

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

THE PERCEPTION OF YOUNG WOMEN DIAGNOSED WITH BREAST CANCER ON SOCIAL MARKETING CAMPAIGNS

LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN LAS CAMPAÑAS DE MARKETING SOCIAL

Natalia Xavier Bueno¹
Gustavo Rodrigues da Cunha²

Artigo recebido em dezembro de 2021

Artigo aceito em setembro de 2022

RESUMO

O Câncer de Mama (CAM) é um dos principais responsáveis pela morbidade e mortalidade no mundo (WHO, 2015) por, na maioria das vezes, ser identificado nas mulheres quando já está em estágio avançado. Neste cenário, as campanhas de prevenção podem contribuir para que as mulheres de todas as idades possam prevenir a doença e identificar os fatores de risco que aumentam as chances de desenvolver a doença. Com isso, objetiva-se analisar as percepções das mulheres jovens a respeito das ações de marketing social para a prevenção do câncer de mama. Para isto, baseou-se nas ações de prevenção do CAM sob a perspectiva do marketing social e da prevenção primária e secundária. Trata-se de uma pesquisa descritiva qualitativa, cuja coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com nove mulheres jovens, com menos de 50 anos, diagnosticadas com CAM. A partir da análise de conteúdo os dados foram categorizados e viu-se uma insatisfação das entrevistadas quanto à clareza de informações sobre a doença; à baixa periodicidade das campanhas de prevenção; à insatisfação com as ações governamentais, bem como à disponibilidade de maquinários para prevenção e tratamento; e às orientações de rastreamento por mamografia apenas para mulheres acima de 50 anos.

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

ABSTRACT

Breast cancer (CAM) is one of the main responsible for morbidity and mortality in the world (WHO, 2015) for, in most cases, it is identified in women when it is in an advanced stage. In this scenario, prevention campaigns can help women of all ages to prevent the disease and identify the risk factors that increase the chances of developing the disease. Thus, the objective is to analyze the perceptions of young women about social marketing actions for the prevention of breast cancer. For this, it was based on CAM prevention actions from the perspective of social marketing and primary and secondary prevention. This is a qualitative descriptive research, whose data collection took place through semi-

¹ Centro Universitário Unihorizontes. E-mail: nataliaxb@yahoo.com.br. Orcid: 0000-0002-0540-7411.

² Centro Universitário Unihorizontes. E-mail: gustavo.cunha@gmail.com. Orcid: 0000-0001-9456-8622.

structured interviews with nine young women, under 50 years old, diagnosed with CAM. From the content analysis, the data were categorized and there was a dissatisfaction among the interviewees regarding the clarity of information about the disease; the low frequency of prevention campaigns; dissatisfaction with government actions, as well as the availability of machinery for prevention and treatment; and mammography screening guidelines only for women over 50.

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

RESUMEN

El cáncer de mama (MCA) es uno de los principales responsables de morbilidad y mortalidad en el mundo (OMS, 2015) pues, en la mayoría de los casos, se identifica en las mujeres cuando se encuentra en un estadio avanzado. En este escenario, las campañas de prevención pueden ayudar a mujeres de todas las edades a prevenir la enfermedad e identificar los factores de riesgo que aumentan las posibilidades de desarrollar la enfermedad. Así, el objetivo es analizar las percepciones de las mujeres jóvenes sobre las acciones de marketing social para la prevención del cáncer de mama. Para ello, se basó en acciones de prevención de MCA desde la perspectiva del marketing social y la prevención primaria y secundaria. Se trata de una investigación descriptiva cualitativa, cuya recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas a nueve mujeres jóvenes, menores de 50 años, diagnosticadas de MCA. A partir del análisis de contenido, se categorizaron los datos y hubo descontento entre los entrevistados con respecto a la claridad de la información sobre la enfermedad; la baja frecuencia de campañas de prevención; el descontento con las acciones gubernamentales, así como la disponibilidad de maquinaria de prevención y tratamiento; y pautas de detección de mamografías solo para mujeres mayores de 50 años.

Palabras clave: Mercadeo social. Cáncer de mama. Campañas de prevención. Mujer joven.

1 INTRODUÇÃO

Dentre todos os tipos de câncer conhecidos, o de mama constitui o segundo mais comum, ficando atrás apenas do câncer de pulmão. Contudo, quando se consideram apenas as mulheres, o câncer de mama (CAM) torna-se o mais frequente, havendo um aumento significativo nos últimos anos. Por exemplo, no ano de 2012 obteve-se em média 1,67 milhões, 11,9% do total de novos casos de câncer no mundo (IARC, 2012), e no ano de 2020, chegou-se a aproximadamente 2,3 milhões, representando 24,5% de novos casos (INCA, 2019; FERLAY et., 2021).

