

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GUITI SHIMIZU FILHO

RASTREAMENTO MAMOGRÁFICO EM UM CENÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE:
PERCEPÇÕES E SENTIDOS SOB A ÓTICA DAS USUÁRIAS DOS SERVIÇOS

CURITIBA

2021

GUITI SHIMIZU FILHO

RASTREAMENTO MAMOGRAFICO UM EM CENÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE:
PERCEPÇÕES E SENTIDOS SOB A ÓTICA DAS USUÁRIAS DOS SERVIÇOS

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família, no
Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família -
ProfSaúde, do Departamento de Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Paraná

Orientador: Prof. Dr. Herberto Jose Chong Neto

Coorientador: Prof. Dr. Helvo Slomp Junior

CURITIBA

2021

S556 Shimizu Filho, Guiã
Resumo do mamográfico em um cenário da atenção
primária de saúde: percepções e desafios sob a ótica das
usuárias dos serviços. [recurso eletrônico](#) / Guiã Shimizu
Filho. — Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) — Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família. Universidade Federal do Paraná.
Orientador: Prof. Dr. [Herberto José Chang Neto](#)
Carriena. Prof. Dr. [Helvo Slamp Junior](#)

1. Neoplasias da mama. 2. Mammografia. 3. Tomada de
decisão compartilhada. I. [Chang Neto, Herberto José](#).
II. [Slamp Junior, Helvo](#). III. Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família. [Secretaria de Ciências da Saúde](#).
[Universidade Federal do Paraná](#). IV. Título.

NLM. WP 87D



MMI*JERIO DA EOU
FOR OE CICIK:fAS EUt JOE
UMWfi*3IDADE FE0ERA+ DO PM
6 EFTORIA DEPE*QMIWE RADM 0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de GUILTI SHIMIZU FILHO intitulada: RASTREAMENTO MAMOGRAFICO EM UM CENÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES E SENTIDOS SOB A ÓTICA DAS USUÁRIAS DOS SERVIÇOS, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

23/07/2021 11:34:12.0

HELVO SLOMP JUNIOR

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

PAULO ROLI METO

ALU I o {UNIVfi6IDADE FEDERAL 00 PS}

VWRIA FfiRRfiIRA ROKU+NO

AyU6@ A i'UNIVER*I OAOE DO E TADO DO RIO OE JAIJEIRO 'i

Rua Padre Camargo, 280, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80060-240 - Tel: (41) 3360-7271 - E-mail: profsaudeufpr@gmail.com

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.
Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 102548

e +z o no<B a 1 I2M8

Para meus filhos, Thomas e Kenzo, minha esposa Kally, minha família. Para vocês todo esforço vale a pena...

AGRADECIMENTOS

Gratidão ao professor Helvo, que desde o início do meu caminhar profissional vem auxiliando a construir minha carreira na atenção primária à saúde e como médico de família.

À toda a equipe de agentes comunitários de saúde e enfermagem, que me apoiou na realização deste trabalho.

Agradeço à Kally pela ajuda e apoio em toda a caminhada no mestrado.

A Deus por me proporcionar todas as oportunidades e iluminar o caminho.

RESUMO

No histórico de enfrentamento ao câncer de mama, a mamografia surge como exame para rastreamento com impacto populacional positivo. No entanto, atualmente evidências de possíveis danos com o rastreamento mamográfico têm sido discutidas. O presente estudo contextualiza-se neste cenário de controvérsias sobre possíveis benefícios e danos do exame, bem como da importância da decisão compartilhada entre profissionais e usuárias dos serviços de saúde, como destacada na última diretriz nacional sobre o uso da mamografia como método de rastreamento. O objetivo da pesquisa consiste em explorar as percepções de usuárias de serviços de atenção primária à saúde sobre a mamografia, além da tomada de decisão compartilhada sobre a realização do exame. Foi utilizada metodologia qualitativa, com a produção de dados a partir de grupos focais, sendo os resultados sistematizados após análise de conteúdo temática. Dois eixos temáticos emergiram da categorização, sendo que a interpretação dos dados se efetuou a partir do modelo teórico *Health Belief Model* no eixo “o câncer de mama e a mamografia sob a perspectiva da mulher” e sob a ótica da decisão compartilhada de Glyn Elwyn e tecnologias em saúde de Merhy e Feuerwerker no eixo “a mulher, a mamografia e o cuidado em saúde”. Os resultados da pesquisa mostraram uma percepção de evidente benefício em relação ao papel preventivo do exame em relação à neoplasia maligna de mama. Os conceitos de falso-positivo e sobrediagnóstico não foram familiares às participantes e associaram-se a expressões de dúvida, incerteza e incredulidade. A percepção de risco e gravidade em relação ao câncer de mama surge permeando as discussões dos grupos focais, e houve expressões favoráveis a realização do exame com periodicidade maior e em uma faixa etária mais ampla que em diretrizes baseadas em evidências científicas. As participantes revelaram não realizar decisão compartilhada quanto à realização de rastreamento mamográfico. Conclui-se pela importância de nortear os cuidados em saúde, incluindo o rastreamento mamográfico, com base em tecnologias leves. Além disso, a interpretação dos dados revelou aspectos conceituais e princípios fundamentais que precisam ser discutidos e realçados para que a decisão compartilhada seja implementada.

