbr/assuntos/gestoreprofissionaldesaude/controlodocancerdemama/acoes/tratamento#:~:text=As%20modalidades%20de%20tratamento%20doquimioterapia%2C%20hormonioterapia%20e%20terapia%20biol%C3%B3gica>. Acesso em: 03 mar 2022.
- Inumar, L. E., Silveira, É. A. D., Naves, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, p. 1259-1270, 2011.
- Jagadale, S. R., & Kemper, J. (2022). ‘Give It Up!’: A Macro-Social Marketing Approach to India's Clean Cooking Fuel Access. *Journal of Macromarketing*, 42(3), 433-453.
- Júnior, E. V. D., CRUZ, D. P., SIQUEIRA, L. R., ROSA, R. S., SILVA, C. D. S., BIONDO, C. S., SAWADA, N. O. A autoestima está associada à qualidade de vida da pessoa idosa? *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, 2022.
- Kalkbrenner, M. T., & Gormley, B. (2020). Development and initial validation of scores on the Lifestyle Practices and Health Consciousness Inventory (LPHCI). *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 53(4), 219-237.
- Kashyap, S. (2021) Effectiveness of Social Marketing Strategies in Reducing Alcoholism. *International Journal for Research in Applied Science & Engineering Technology (IJRASET)*, v.9,

- Kemper, J. A., & Ballantine, P. W. (2017). Socio-technical transitions and institutional change: addressing obesity through macro-social marketing. *Journal of Macromarketing*, 37(4), 381-392.
- Kemper, J. A., & Ballantine, P. W. (2020). Targeting the structural environment at multiple social levels for systemic change: The case of climate change and meat consumption. *Journal of Social Marketing*, 10(1), 38-53.
- Kemper, J., & Kennedy, A. M. (2021). Evaluating social marketing messages in New Zealand's like minds campaign and its effect on stigma. *Social Marketing Quarterly*, 27(2), 82-98.
- Kennedy, A. M., & Parsons, A. (2012). Macro-social marketing and social engineering: a systems approach. *Journal of Social Marketing*.
- Kennedy, A. M., & Parsons, A. (2014). Social engineering and social marketing: why is one "good" and the other "bad"? *Journal of Social Marketing*.
- Kennedy, A.M. Macro-social marketing. *Journal of Macromarketing*, v. 36, n. 3, p. 354-365, 2016. doi:10.1177/0276146715617509
- Kennedy, A. M. (2017). Macro-social marketing research: philosophy, methodology and methods. *Journal of Macromarketing*, 37(4), 347-355.
- Kennedy, A. M., & Smith, J. (2022). Socially responsible (macro-social) marketing. *Journal of Macromarketing*, 42(4), 572-582.
- Kline, R. B. (2005). Principles and practice of structural equation modeling 2nd ed. *New York: Guilford*, 3.
- Klippert, H., & Schaper, A. (2019). Using Facebook to communicate mammography messages to rural audiences. *Public Health Nursing*, 36(2), 164-171.
- Koch, M., & Orazi, D. C. (2017). No rest for the wicked: the epidemic life cycle of wicked consumer behavior. *Journal of Macromarketing*, 37(4), 356-368.
- Kotler, P., & Zaltman, G. (1971). Social marketing: an approach to planned social change. *Journal of marketing*, 35(3), 3-12.
- Kotler, P., & Roberto, E. L. (1989). *Social marketing: Strategies for changing public behavior*.
- Kotler, P. & Roberto, E. *Marketing Social: estratégias para alterar o comportamento público*. Tradução de José Ricardo Azevedo e Elizabeth Maria Braga. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- Kriuf *et al.* Perceptions of non-Western immigrant women on having breast cancer and their experiences with treatment-related changes in body weight and lifestyle: A qualitative study. *PLOS One*, vol. 15(7), 2020.
- Krisjanous, J. (2014). Examining the historical roots of social marketing through the lights in darkest England campaign. *Journal of Macromarketing*, 34(4), 435-451.
- Layton, R. A. (2007). Marketing systems—A core macromarketing concept. *Journal of macromarketing*, 27(3), 227-242.