Em decorrência do aumento de casos da doença, vê-se que o câncer de mama é também uma das principais causas ou a primeira causa de morte em mulheres no Brasil (INCA, 2019). Essa neoplasia se descoberta precocemente e tratada de forma adequada, tem alta probabilidade de cura, visto que aproximadamente 90% de chance de sobrevida se o tumor for detectado em fase inicial (THULER, 2003; GARICOCHEA et al., 2009; MIGOWSKI et al., 2018; INCA, 2021). Porém, o CAM é mais frequentemente identificado nas mulheres já em estágio avançado, o que acarreta um índice de sobrevivência de 10 a 40% (WHO, 2014a), isto porque o diagnóstico recomendado para identificação do câncer de mama, a mamografia, não é de fácil acesso para as mulheres jovens, aquelas com idade inferior a 50 anos (MAIRINK et al., 2020; SANDES; MONTANHA, 2020).

O diagnóstico da doença em estágio mais avançado se dá, em muitos casos, pelo baixo índice de suspeição clínica da doença, pela dificuldade de realização de exames em mamas densas, pela falta de orientações de rastreamento por mamografia para grupos de mulheres

abaixo de 50 anos (DUMITRESCU; COTARLA, 2005; PINHEIRO et al., 2013; VELOSO; SOUZA, 2019), sendo estas consideradas como mulheres jovens (PINHEIRO et al., 2013; SANDES, MONTANHA, 2020; COSTA; BRINGEL; OLIVEIRA, 2021). O rastreamento por mamografia é visto como um dos principais empecilhos para o diagnóstico precoce, uma vez que as recomendações de rastreamento da doença por meio da mamografia no Brasil envolvem apenas mulheres acima de 50 anos (INCA, 2020).

Embora o aumento do número de casos de câncer seja esperado em função do envelhecimento da população (cenário demográfico atual), observa-se também um aumento de incidência da doença em faixas etárias mais baixas (MARTINS et al., 2013), motivado por um novo estilo de vida dos brasileiros que conduz a uma maior exposição a fatores de risco provenientes da sociedade contemporânea (FIGUEIREDO; SILVA; COSTA, 2020). Este cenário contribui para destacar a relevância do marketing social, que tem por objetivo principal sensibilizar e realizar a mudança de comportamento dos indivíduos (KOTLER; LEE, 2011; VELOSO; SOUZA, 2019), diante de problemas sociais como é o caso do câncer de mama.

O marketing social é promovido a partir estratégias governamentais, com esforços de organizações sem fins lucrativos e de órgãos governamentais com o intuito de valer de ações pautadas em campanhas publicitárias para promover a conscientização social, visando criar um comportamento socialmente aprendido, promovendo a melhoria do bem-estar social (REZENDE et al., 2015; VELOSO; SOUZA, 2019). As políticas públicas em prol da prevenção do CAM foram impulsionadas pelo Programa Viva Mulher, em 1998, que tinha como objetivo a detecção do câncer do colo uterino (INCA, 2015b). Sendo assim, o governo iniciou a formulação de diretrizes e a estruturação da rede assistencial para a detecção precoce do CAM, integrando o ‘Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis’ (DCNT) no Brasil, lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2011 (INCA, 2018).

Dessa forma, as ações e estratégias governamentais, que permeiam a discussão do marketing social, têm o esforço de propósito social e sua utilização está relacionada aos governos, órgãos governamentais e organizações sem fins lucrativos (RUNDLE-THIELE, 2015), em prol da conscientização do diagnóstico precoce, sobretudo, para as mulheres jovens (VELOSO; SOUZA, 2019).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Inicia-se o referencial teórico pelo marketing digital.

2.1 Marketing Social

O estudo de Kotler e Levy (1969) é pioneiro nas discussões do marketing social, além das transações tradicionais de mercado, em que as instituições sem fins lucrativos participariam dos processos de trocas com a população por meio da venda de ideias, ou seja, a atuação de organizações que se preocupam em realizar atividades de políticas populacionais. A primeira definição de marketing social foi proposta no artigo de Kotler e Zaltman (1971), no qual os autores definem que o “marketing social é a criação, implantação e controle de programas calculados para influenciar a aceitação de ideias sociais envolvendo considerações de

planejamento de produto, preço, comunicação, distribuição e pesquisa de marketing” (KOTLER; ZALTMAN, 1971, p. 5).

Os estudos de Kotler e Roberto (1989) revisam as ideias de Kotler e Zaltman (1971) e afirmam que o marketing social combina os elementos do marketing tradicional com os avanços tecnológicos da comunicação para a realização da mudança comportamental. Então, em suma, pode-se dizer que o marketing social reside na utilização de campanhas e propagandas em prol de um bem comum, visando alterações no comportamento social (VELOSO; SOUZA, 2019). Já na visão de Andreasen (2001) o marketing social não muda o comportamento, mas influencia o comportamento voluntário do público-alvo para a melhoria do bem-estar tanto dos indivíduos quanto da sociedade.