Palavras-chave: Mamografia. Neoplasias de mama. Rastreamento. Tomada de decisão compartilhada.

ABSTRACT

In breast cancer history, mammography appears as a screening test with a positive population impact. However, currently evidence of possible harm with mammographic screening has been discussed. The present study is contextualized in this scenario of controversies about the possible benefits and harms of the exam, as well as the importance of the shared decision between professionals and users of health services, as highlighted in the latest national guideline on the use of mammography as a screening method. The objective of the research is to explore the perceptions of users of primary health care services about mammography, in addition to shared decision-making about the exam. Qualitative methodology was used, with the production of data from focus groups, and the results were systematized after thematic content analysis. Two thematic axes emerged from the categorization, with the interpretation of data based on the theoretical Health Belief Model in the axis "breast cancer and mammography from the perspective of women" and from the perspective of shared decision making by Glyn Elwyn and health technologies of Merhy and Feuerwerker in the axis "the woman, mammography and health care". The research results showed a perception of evident benefit in relation to the preventive role of the exam in relation to malignant breast cancer. The concepts of false positive and overdiagnosis were not familiar to the participants and were associated with expressions of doubt, uncertainty and disbelief. The perception of risk and severity in relation to breast cancer appears to permeate the discussions in the focus groups and there were expressions in favor of having the exam performed more frequently and in a broader age group than in guidelines based on scientific evidence. Participants revealed that they did not make a shared decision regarding mammographic screening. It is concluded that it is important to guide health care, including mammographic screening, based on health technologies. Furthermore, the interpretation of the data revealed conceptual aspects and fundamental principles that need to be discussed and highlighted for the shared decision to be implemented.

Keywords: Mammography. Breast Neoplasms. Screening. Decision Making, Shared.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 O CÂNCER DE MAMA E A MAMOGRAFIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONTEXTUALIZAÇÃO	10
1.2 O PAPEL DA DECISÃO COMPARTILHADA NO RASTREAMENTO MAMOGRÁFICO.....	14
1.3 OBJETIVOS.....	16
1.3.1 Objetivo geral	16
1.3.2 Objetivos específicos.....	16
2 METODOLOGIA.....	17
2.1 GRUPOS FOCAIS	17
2.2 REFERENCIAL DE ANÁLISE.....	19
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
3.1 ASPECTOS RELACIONADOS À ESTRATÉGIA E ÀS TÉCNICAS DA PESQUISA .	23
3.2 CATEGORIAS DO PRIMEIRO EIXO TEMÁTICO: O CÂNCER DE MAMA E A MAMOGRAFIA SOB PERSPECTIVA DA MULHER.....	24
3.2.1 Os significados da mamografia sob a perspectiva da mulher.....	24
3.2.2 Manifestações da mulher quanto à adesão ao rastreamento mamográfico.....	30
3.2.3 Percepções e sentimentos das mulheres frente ao câncer de mama	33
3.3 DISCUSSÃO SOBRE OS RESULTADOS DO PRIMEIRO EIXO TEMÁTICO	34
3.4 CATEGORIAS DO SEGUNDO EIXO TEMÁTICO: A MULHER, A MAMOGRAFIA E O CUIDADO EM SAÚDE	41
3.4.1 Diálogo e decisão no cuidado em saúde.....	41
3.4.2 Encontros e desencontros entre profissional de saúde e usuária no compartilhamento da decisão e cuidado em saúde.....	45
3.5 DISCUSSÃO SOBRE OS RESULTADOS DO SEGUNDO EIXO TEMÁTICO	47
4 CONCLUSÕES.....	54