- Layton, R. A. (2015). Formation, growth, and adaptive change in marketing systems. *Journal of Macromarketing*, 35(3), 302-319.
- Lefebvre, R. C. (2012). Transformative social marketing: co-creating the social marketing discipline and brand. *Journal of Social Marketing*.
- Leite, F. P. M. (2022). Impacto do Estadiamento Clínico, Patológico e Prognóstico na sobrevivência de pacientes com câncer de mama Estádio IV tratadas no AC Camargo Cancer Center no período de 2000 a 2012.
- Netto, J. D. M. L. (2019). Influência da mídia no diagnóstico de câncer de mama por estágio clínico. *Fundação Antônio Prudente, São Paulo*, 87p.
- Li, C. L., Wu, C. C., Kan, J. Y., Chen, F. M., Hou, M. F., Chuang, C. H., ... & Ou-Yang, F. (2022). The impact of age group in breast cancer survival outcome according to neoadjuvant treatment response: A matched case-control study. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 38(3), 277-282.
- Li, C., Ure, C., Zheng, W., Zheng, C., Liu, J., Zhou, C., ... & Wu, Y. (2023). Listening to voices from multiple sources: A qualitative text analysis of the emotional experiences of women living with breast cancer in China. *Frontiers in Public Health*, 11, 1114139.
- Lim, Y. X., Lim, Z. L., Ho, P. J., & Li, J. (2022). Breast cancer in Asia: incidence, mortality, early detection, mammography programs, and risk-based screening initiatives. *Cancers*, 14(17), 4218.
- Lima, C. A. P. C. (2020). Um ventre chamado coração: o processo de adoção nas perspectivas do marketing macrossocial.
- de Lima Macêdo, E., Gomes, E. T., & da Silva Bezerra, S. M. M. (2019). Esperança de mulheres em tratamento quimioterápico para o câncer de mama. *Cogitare Enfermagem*, 24.
- de Souza Lima, R. M., de Melo Filho, P. L., Cabral, R. S., Sakamoto, P. A., & dos Santos, B. P. (2023). Atuação do enfermeiro nas estratégias de enfrentamento familiar no tratamento do câncer de mama feminino: Revisão integrativa da literatura. *Revista Contemporânea*, 3(3), 1814-1837.
- Little, V. J., Lee, C. K. C., & Nair, S. (2019). Macro-demarceting: the key to unlocking unsustainable production and consumption systems?. *Journal of Macromarketing*, 39(2), 166-187.
- McDaniel, S. H., Hepworth, J., & Doherty, W. J. (1994). Os desafios da doença crônica. *McDaniel SH, Hepworth J, Doherty WJ, organizadores. Terapia familiar médica. Porto Alegre: Artes Médicas*, 179-204.
- MacFadyen, L., Stead, M., & Hastings, G. (1999). A synopsis of social marketing. *Institute for Social Marketing*, 295.
- Maia, S. A. F. (2005). Câncer e morte: o impacto sobre o paciente e a família. *Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Psiconcologia, Hospital Ernesto Gaertner, Curitiba, PR*.

- Malhotra, N. K. (2001). *Pesquisa de marketing-: uma orientação aplicada*. Bookman Editora.
- Malhotra, N., Nunan, D., & Birks, D. (2017). *Marketing research: An applied approach*. Pearson.
- Makluf, A. S. D., Dias, R. C., & de Almeida Barra, A. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Revista brasileira de cancerologia*, 52(1), 49-58.
- May, C., & Previte, J. (2016). Understanding the midstream environment within a social change systems continuum. *Journal of Social Marketing*.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American journal of sociology*, 83(2), 340-363.
- Miller, A. B., To, T., Baines, C. J., & Wall, C. (2000). Canadian National Breast Screening Study-2: 13-year results of a randomized trial in women aged 50–59 years. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(18), 1490-1499.
- Migowski, A. (2021). Sucesso do Outubro Rosa no Brasil: uma boa notícia para o controle do câncer de mama no país?. *Cadernos de Saúde Pública*, 37.
- Mittelstaedt, J. D., Kilbourne, W. E., & Mittelstaedt, R. A. (2006). Macromarketing as agorology: Macromarketing theory and the study of the agora. *Journal of Macromarketing*, 26(2), 131-142.
- Mohamad, M., & Kok, H. S. (2019). Using Google trends data to study public interest in breast cancer screening in Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 20(5), 1427.
- Morgan, G. A., & Griego, O. V. (1998). *Easy use and interpretation of SPSS for Windows: Answering research questions with statistics* (Vol. 1). Psychology Press.
- Moschen, L., Lyra, V. B., Stein, F., Boing, L., Marinho, A., & de Azevedo Guimarães, A. C. (2021). Percepções de Mulheres em Tratamento do Câncer de Mama acerca do Impacto da Dança do Ventre no Otimismo e na Autoestima: Estudo MoveMama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 67(2).
- de Sousa Nascimento, P., Costa, T. R., de Sousa Júnior, D. L., Ribeiro, J. K. C., de Carvalho, M. A. J., Mesquita, F. P., ... & de Aquino, P. E. A. (2022). Dificuldades enfrentadas por mulheres com câncer de mama: do diagnóstico ao tratamento. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, 10(2), 1336-1345.
- Nazari, M., Ghazaani, F. M., Kaveh, M. H., Karimi, M., & Ghahremani, L. (2021). Investigating the predictors of breast cancer screening behaviors (breast self-examination, clinical examination or examination by physician/midwife and mammography) based on protection motivation theory (PMT) in women. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 62(3), E736.
- Neves, J. A. B. (2018). Modelo de equações estruturais: uma introdução aplicada.
- Ngyen, D. H. H., Parker, L., Brennan, L., Clements, A. The taboo question: condom retailing in Vietnam and social marketing implications. *Journal of Social Marketing*, 2014.