Assim, acredita-se que o marketing social tem como um de seus papéis principais a mobilização de um coletivo que, por meio de campanhas, procura propor soluções de problemas identificados no âmbito social, tais como problemas de saúde e ambiental (VALENTE, 2000). Na maioria das vezes, o marketing social é promovido por estratégias governamentais, isto é, sua utilização perpassa por organizações em fins lucrativos e por órgãos governamentais (REZENDE et al., 2015; VELOSO; SOUZA, 2019).

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

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

Atuação do governo e das organizações sem fins lucrativos juntamente com as políticas públicas na área da saúde vêm sendo desenvolvidas de forma mais ampla no Brasil desde 1998, e, o tema “câncer de mama” vem sendo tratado com prioridade na agenda de saúde do país, integrando o ‘Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis’ (DCNT) no Brasil, lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2011 (INCA, 2019). A partir disso, destaca-se a campanha Outubro Rosa, iniciada no ano de 2002, que tem por finalidade disseminar informações sobre o tema, bem como fornecer acessibilidade aos serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

2.2 Câncer de mama: prevenções primária e secundária

O câncer é um dos principais responsáveis pela morbidade e mortalidade. Fatores como condições de trabalho, nutrição, consumo e a industrialização redefiniram os padrões de vida da sociedade, desencadeando a mudança no perfil epidemiológico das populações e, consequentemente, aumentando a incidência do câncer (INCA, 2020).

O envelhecimento da população é o principal fator da transição do quadro de epidemiologia global (IARC, 2003). Além disso, o tabaco, má alimentação, inatividade física e consumo nocivo de álcool também são fatores de risco do câncer (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011; INCA, 2020). De acordo com os autores, os países de baixa renda são os mais afetados por casos de câncer, pois são mais expostos aos fatores de risco e possuem menor acesso ao serviço de saúde. Apenas nos países de alta renda, apesar do aumento de

incidência do CAM, observa-se, nos últimos 20 anos, uma redução de mortalidade pela doença, fator associado ao resultado de ações de detecção precoce e de tratamentos adequados. Em contrapartida, no Brasil, o aumento da incidência vem sendo acompanhado também pelo aumento de mortalidade, o que pode ser atribuído ao diagnóstico tardio do CAM (KIM et al., 2010; INCA, 2020).

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

As mulheres jovens são mais vulneráveis ao diagnóstico em estágio avançado do CAM, acontecimento que pode ser justificado pela falta de ações de rastreamento, além de dificuldades de interpretações dos resultados dos exames devido à alta densidade mamária característica da idade (PINHEIRO et al., 2013; VELOSO; SOUZA, 2019). As neoplasias que surgem em mulheres jovens apresentam-se com características próprias, diferentes daquelas observadas em mulheres mais velhas que, por sua vez, estão mais propensas aos fatores de risco devido ao acúmulo de exposição ao longo da vida. No caso de mulheres jovens, as causas do CAM são imprevisíveis, ocasionando em diagnóstico espontâneo e, normalmente, não havendo relação com causas ambientais e nem familiares. Dessa forma, a doença é mais agressiva, com alto índice de proliferação e alta frequência de invasão linfovascular (ARREGI, 2012; JÁCOME, 2013; INCA, 2020).

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

O CAM é considerado uma doença multifatorial que envolve fatores modificáveis (extrínsecos) que dependem da mudança de comportamento, dos hábitos e das práticas do indivíduo; e fatores não modificáveis (intrínsecos), que não dependem da mudança de comportamento do indivíduo (INCA, 2020). Portanto, as campanhas de prevenção do CAM adotam abordagem de acordo com os fatores de risco que aumentam as chances de desenvolver a doença. Dessa forma, consideram-se as campanhas de prevenção primária para os fatores modificáveis e prevenção secundária para os fatores não modificáveis.

A prevenção primária é vista como ações de promoção da saúde que englobam medidas que antecedem a ocorrência da doença, evitando fatores que podem causá-la e, garantindo, assim, a manutenção do bem-estar geral (COSTA et al., 2021). Em outras palavras, está diretamente relacionada ao controle dos fatores de risco, principalmente àqueles referentes ao estilo de vida e ao diagnóstico precoce (OHL IC et al., 2016). Destarte, a mudança do estilo de vida adotado pelas mulheres pode modificar o risco de desenvolvimento do CAM (MELO; FIGUEIREDO, 2012; BUSHATSKY et al., 2014; VIEGAS et al., 2019).

Por desconhecer a origem e uma causa definida do CAM, no Brasil, a prevenção primária torna-se mais difícil, sendo utilizadas estratégias de minimização dos fatores de risco por meio da prevenção secundária da doença com maior enfoque (BATISTON, 2009; GOMES, 2012; INCA, 2016; COSTA et al., 2021).