SUMÁRIO

APÊNDICE I.....	65
-----------------	----

1 INTRODUÇÃO

1.1 O CÂNCER DE MAMA E A MAMOGRAFIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONTEXTUALIZAÇÃO

O câncer de mama é uma condição que acompanha a história da humanidade há longo tempo. O Papiro Cirúrgico de Edwin Smith, datado de 3.000 a 2.500 a.C., e possivelmente atribuído a Imhotep fornece relatos autênticos de câncer de mama (LAKHTAKIA, 2014). Mais recentemente na história, o câncer de mama vem ganhando importância em termos de incidência e mortalidade na medida em que mudanças de estilo de vida das pessoas e a reorganização de estruturas das sociedades, incluindo o papel da mulher no mercado de trabalho, alinham-se a fatores de risco para o surgimento da doença. Estes fatores compreendem a idade avançada na primeira gestação, a redução no tempo de lactação e o número reduzido de filhos, além de obesidade/hábitos alimentares e o próprio envelhecimento da população (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

Em 2020, segundo a Organização Mundial de Saúde, considerando tipos específicos de neoplasia, o câncer de mama despontou como o mais incidente no mundo. (WHO, 2020)

No Brasil, a neoplasia maligna de mama vem aumentando progressivamente seu impacto em termos de saúde pública, condizente com o contexto de transição epidemiológica que o país atravessa (SCHMIDT *et al.*, 2011). Excluindo-se o câncer de pele não melanoma, as estatísticas revelam o câncer de mama como o mais incidente na população feminina do país. Segundo o INCA, em 2021 estimam-se 66.280 casos novos, o que representa uma taxa de incidência de 43,74 casos por 100.000 mulheres. Ainda segundo o INCA, o câncer de mama é a principal causa de morte por câncer nas mulheres em todas as regiões do Brasil, à exceção da região Norte (INCA, 2021).

Nesta perspectiva histórica, várias técnicas e tentativas de combate no enfrentamento da doença foram criadas. Há evolução progressiva de técnicas cirúrgicas, a introdução da quimioterapia, da radioterapia e da terapia hormonal como resposta da ciência médica, além do envolvimento progressivo da sociedade, incluindo grupos de pessoas leigas, externas ao meio científico, nas discussões sobre o câncer de mama. (MORAES, 2015)

Em paralelo as modificações históricas da própria ciência e da expectativa de controle do mundo natural por parte desta num momento de transição demográfica e epidemiológica,

em meados do século XX inicia-se o uso da mamografia como forma de rastreamento para o câncer de mama (MORAES, 2015). Impulsionada por dados de ensaios clínicos randomizados que demonstraram reduções nas taxas de mortalidade por câncer de mama, a mamografia como forma de rastreamento logo popularizou-se (SILVA, 2015). Do ponto de vista de níveis de prevenção segundo a história natural das doenças, a mamografia neste contexto clínico teria o papel de interferir na doença como ferramenta de prevenção secundária, isto é, de detectar doença já existente, porém em estágio pré-clínico (LEAVELL e CLARK, 1976).

Novos estudos foram surgindo ao longo dos anos e o uso da mamografia como ferramenta de rastreamento foi sendo cercado de controvérsias, incertezas e discussões. Uma revisão sistemática de 2013 demonstrou dados que colocam em xeque o real impacto da mamografia como rastreamento. Segundo esta revisão, os estudos mais confiáveis mostraram que o rastreamento não reduz a mortalidade por câncer de mama. Já os estudos que foram potencialmente mais tendenciosos constataram que o rastreamento reduziu a mortalidade do câncer de mama (GØTZSCHE e JØRGENSEN, 2013). Outro estudo de revisão conduzido para atualização de diretrizes de recomendação da *United States Preventive Service Task Force* demonstrou que, embora haja redução do risco de mortalidade por câncer de mama e do número de casos de câncer avançado para mulheres com 50 anos ou mais com uso de mamografia de rastreamento, a redução de risco de mortalidade não foi estatisticamente significativa para todas as faixas etárias e a magnitude de efeito foi pequena (NELSON *et al.*, 2016).