- NIH - National Institutes of Health; National Cancer Institute. *Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. Cancer stat facts: female breast cancer*. 2022. Disponível em: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>. Acesso em 03 de jul de 2022.
- North, D. C. (1986). The new institutional economics. *Journal of Institutional and Theoretical Economics (jite)/Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft*, 142(1), 230-237.
- Nwoba, A. C., Mogaji, E., Zahoor, N., Donbesuur, F., & Alam, G. M. (2022). Obesity, family units and social marketing intervention: evidence from Nigeria. *European Journal of Marketing*, 56(11), 2892-2927.
- Oliveira, L. F., de Sousa Barbosa, A., de Carvalho Alencar, I., de Melo Mendes, C. M., Chaves, T. V. S., & da Silva Sampaio, J. P. (2023). Câncer de mama no estado do Piauí: do diagnóstico ao tratamento. *Research, Society and Development*, 12(5), e3812541455-e3812541455.
- Oliveira, R. C., Damasceno, L. M., Machado, M. R. O., Martins, H. V. G., & Brasil, M. Q. A. (2023). Panorama geral da mamografia no Brasil, entre 2013 a 2022: uma análise epidemiológica. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 43, e11731-e11731.
- Oncoguia. Outubro Rosa: o mês em que o mundo é colorido de rosa em prol da conscientização e detecção precoce do câncer de mama. In: INSTITUTO ONCOGUIA. *Oncoguia em ação*. 15 set. 2015. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/artigo-outubro-rosa-o-mes-em-que-o-mundo-e-colorido-de-rosa-em-prol-da-conscientizacao-e-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama/919/8/>. Acesso em: 09 de jul de 2022.
- Oncoguia. BRCA1 e BRCA2, 2020. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/brca1-e-brca2/13920/1227/>. Acesso em 9 jul. 2022.
- Orlandini, L. F. (2021). *Associação entre câncer de mama e obesidade, e influência de dois biomarcadores inflamatórios no prognóstico de câncer de mama nesta população, a relação neutrófilo/linfócito e plaquetas/linfócitos* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Ozdamar Ertekin, Z., & Atik, D. (2015). Sustainable markets: Motivating factors, barriers, and remedies for mobilization of slow fashion. *Journal of Macromarketing*, 35(1), 53-69.
- Pereira, J. R., Sousa, C. V., Matos, E. B. D., Rezende, L. B. O., Bueno, N. X., & Dias, Á. M. (2016). Doar ou não doar, eis a questão: uma análise dos fatores críticos da doação de sangue. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2475-2484.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS.
- Piffer, A., Aubry, G., Cannistra, C., Popescu, N., Nikpayam, M., Koskas, M., ... & Canlorbe, G. (2022). Breast reconstruction by exclusive lipofilling after total mastectomy for breast cancer: Description of the technique and evaluation of quality of life. *Journal of Personalized Medicine*, 12(2), 153.
- Pijls, R., Groen, B. H., Galetzka, M., & Pruyn, A. T. (2017). Measuring the experience of hospitality: Scale development and validation. *International journal of hospitality management*, 67, 125-133.