As ações de prevenção secundária englobam a detecção precoce do CAM, tendo por finalidade minimizar os fatores de risco da doença, uma vez que no Brasil a maior parte dos tumores é encontrada pelas próprias mulheres, já em estágios avançados, sendo necessários

tratamentos mais agressivos e ocasionando um maior número de mortalidades (BATISTON, 2009; VIEGAS et al., 2019; COSTA et al., 2021). O autoexame das mamas (AEM) é uma das estratégias de escolha da prevenção secundária, caracterizada pela facilidade e pelo baixo custo, uma vez que é a mulher própria mulher que o executa participando, assim, de forma mais ativa do controle de sua saúde. No entanto, as desvantagens desse método envolvem biópsias de lesões benignas, diagnósticos falso-negativos e impacto psicológicos em diagnósticos falso-positivos (GONÇALVES; DIAS, 1999; MONTEIRO et al., 2003).

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

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

3 MÉTODO

A fim de atingir o objetivo de analisar as percepções das mulheres jovens a respeito das ações de marketing social para a prevenção do câncer de mama, esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa descritiva, uma vez que se pretende conhecer, interpretar, descrever e analisar um fenômeno social (VERGARA, 2013), que não pode ser traduzido em números (SILVA; MENEZES, 2005).

A unidade de análise e os sujeitos coexistem e são representados pelas mulheres jovens, isto é, antes dos 50 anos de idade, diagnosticadas com câncer de mama. Essas mulheres foram escolhidas pelo critério de acessibilidade e pela indicação de outras participantes por meio da participante inicial, o que caracterizou a técnica de *snowball* ou bola-de-neve (BALDIN; MUNHOZ, 2011). De acordo com Velasco e Díaz da Rada (1997) a técnica de *snowball* permite alcançar a produção do conhecimento na pesquisa de campo em casos de investigações em comunidades, caracterizando, portanto, em uma espécie de rede devido à indicação de participantes.

A partir desta técnica foi possível a realização das entrevistas individuais semiestruturadas, cujo roteiro foi desenvolvido a partir da teoria marketing social, com nove mulheres com câncer de mama. Ressalta-se, então, que a primeira entrevistada foi escolhida pela acessibilidade dos pesquisadores, a segunda entrevistada foi indicação da primeira, a terceira foi indicação da segunda, e assim sucessivamente. Todas as mulheres residem na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. O perfil das mulheres entrevistadas pode ser averiguado no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização das nove mulheres com câncer de mama entrevistadas

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

Fonte: elaborado pelos autores

Quanto à estratégia da análise de dados, optou-se pela análise de conteúdo, segundo Bardin (2009), uma vez que esta permite aos pesquisadores interpretarem os dados coletados a partir da frequência de temas evocados no discurso dos respondentes, e da avaliação dos juízos formulados pelo locutor.

A análise de conteúdo desenvolveu-se em três momentos. No primeiro, realizou-se a pré-análise, em que os pesquisadores transcreveram os dados e os repassaram para um banco de dados criado no programa Excel para que pudesse ser realizada a leitura flutuante. Isto é, os pesquisadores tiveram o primeiro contato com os dados, fazendo uma leitura mais ampla, “superficial” de todos os relatos.

No segundo momento, por meio da exploração do material, os dados brutos foram transformados sistematicamente em unidades para melhor descrição das características. Ou seja, novas leituras foram realizadas para que os pesquisadores pudessem aprofundar sobre os significados trazidos em cada relato, a fim de compreender a subjetividade que estava por trás das percepções descritas. Os dados foram explorados de acordo com a análise temática, isto é, a partir da frequência de temas que surgiram das nove entrevistas, a saber: causas, prevenções, falta de preparação dos médicos e ações governamentais. A partir disso, criaram-se duas categorias de análise, *a posteriori* à coleta dos dados, intituladas como: “causas do câncer de mama, prevenção e a falta de preparação”; e “a falta que o governo faz”.

E, por fim, no terceiro momento, faz-se a interpretação dos dados agrupados em cada categoria (BARDIN, 2009), a partir da teoria discutida neste artigo sobre marketing social e câncer de mama: prevenção primária e secundária.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iniciam-se os resultados e discussão pelas causas do câncer na mama.

4.1 Causas do câncer de mama, prevenção e a falta de preparação dos médicos

Durante as entrevistas, ao falarem sobre suas percepções sobre as ações de marketing social para a prevenção do câncer de mama notou-se que todas as mulheres entrevistadas acreditam que as campanhas são voltadas, em sua maioria, para mulheres acima de 50 anos, corroborando com o que é apresentado na literatura. Este fato indica que as mulheres abaixo desta faixa etária ficam em situações mais vulneráveis pela falta de informação, pela falta de campanhas de conscientização e, sobretudo, pela falta de acesso aos recursos para conseguirem ser diagnosticadas previamente, pois os profissionais da área da saúde são ensinados a solicitar exames específicos para identificar o câncer de mama em mulheres com idades mais avançadas.