- Prezoti, C. Da Travessia do Delito à Ressocialização: análise das ações de marketing macrossocial coordenadas pela Apac de São João Del Rei; 2021. Dissertação (Mestrado em Administração) - Centro Universitário Unihorizontes, 2021.
- Pringle, H., & Thompson, M. (2000). *Marketing social: marketing para causas sociais ea construção das marcas*. Makron Books do Brasil.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of applied psychology*, 88(5), 879.
- Quintanilha, L. F. *et al.* (2019) O impacto das campanhas contra o câncer no Brasil: uma análise do Google Trends ecancer 13 963
- Rezende, L. B. O., Veloso, C., Pereira, J. R., & de Oliveira Rezende, L. (2015). Doação de órgãos no Brasil: uma análise das campanhas governamentais sob a perspectiva do marketing social. *REmark-Revista Brasileira de Marketing*, 14(3), 362-376.
- Richardson, R. (1989). Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999. 334 p. SILVA, ACB; OLIVEIRA, EC; RIBEIRO FILHO. *JF Revista contabilidade & finanças–USP: uma comparação entre os períodos, 2001, 20-32*. RICHERS, Raimar. *O que é marketing*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994
- Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, saúde e Doenças*, 8(1), 107-114.
- Romero, L. S., Shimocomaqui, G. B., & Medeiros, A. B. R. (2017). Intervenção na prevenção e controle de câncer de colo uterino e mama numa unidade básica de saúde do nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 12(39), 1-9.
- Sala, D. C. P., Pinto, V. L., Brito, J. E. O., & Elias, S. (2022). Micropigmentação Dérmica na Reconstrução do Complexo Aréolo-papilar: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 68(3).
- Santana, A. D. A. (2000). Cuidados paliativos ao doente oncológico terminal em domicílio: representações sociais da família.
- dos Santos, A. C., Pena, L. L., Ferreira, E. B., dos Reis, P. E. D., de Souza, A. D., Mendoza, I. Y. Q., & Simino, G. P. R. (2023). TRATAMENTO ONCOLÓGICO FORA DO DOMICÍLIO: ESTUDO PILOTO. *Mário Penna Journal*, 1(1), 107-122.
- dos Santos, A. M., & da Silva Esquiavan, A. (2023). Câncer de mama: Da prevenção ao tratamento. *Seven Editora*, 12-22.
- Santosa, K. B., Qi, J., Kim, H. M., Hamill, J. B., Wilkins, E. G., & Pusic, A. L. (2018). Long-term patient-reported outcomes in postmastectomy breast reconstruction. *JAMA surgery*, 153(10), 891-899.
- Scott, W. R. (1987). The adolescence of institutional theory. *Administrative science quarterly*, 493-511.

- Scott, W. R. (1994). Institutional analysis: Variance and process theory approaches. *Institutional environments and organizations: Structural complexity and individualism*, 81, 99.
- Sheth, J. N., & Frazier, G. L. (1982). A model of strategy mix choice for planned social change. *Journal of Marketing*, 46(1), 15-26.
- Silva, L. F., de Castro Bani, G. M., & Carvalho, A. C. (2022). PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE MAMA NA MICRORREGIÃO DE VARGINHA (MG). *RECISATEC-REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA-ISSN 2763-8405*, 2(11), e211212-e211212.
- Moschen, L., Lyra, V. B., Stein, F., Boing, L., Marinho, A., & de Azevedo Guimarães, A. C. (2021). Percepções de Mulheres em Tratamento do Câncer de Mama acerca do Impacto da Dança do Ventre no Otimismo e na Autoestima: Estudo MoveMama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 67(2).
- Srijaya, P., PR, K., & Govindarajulu, S. (2022). Delay in Diagnosis of Common Cancers among Women—A Scoping review.
- STOLAGLI, V. P., EVANGELISTA, M. R. B., & CAMARGO, O. P. (2008). Implicações sociais enfrentadas pelas famílias que possuem pacientes com sarcoma ósseo. *Acta Ortopédica Brasileira*, 16(4), 242-246.
- SUNITHA, D., CHITRA, V., ANN, H., MIRIAM J, J. “I don't talk about my distress to others; I feel that I have to suffer my problems...”. Voices of Indian women with breast cancer: a qualitative interview study. *Support Care Cancer*, vol. 29(5), p.2591-2600, 2021.
- TAVARES, JEANE SASKYA CAMPOS & TRAD, LENY ALVES BOMFIM. (2010). Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):1349-1358.
- TIGRE, D. B. S., RODRIGUES, K. C., PUCCI, S. H. M. A SEXUALIDADE DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA APÓS A MASTECTOMIA TOTAL. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 8(11), 1382–1399, 2022.
- TRUONG, V. D. Government-led macro-social marketing programs in Vietnam: Outcomes, challenges, and implications. *Journal of Macromarketing*, v. 37, n. 4, p. 409-425, 2017.
- TSARAS, K., PAPATHANASIOU, I. V., MITSU, D., VENETI, A., KELESI, M., ZYGA, S., & FRADELOS, E. C. (2018). Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients: Prevalence and Associated Factors. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 19(6), 1661–1669. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1661>
- Powell, W. W., & DiMaggio, P. J. (Eds.). (2012). *The new institutionalism in organizational analysis*. University of Chicago press.
- Vassilievitch, A. C., Amorim, B. F., Kameo, S. Y., Silva, G. M., & Sawada, N. O. (2020). O perfil sociodemográfico e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama após tratamento com quimioterapia. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, 10(1), 139-155.
- Viana, C. A. S., Pequeno, A. M. C., Magalhães J. A. G. et al. 2019. Sentimentos vivenciados por mulheres mastectomizadas, *International Journal of Development Research*, vol. 09 (11), p. 31221-31225,2019.

- Virgillito, S. B. (2017). *Pesquisa de marketing*. Saraiva Educação SA.
- Volgasts, E., & Sloka, B. (2020). Macro-social marketing as a government's opportunity to make a positive influence on societal behaviour.
- Vos, M. C., Galetzka, M., Mobach, M. P., van Hagen, M., & Pruyn, A. T. (2019). Measuring perceived cleanliness in service environments: Scale development and validation. *International journal of hospitality management*, 83, 11-18.
- Wakiuchi, J., Benedetti, G. M. D. S., Casado, J. M., Marcon, S. S., & Sales, C. A. (2017). Feelings shared by companions of cancer patients staying in hostel accommodation: A phenomenological study. *Escola Anna Nery*, 21.
- Wang, L. (2017). Early diagnosis of breast cancer. *Sensors*, 17(7), 1572.
- Who- World cancer research fund; American Institute for cancer Reseach. *Diet, nutrition, physical activity and breast cancer 2017*. London: WCRF, 2018. (Continuous update project). Disponível em: <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/Breast-cancer-report.pdf>. Acesso em: 09 de jul de 2022.
- Who – World Health Organization. Health topics. *Breast cancer: prevention and control*. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>. Acesso em: 09 de jul de 2022.
- Wooster, R., Bignell, G., Lancaster, J., Swift, S., Seal, S., Mangion, J., ... & Stratton, M. R. (1995). Identification of the breast cancer susceptibility gene BRCA2. *Nature*, 378(6559), 789-792.
- Wondimagegnehu, A., Abebe, W., Abraha, A., & Teferra, S. (2019). Depression and social support among breast cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC cancer*, 19, 1-8.
- Wymer, W. (2021). Addressing complex social problems with a multi-environmental stakeholder coalition. *International Review on Public and Nonprofit Marketing*, 18(3), 403-418.
- Xavier, C. (2021). A linguagem tabu em contexto: um estudo exploratório da linguagem tabu do ponto de vista das variáveis do registro. *Revista Brasileira de Linguística Aplicada*, 21, 107-132.
- Zare, N., Haem, E., Lankarani, K. B., Heydari, S. T., & Barooti, E. (2013). Breast cancer risk factors in a defined population: weighted logistic regression approach for rare events. *Journal of breast cancer*, 16(2), 214-219.
- Zucker, L. G. (1977). The role of institutionalization in cultural persistence. *American sociological review*, 726-743.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre câncer de mama. A pesquisa compõe o trabalho da mestranda Margarete Alves da Silva e os resultados serão utilizados para embasar a dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Administração do Curso de Mestrado em Administração do Centro Universitário Unihorizontes. A pesquisa é orientada pela Prof^a. Dr^a. Caissa Veloso e Sousa e os resultados serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos/científicos. Ressaltamos que os dados serão tratados de forma compilada e nenhum dado pessoal será compartilhado, não havendo, inclusive, espaço para preenchimento do nome, email ou telefone do respondente no questionário. Sua participação é voluntária e você pode interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pessoal. O preenchimento de todo o questionário leva em média 4 minutos. Agradecemos sua participação e destacamos que ajudará muito, tanto na pesquisa para a dissertação como para os resultados acadêmicos e científicos, decorrentes dos resultados totais.