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

Neste sentido, as campanhas de prevenção primária, a fim de reduzir o risco dos fatores modificáveis, recomendam um melhor estilo de vida. Tais fatores podem ser alterados pelo comportamento, hábitos e práticas do indivíduo (INCA, 2020), conforme afirmado pela entrevistada 7.

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

Em concordância, a E9 abordou questões relacionadas à prevenção primária da doença, como cuidar dos hábitos alimentares e a boa saúde, dizendo sobre o aumento da incidência em mulheres com menos de 50 anos de idade e sobre a necessidade da realização da prevenção independentemente da faixa etária.

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

de mama, hoje, ele têm sido cada vez mais comum em mulheres de 20 e poucos anos, de 30 e poucos anos. Então é uma doença que agora não tem mais idade (E9).

Assim como a E9, a E1, E2 e E7 dizem que compreender a causa, o que pode levar à doença, é essencial na tentativa de preveni-la. É uma forma de incentivar a mudança do estilo de vida adotado pelas mulheres garantindo, assim, a manutenção do bem-estar. Dessa forma, a prevenção primária é vista como ações de promoção da saúde que englobam medidas que antecedem a ocorrência da doença, evitando fatores que podem causá-la (MELO; FIGUEIREDO, 2012; BUSHATSKY et al., 2014).

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

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

No relato de outras entrevistadas, os fatores não modificáveis foram citados como causas intrínsecas do CAM, ou seja, aumento da idade, etnia ou raça, herança genética, menarca precoce e menopausa tardia (INCA, 2016). Assim, a causa do CAM foi relacionada a fatores como herança genética e menarca precoce.

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

Mesmo que para algumas das entrevistadas o câncer de mama tem como causa o fator genético, e por isso acreditam não ter como se prevenirem da doença, o importante é fazer com que as mulheres de todas as idades, principalmente as mais jovens, com idade inferior a 50 anos, tenham acesso à informação e sejam conscientizadas sobre como diagnosticar a doença previamente. Com isso, as ações de prevenção secundária englobam a detecção precoce do CAM, que têm por finalidade minimizar os fatores de risco da doença, uma vez que no Brasil a maior parte dos tumores é encontrada pelas próprias mulheres, já em estágios avançados, sendo necessários tratamentos mais agressivos e ocasionando um maior número de mortalidades (BATISTON, 2009).

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

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

Mesmo sendo possível perceber nos relatos exemplos de causas explícitas e implícitas, as entrevistadas acreditam que as campanhas de marketing precisam estar alinhadas com a preparação dos médicos e dos profissionais da área da saúde, uma vez que ainda há recomendações de rastreamento da doença através da monografia - método apontado como a única técnica eficaz para a detecção precoce do CAM e redução da mortalidade da doença – somente a partir dos 50 anos.

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

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

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

Assim como visto em Pinheiro *et al.* (2013), as mulheres entrevistadas acreditam que estão mais vulneráveis ao diagnóstico em estágio avançado do CAM, o que pode ser justificado pela falta de ações de rastreamento, além de dificuldades de interpretações dos resultados dos exames devido à alta densidade mamária característica da idade, conforme observado nos relatos em sequência.

Quando eu parei de tomar os remédios para engravidar, eu pedi à médica uma mamografia. Aí, ela me examinou, em outubro, me examinou, e falou “Eu vou te pedir uma mamografia para quê? Você não tem nada, eu estou aqui te apalpando. Você não tem histórico, você não tem idade, você não tem... Besteira fazer um exame desse” [...]. Exatamente oito meses depois, eu senti o caroço. Fui ao primeiro médico que eu achei. Aí ele me pediu um ultrassom, ele falou: “Olha, realmente tem um nodulozinho aqui na sua mama, mas não é nada, porque está muito redondinho, está muito pequenininho, não tem característica nenhuma de ser maligno”. Eu falei “ah, ótimo”. Aí fiz o ultrassom e tal, aí já fui para um médico mais renomado [...] Ele olhou o ultrassom e falou: “Olha, não é, não tem nada que indica que é câncer, porque está muito redondo” [...]. Eu nem fiz mamografia, porque eu não tenho idade nem para fazer. Não pede mamografia (E3).

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

Estes relatos vão ao encontro com o que é discutido na literatura sobre prevenção primária e secundária do câncer de mama, uma vez que a falta do marketing social ou a pouca assertividade das campanhas dificultam as mulheres a identificar a doença em seu estágio inicial. Afinal, fatores como o baixo índice de suspeição clínica da doença, a dificuldade de realização de exames em mamas densas e a falta de orientações de rastreamento por mamografia para grupos de mulheres abaixo de 50 anos retardam o diagnóstico e, conseqüentemente, pioram o prognóstico do CAM (PINHEIRO et al., 2013).