1 - Você concorda em participar desta pesquisa?

Sim

Não

2 – Qual a sua faixa etária?

Até 17 anos e 11 meses

De 18 a 30 anos

De 31 a 45 anos

De 46 a 60 anos

Acima de 60 anos

3 – Como você se identifica?

- Mulher
- Homem
- Prefiro não me identificar

4 - Qual estado reside?

- MG
- Acre
- Alagoas
- Amapá
- Amazonas
- Bahia
- Ceará
- Distrito Federal
- Espírito Santo
- Goiás
- Maranhão
- Mato Grosso
- Mato Grosso do Sul
- Pará
- Paraíba
- Paraná
- Pernambuco
- Piauí
- Rio de Janeiro
- Rio Grande do Norte
- Rio Grande do Sul
- Rondônia
- Roraima
- Santa Catarina
- São Paulo
- Sergipe
- Tocantins

5 – Você tem ou já teve o diagnóstico confirmado para o câncer de mama?

Sim

Não

6 – Você conhece alguém que tem ou teve o diagnóstico confirmado para o câncer de mama? (você pode marcar mais de uma opção)

Não conheço

Mãe

Avó

Esposa, companheira ou namorada

Filha

Outros parentes

Vizinha, amiga ou conhecida

7 – Você se lembra de alguma campanha sobre a prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de mama?

Sim

Não

8 – Quem realizou a campanha que você já viu/ouviu? (você pode marcar mais de uma opção)

Governo

Empresas

() Escolas, igrejas ou associações

() Outros: (Especificar)

Abaixo elencamos algumas questões para as quais pedimos que marque seu grau de concordância ou discordância.

Salientamos que não há respostas certas ou erradas.

Quanto mais próximo de 5 (cinco) indica que você mais concorda com a afirmativa e quanto mais próximo de 1 (um) mais você discorda.

AFIRMATIVAS	1	2	3	4	5
A mulher se sente menos atraente durante o tratamento do câncer de mama.					
O diagnóstico e tratamento do câncer de mama podem influenciar no desejo sexual da mulher					
A retirada da mama pode ser responsável pela sensação de redução da feminilidade da mulher.					
As mulheres têm conhecimento das ações públicas que garantem benefícios para portadores de câncer de mama.					
A reconstrução mamária com implante de prótese auxilia na recuperação da autoestima da mulher.					
O autoexame mensal das mamas facilita o diagnóstico precoce do câncer de mama.					
A mamografia é o principal instrumento para detecção precoce do câncer de mama					
As mulheres sabem reconhecer nódulos ou secreções anormais na mama, a partir do autoexame					
Mulheres sem histórico familiar de câncer de mama acham que não desenvolverão a doença					

As mulheres têm conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama					
Há um estigma que recai sobre as mulheres com câncer de mama, uma vez que a doença pode representar algo ruim					
O câncer de mama pode levar a emoções e atitudes negativas como vergonha e culpa					
Há pessoas que acham que falar de câncer atrai a doença					
Mulheres com câncer de mama são discriminadas					
Os tabus impactam no diagnóstico precoce e no tratamento do câncer de mama					
Mulheres apoiadas pela família se recuperam melhor do câncer de mama					
Mulheres apoiadas pelos amigos se recuperam melhor do câncer de mama					
As casas de apoio são importantes para as mulheres que realizam o tratamento fora do domicílio					
Ter uma crença, independente da religião, é importante para o tratamento e recuperação das mulheres com câncer de mama					
Mulheres que tem suporte psicológico se recuperam melhor do câncer de mama					
As mídias sociais são bons instrumentos para disseminação de informações sobre câncer de mama.					
O governo realiza campanhas educativas de combate ao câncer de mama					
As campanhas do governo (exemplo outubro Rosa) contribuem no diagnóstico precoce câncer de mama					

Me recordo da última temática da campanha Outubro Rosa, realizada pelo governo, para a prevenção do câncer de mama.					
A periodicidade das campanhas de câncer de mama é adequada					
As campanhas sobre o câncer de mama realizadas pelo governo são boas					
O governo se preocupa em atualizar as ações públicas relacionadas ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama					
As mulheres brasileiras têm facilidade de acesso à mamografia.					
O SUS oferece ações adequadas para o atendimento as mulheres com câncer de mama					
O governo possibilita acesso rápido para início tratamento quando diagnosticado câncer de mama					
O governo promove a criação de incentivos financeiros para paciente acometidos com câncer, tais como: Isenção de alguns impostos, retirada antecipada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, entre outros.					

40- Qual o seu Estado Civil?

- Solteiro(a)
- Casado(a) ou união estável
- Viúvo(a)
- Divorciado(a)
- Outros

41 - Qual a sua Escolaridade?

- Até o quinto ano do ensino básico (antiga 4ª série)
- Até o nono ano do ensino básico (antiga 8ª série)
- Segundo grau completo ou incompleto
- Superior completo ou incompleto
- Mestrado ou doutorado completo ou incompleto

42 – Qual a renda média mensal das pessoas que moram na sua casa? Considerar o somatório da renda das pessoas que moram na casa dividido pelo número de pessoas, incluindo as crianças. É só uma estimativa, caso não tenha o valor exato. (caso tenha algum funcionário(a) que more na sua casa não considerar para a composição da renda média mensal.

- Não temos renda no momento
- Até R\$2.640,00
- Até R\$6.600,00
- Até R\$12.000,00
- Acima de R\$18.600,00

APÊNDICE B

Construtos, indicadores e variáveis do questionário

Construtos		Variáveis	Autores
Marketing Macrossocial			
INDIVÍDUO	AUTOESTIMA e DESEJO SEXUAL	A mulher se sente menos atraente durante o tratamento do câncer de mama.	INCA, (2021) Li, C. <i>et al.</i> , (2023) Sala <i>et al.</i> , (2022) Moschen <i>et al.</i> , (2021) Júnior <i>et al.</i> , (2022) Sunitha <i>et al.</i> , (2021)
		O diagnóstico e tratamento do câncer de mama podem influenciar no desejo sexual da mulher.	INCA, (2021) Li <i>et al.</i> , (2023) Moschien <i>et al.</i> , (2021) Sala <i>et al.</i> , (2022) Júnior <i>et al.</i> , (2022) Sunitha <i>et al.</i> , (2021)
		A retirada da mama pode ser responsável pela sensação de redução da feminilidade da mulher.	Moschen <i>et al.</i> (2021) Sala <i>et al.</i> , (2022) Júnior <i>et al.</i> , (2022)
		As mulheres têm conhecimento das ações públicas que garantem benefícios para portadores de câncer de mama.	Bussolotti, (2022) Brasil, (1994) Nascimento <i>et al.</i> , (2022) Silva, (2022)
		A reconstrução mamária com implante de prótese auxilia na recuperação da autoestima da mulher.	Inca, (2021) Sala <i>et al.</i> , (2022) Moschien <i>et al.</i> , (2021) Júnior <i>et al.</i> , (2022)
	CONHECIMENTO	O autoexame mensal das mamas facilita o diagnóstico precoce do câncer de mama.	Brasil, 2021 Costa <i>et al.</i> , (2021) Lim <i>et al.</i> , (2022)
		A mamografia é o principal instrumento para detecção precoce do câncer de mama.	Baquero <i>et al.</i> , (2021) Brasil, (2021) Clift <i>et al.</i> , (2022) Costa <i>et al.</i> , (2021) Lim <i>et al.</i> , (2021)
		As mulheres sabem reconhecer nódulos ou secreções anormais na mama, a partir do autoexame.	Costa <i>et al.</i> , (2021) INCA, (2021) Orlandini, (2021) WHO, (2020)
		Mulheres sem histórico familiar de câncer de mama acham que não desenvolverão a doença.	Buranelo <i>et al.</i> , (2021) Oncoguia, (2020) Orlandini, (2021)
		As mulheres têm conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama	Brasil, (2021) Buranelo <i>et al.</i> , (2021) Costa <i>et al.</i> , (2021). INCA, (2021)

Construtos, indicadores e variáveis do questionário (continuidade)