Outro exemplo pode ser trazido pela entrevistada 5 dizendo que o “médico não estar preparado para as possibilidades de, por exemplo, uma mulher que amamenta ter câncer de mama”. Isso ilustra também baixa suspeição clínica, uma vez que a ela foi diagnosticada com CAM no período de amamentação, fator considerado protetor à doença (BUSHATSKY et al., 2014).

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

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

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

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

A maioria das meninas (do grupo que participo) reclama que o ginecologista fala “não, isso não é nada não, vamos esperar”. Aí, quando já está em um

tamanho grande, aí ele encaminha para o mastologista que é o responsável. Mas, eu acho que ginecologista não tem capacidade para avaliar. No meu caso, a ginecologista ensinou a fazer o autoexame, mas eles não ensinam isso não. Eles não ensinam, às vezes perguntam se você fez o autoexame, mas o que você fala não serve não (E4).

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

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

Portanto, a maioria das entrevistadas percebe a importância das ações de marketing social para a prevenção primária e secundária do câncer de mama, no que tange a compreensão das causas e do que pode ser feito para minimizar a falta de preparação dos médicos, dos profissionais de saúde, principalmente quando se precisa do sistema de saúde público e de suas campanhas de marketing.

4.3 A falta que o governo faz

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

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

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

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

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

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

Por meio dos relatos apresentados, identifica-se a baixa periodicidade das ações de prevenção do CAM, uma vez que as entrevistadas só se lembram da atuação do governo no mês de outubro, quando acontece o movimento mundial, de iniciativa estrangeira, conhecido como Outubro Rosa. Este fato também foi identificado em outros estudos de marketing social como associados às campanhas de doação de órgãos (REZENDE *et al.*, 2015), doação de sangue (MENEZES, 2013; PEREIRA, 2015) e acidentes de trânsito (VALE, 2016). Além destes relatos, as entrevistadas falaram sobre as deficiências das campanhas de prevenção ao câncer de mama, identificando que a atuação do governo acontece esporadicamente, tendo como enfoque as ações promovidas no Outubro Rosa.

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

A entrevistada E2 enfatizou, ainda, que as campanhas que acontecem principalmente no Outubro Rosa, há uma grande deficiência no que diz respeito à falta de informação nas sobre a realidade da mulher diagnosticada com CAM: “Não explica quais são as consequências. Não fala de mastectomia definitiva, não fala de linfonodo, não fala de braço que você não pode usar nunca mais”.

A fim de identificar aspectos positivos das campanhas de prevenção, as entrevistadas foram indagadas sobre esses fatores a respeito daquelas campanhas das quais se recordavam, conforme ilustrado pela entrevistada 3.

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

Nota-se que a realização de campanhas é algo positivo para a sociedade. No entanto, ao serem questionadas sobre esses aspectos, as entrevistadas demonstraram-se pensativas e ressaltaram as insuficiências das campanhas como no relato da E5.

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

Sobre a evolução nas campanhas de prevenção com relação à frequência, abrangência e/ou eficiência na comunicação, as entrevistadas demonstraram-se otimistas, como o relato de E1 e E3: “Eu acho que melhoraram as campanhas, que hoje eu vejo mais do que via” (E1); “Olhando de uma forma geral, eu acho que hoje a gente consegue chegar mais nas pessoas” (E5). Entretanto, outras mulheres ratificaram a insatisfação quanto à frequência, abrangência e eficiência das devidas ações de prevenção do CAM promovidas pelo governo, conforme relatado da entrevistada 9.

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

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

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

Também foi possível perceber nos discursos de E8 e E9 a repulsa no que diz respeito à falta de esforço do governo no direcionamento de gastos públicos para este fim. Nessa mesma linha, as demais entrevistadas demonstraram-se insatisfeitas, não só em relação às campanhas, mas à disponibilidade de maquinários para efetivar prevenção e tratamento.

Porque esse marketing social do governo é um verdadeiro lixo, sinceramente. Fica lá “Outubro Rosa”, aquele lacinho, coloca todo mundo. Na verdade, eles não estão preocupados com o seu bem-estar social. Eles estão preocupados em diminuir o gasto que eles têm junto à saúde. Só que assim, se eles tivessem

realmente preocupados com isso, as campanhas eram muito melhores e os investimentos nos hospitais também, porque as pessoas fariam mais exames, né?! (E1).