SOCIEDADE	TABU E ESTIGMA	Há um estigma que recai sobre as mulheres com câncer de mama, uma vez que a doença pode representar algo ruim.	Burrige, (2006) Li <i>et al.</i> , (2023) Viana <i>et al.</i> (2019) Xavier, (2021)
		O câncer de mama pode levar a emoções e atitudes negativas como vergonha e culpa.	Burrige, (2006) Li <i>et al.</i> , (2023) Kruif <i>et al.</i> , (2020) WHO, (2020) Xavier, (2021)
		Há pessoas que acham que falar de câncer atrai a doença.	Burrige, (2006) Li <i>et al.</i> , (2023) WHO, (2020) Xavier, (2021)
		Mulheres com câncer de mama são discriminadas.	Burrige, (2006) Li <i>et al.</i> , (2023) Veloso, (2019) Viana <i>et al.</i> , (2019) Xavier, (2021)
		Os tabus impactam o diagnóstico precoce e o tratamento do câncer de mama.	INCA, 2021 Li <i>et al.</i> , (2023) Tigre, Rodrigues e Pucci, (2022) Veloso, (2019)
	REDE DE APOIO SOCIAL	Mulheres apoiadas pela família se recuperam melhor do câncer de mama.	INCA, (2021) Li <i>et al.</i> , (2023) Sunitha <i>et al.</i> , (2021) Viana <i>et al.</i> , (2019)
		Mulheres apoiadas pelos amigos se recuperam melhor do câncer de mama.	INCA, (2021) Li <i>et al.</i> , (2023) Sunitha <i>et al.</i> , (2021) Viana <i>et al.</i> , (2019)
		As casas de apoio são importantes para as mulheres que realizam o tratamento fora do domicílio.	Cortes <i>et al.</i> , (2022) Santos <i>et al.</i> , (2023) Veloso, (2019)
		Ter uma crença, independente da religião, é importante para o tratamento e recuperação das mulheres com câncer de mama.	Sunitha <i>et al.</i> , (2021) Veloso, (2019) Viana <i>et al.</i> , (2019)
		Mulheres que tem suporte psicológico se recuperam melhor do câncer de mama.	INCA, (2021) Li <i>et al.</i> , (2023) Sunitha <i>et al.</i> , (2021) Viana <i>et al.</i> , (2019)
	As mídias sociais são bons instrumentos para disseminação de informações sobre câncer de mama.	Campos, (2020) Klippert & Schaper, 2018 Netto, (2019) Li <i>et al.</i> , (2023)	

Construtos, indicadores e variáveis do questionário (continuidade)

GOVERNO	CAMPANHAS	O governo realiza campanhas educativas de combate ao câncer de mama.	Baquero <i>et al.</i> , (2021) Brasil, (2021) Huff <i>et al.</i> , (2017) INCA, (2021) May & Previte, (2016)
		As campanhas do governo (exemplo outubro Rosa) contribuem no diagnóstico precoce câncer de mama.	Baquero <i>et al.</i> , (2021) Huff <i>et al.</i> , (2017) INCA, (2021) Oncoguia, (2020) Veloso, (2019)
		Me recordo da última temática da campanha Outubro Rosa, realizada pelo governo, para a prevenção do câncer de mama.	INCA, 2021 Oncoguia, (2020) Veloso, (2019)
		A periodicidade das campanhas de câncer de mama é adequada.	Baquero <i>et al.</i> , (2021) Brasil, (2021) INCA, 2021 Oncoguia, (2020) Veloso, (2019)
		As campanhas sobre o câncer de mama realizadas pelo governo são boas.	Baquero <i>et al.</i> , (2021) Brasil, (2021) Huff <i>et al.</i> , (2017) INCA, 2021 Oncoguia, (2020)
	LINHAS DE CUIDADOS	O governo se preocupa em atualizar as ações públicas relacionadas ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama.	Baquero <i>et al.</i> , (2021) Brasil, (2021) INCA, (2021) Oncoguia, (2020)
		As mulheres brasileiras têm facilidade de acesso à mamografia.	Baquero <i>et al.</i> , (2021) INCA, (2021)
		O SUS oferece ações adequadas para o atendimento às mulheres com câncer de mama.	Baquero <i>et al.</i> , (2021) Brasil, (2021) Santos <i>et al.</i> , (2023) Brasil, (2021) INCA, (2021) Netto, (2019)
		O governo possibilita acesso rápido para início tratamento quando diagnosticado o câncer de mama.	Baquero <i>et al.</i> , (2021) Brasil, (2021) Brasil, (2019) Brasil, (2021) INCA, (2021) Nascimento <i>et al.</i> , (2022) Oncoguia, (2020) Santos <i>et al.</i> , (2023)
		O governo promove a criação de incentivos financeiros para paciente acometido com câncer, tais como: Isenção de alguns impostos, retirada antecipada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, entre outros.	Bussolotti, (2022) Brasil, (1994) Nascimento <i>et al.</i> , (2022) Silva, (2022)
GOVERNAMENTAIS.			

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.