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

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

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

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

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

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

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

Identificou-se que as campanhas de prevenção do câncer de mama realizadas pelo governo deveriam utilizar como planejamento estratégico “campanhas para o ano inteiro” (E2), “ajudar as ONG” (E5) e conscientizar os jovens nas escolas, para que “eles levem esse conhecimento para os seus lares ou para o meio que eles convivem” (E1). Destarte, a fim de alcançar a mudança de comportamento do indivíduo, o marketing social pode se pautar por campanhas com enfoque negativo, mais agressivo, ou com enfoque positivo, emocional (CASTRO; SANTOS, 2014). Por fim, as entrevistadas relataram acerca dos apelos das

campanhas, a fim de propor, na percepção delas, a forma mais adequada de divulgação para atingir o maior número de mulheres a se prevenir.

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

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

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

Algumas das entrevistadas se mostraram a favor do enfoque negativo das campanhas, por meio da utilização de ações mais trágicas, agressivas que possam impactar na mudança do comportamento do indivíduo. Entretanto, o apelo positivo também foi citado por outras mulheres (minorias), apoiando a iniciativa de o governo promover ações por meio da conscientização emocional, solidariedade e demonstração do sucesso no tratamento contra o CAM, conforme exemplificado pela E5.

Olha, para começar, não tinha que colocar ator, só para começar! Eu acho que primeiro tem que colocar gente... igual eles justificam que colocam ator porque a pessoa lembra. A pessoa lembra é do homem bonito lá. Não! Você tem que mostrar a pessoa ali: “eu tive, eu sobrevivi”, “eu sobrevivi porque eu fiz isso”. Eu acho que é o que os grupos fazem, mas eu acho que o governo podia fazer isso. Colocar as pessoas que sobreviveram ao câncer de mama em uma campanha para mostrar porque elas sobreviveram [...] Eu acho que o afetivo, não precisa de ser trágico para atingir a população. Você precisa ser verdadeiro, entendeu? (E5).

Entende-se, então, que o governo ainda não consegue mobilizar a sociedade por meio de ações de marketing social, uma vez que as mulheres encontraram o CAM sozinhas e, ainda, afirmaram nunca terem sido motivadas a se prevenirem. Dessa forma, questiona-se a atuação do governo na prevenção do CAM, uma vez que é a própria mulher que descobre o tumor, já

em estágio avançado (BATISTON, 2009; ARAÚJO DA SILVA; RIUL, 2011; PINHEIRO *et al.*, 2013; WHO, 2014a).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de marketing social para a prevenção do câncer de mama ainda deixam a desejar, principalmente quanto à participação do governo em tais ações. Isto porque as ações de prevenção primária, recomendações de redução dos fatores de risco extrínsecos, mesmo sendo de conhecimento das entrevistadas ainda não são percebidas, em sua plenitude pelas mulheres jovens, não conseguindo exemplificar ações de marketing por parte do governo.

Além disso, as ações de prevenção secundária, ou seja, de detecção precoce do câncer de mama também foram questionadas pelas mulheres jovens, pois ainda há dificuldades, empecilhos e resistências por parte dos profissionais da saúde em realizar a mamografia o único método de rastreamento considerado pelo INCA (2020) eficaz para a detecção precoce e redução da mortalidade da doença, uma vez que essa técnica não inclui a prevenção para mulheres abaixo de 50 anos. Este fato está relacionado à efetividade do exame em mulheres jovens, pois elas apresentam alta densidade mamária característica da idade, o que dificulta o diagnóstico de tumores nas mamas. a prática do autoexame das mamas (AEM), outro método de detecção precoce, como a mais frequente pelas entrevistadas.

Assim, vê-se a necessidade de ações de prevenção com enfoque nas mulheres abaixo de 50 anos, sendo desenvolvidas estratégias específicas para essa faixa etária, e assim uma melhor estruturação das ações de prevenção primária e secundária que pode contribuir para a redução da incidência, do diagnóstico tardio e, conseqüentemente, da mortalidade do CAM.

Questiona-se a efetividade dos esforços governamentais a fim de informar as mulheres jovens sobre as formas de prevenção do CAM, uma vez que as mulheres entrevistadas relatam desconhecer campanhas do governo e se lembrarem de apenas do movimento Outubro Rosa, que acontece especificamente no mês de outubro, indicado a baixa periodicidade.

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

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

Como limitação do estudo, destaca-se a dificuldade de encontrar mulheres que tiveram CAM dispostas a falar sobre a doença. Ressalta-se, ainda, a abrangência da pesquisa, que se limitou à cidade de Belo Horizonte e à grande BH, não podendo generalizar os resultados encontrados para as demais regiões do Brasil. Por fim, para estudos futuros, sugerem-se pesquisas com mulheres que tiveram tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo comparação de resultados acerca da atuação do governo na prevenção e tratamento do CAM.

6 REFERÊNCIAS

ANDREASEN, A. R. **Ethics in Social Marketing**. Washington: Georgetown University Press, 2001.

ARREGI, M. M. U. **Câncer em adultos jovens (20-39 anos) em Fortaleza: tendências em incidência, mortalidade e sobrevida, 1997-2006**. Tese (Doutorado) - Fundação Antônio Prudente e Escola Cearense de Oncologia, Fortaleza, 2012.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. **Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária**. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 10., 2011, Curitiba. Anais... Curitiba: PUCPR. p. 329- 341. Disponível em: <http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf>.

Acessado em 30/11/2021.

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

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

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

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

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

COSTA, L. S.; CARMO, A. L. O.; FIRMIANO, G. D.; MONTEIRO, DE S. S.; FARIAL, B.; GOMIDES, F. **Fatores de risco relacionados ao câncer de mama e a importância da detecção precoce para a saúde da mulher**. Revista Eletrônica Acervo Científico, v. 31, 2021.

COSTA, A. C.; BRINGEL, A. V. S.; OLIVEIRA, E. L. C. **Aspectos epistemológico do câncer de mama em mulheres jovens no estado do Tocantins nos anos de 2019 a 2020**. JNT- Facit Business and technology journal, ed. 30, v. 1. p. 13-27, 2021.

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

FERLAY, J. et al. **Cancer statistics for the year 2020: an overview**. International Journal of Cancer, v. 149, e. 4, p. 778-789, 2021.

FIGUEIREDO, M. B.; SILVA, D. N. S.; COSTA, M. C. S. **Câncer de mama em mulheres com idade inferior a 40 anos em rio Branco-Acre: percepção e aceitação**. DêCiência em Foco, v.4; n.1; p. 29-44, 2020.

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

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

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

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

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Atlas da mortalidade.** Rio de Janeiro: INCA, 2021. Base de dados. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>. Acessado em 28/11/2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Deteção precoce do câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>. Acessado em 28/11/2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//...> Acessado em 28/11/2021.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER – IARC. **Globocan 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012.** Lyon: IARC, 2012. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>. Acessado em 30/11/2021.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER – IARC. **World Cancer Report.** Lyon: IARC, 2003. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2003/WorldCancerReport.pdf>. Acessado em 30/11/2021.

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

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

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

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

MAIRINK, A. P. A. R.; GRADIM, C. V. C.; PRADO, M. A. S.; PANOBIANCO, M. S. **Vivência de Mulheres Jovens diante da Neoplasia Mamária.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 66, n. 4, set. p.1-10, 2020.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. **Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônico não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, out./dez. 2011.

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

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

MIGOWSKI, A. et al. **Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. I – Métodos de elaboração.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, 2018a. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X201800.... Acessado em 30/11/2021.

NASCIMENTO, T. G.; RIUL, S.; MACHADO, A. R. M. **Auto-exame de mama: significado para pacientes em tratamento quimioterápico.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 62, n. 4, p. 557-561, jul./ago. 2009.

OHL ICB, et al. **Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, n. 4, p. 793-803, 2016.

PEREZ, C.; BARBOSA, I. S. **Hiperpublicidade: fundamentos e interfaces.** São Paulo: Thompson Learning, 2007.

PINHEIRO, A. B., et al. **Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos.** Revista Brasileira de Cancerologia, Brasília, v. 59, n. 3, p. 351-359, 2013.

QUINTANA, A. M. **Prevenção do câncer de mama: a contribuição das representações sociais.** Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v. 3, n. 3, p. 295-302, set./dez. 2004.

REZENDE, L. B. O., et al. **Doação de órgãos no Brasil: uma análise das campanhas governamentais sob a perspectiva do marketing social.** Remark, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 362-376, jul./set. 2015.

RUNDLE-THIELE, S. **Looking back and moving forwards: An agenda for social marketing research.** Recherche et Applications en Marketing (English Edition), v. 30, n. 3, p. 128-133, 2015.

SANDES, C. A. A.; MONTANHA, D. **O cotidiano da mulher jovem com câncer de mama.** UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 17, n. 48, p. 222- 233, 2020.

SCLOWITZ, M. L., et al. **Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 340-349, 2005.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 4. ed. ver. atual. Florianópolis: UFSC, 2005.

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

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

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

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

VELOSO, T. M. R; SOUZA, C. V. **Marketing Social e Câncer de Mama: percepção das mulheres acerca das campanhas em prol da conscientização e medidas cautelares.** In... Anais... XLIII Encontro da ANPAD, 2021.

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

VIEGAS, A. C.; MUNIZ, R. M.; CARDOSO, D. H.; SANTOS, B. P.; MACHADO, J. B.; LINDEMANN, L. G. **Prevenção do câncer de mama: conhecimento de mulheres de uma unidade saúde da família.** SAÚDE REV., Piracicaba, v. 19, n. 51, p. 57-76, jan.-abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **WHO position paper on mammography screening.** Geneva: WHO. Geneva: WHO, 2014a. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/publications/mammography_screening/en/>. Acessado em 30/11/2021.