Além da discussão em torno da real capacidade da mamografia para reduzir taxas de mortalidade, questões em torno de possíveis danos com o uso da mamografia como ferramenta de rastreamento há tempos existem. Neste sentido há autores que questionam de forma mais veemente o uso da mamografia como método de rastreamento (TESSER e D'ÁVILA, 2016). A mamografia como rastreamento, concebida dentro do modelo de história natural da doença (LEAVELL e CLARK, 1976) e da perspectiva de previsibilidade da evolução do câncer de mama, seria uma ferramenta para diagnóstico de tumores em fase pré-clínica e para tratamento precoce. No entanto, o comportamento biológico do câncer de mama não é uniforme e de todo previsível, de tal modo que ao detectar lesões indolentes, que de outro modo não causariam dano para a paciente, a mamografia pode gerar sobrediagnóstico e por consequente o sobretratamento, o qual tem o potencial de causar morbidade e mortalidade (TESSER e D'ÁVILA, 2016). Apesar de discutível qual a real magnitude do impacto do sobrediagnóstico com uso da mamografia de rastreamento este é um fenômeno aceito como possível nas diferentes diretrizes sobre o rastreamento mamográfico (BROEDERS, RIPPING e HUBBARD,

2016). O dano mais comum do rastreamento mamográfico é o resultado falso-positivo, quando se detectam lesões não malignas e que muitas vezes demandam exames e procedimentos adicionais. Há associação da frequência de resultados falsos positivos com a idade de rastreamento, sendo mais frequente em pacientes mais jovens (NELSON *et al.*, 2016).

Deve-se considerar ainda a forma como o rastreamento mamográfico ocorre a nível populacional. O rastreamento de doenças pode ser realizado em diferentes níveis de organização. Um programa de qualidade certificado, que envolve todos os passos necessários para se obter a redução de risco em questão e baseado nas melhores evidências disponíveis seria a definição de um programa de rastreamento ideal (RAFFLE e GRAY, 2007).

Continuando este embate histórico, recentemente uma revisão sistemática constatou evidências de que o rastreamento organizado reduz a mortalidade por câncer de mama em todas as regiões europeias onde foi implementado e monitorado (ZIELONKE *et al.*, 2020).

No Brasil, no entanto, tal nível de estruturação ainda não se observa quando se fala em rastreamento de câncer de mama. O rastreamento para câncer de mama no país, com poucas exceções, ocorre com o oferecimento de mamografia de modo oportunístico, isto é, ocorre de forma casual, durante o contato das pessoas com o serviço de saúde muitas vezes por motivos não relacionados ao rastreamento de câncer de mama propriamente dito. Os estudos realizados sobre o impacto do rastreamento são tradicionalmente realizados em países desenvolvidos, muitos dos quais estruturaram um programa de rastreamento com mamografia. Neste sentido, deve-se pontuar que há possíveis diferenças quando se avalia o uso de mamografia em países tidos como subdesenvolvidos como o Brasil, com a possibilidade de que tanto os benefícios sejam menores quanto os danos com a mamografia de rastreamento sejam mais importantes (SILVA, 2015).

Considerando a possibilidade dos danos causados pelo rastreamento mamográfico, para além de se considerar a mamografia como ferramenta de prevenção secundária, estabelece-se um paralelo com a discussão de prevenção quaternária, como definido por Marc Jamouille como ação realizada para proteger pacientes de intervenções médicas que são mais passíveis de causar dano que benefício (BAE e JAMOUILLE, 2016). Em outras palavras, um ponto crítico nas discussões em torno do tema é o fato de que a mamografia pode servir como prevenção secundária, mas em determinadas circunstâncias o rastreamento mamográfico pode ser alvo de prevenção quaternária.

Diante das evidências atualmente disponíveis com base em estudos científicos, mundialmente há faixas etárias em que há recomendação para realização do rastreamento mamográfico, bem como para periodicidade de realização do exame (BROEDERS, RIPPING e HUBBARD, 2016).

Na última diretriz nacional do INCA/MS sobre rastreamento de câncer de mama, seguindo a mesma linha de diretrizes internacionais, há descrição de faixas etárias de possíveis benefícios e ao mesmo tempo em que há maior probabilidade de exposição a danos com a realização do exame, sendo estas recomendações embasadas em revisão sistemática da literatura (INCA, 2015).

O Ministério da Saúde do Brasil define como a faixa etária dos 50 aos 69 anos, como sendo aquelas mulheres, dentro da população geral, isto é, não consideradas como tendo alto risco para desenvolvimento de câncer de mama, com as quais se deve discutir a realização de mamografias seriadas com intervalo bianual (tabela 1). No mesmo documento, há uma recomendação contrária à realização de mamografia de rastreamento em mulheres com 49 anos ou menos e com 70 anos ou mais (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

TABELA 1 - RECOMENDAÇÕES PARA RASTREAMENTO MAMOGRÁFICO, SEGUNDO MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, CONFORME IDADE.

< 50 anos	Contra rastreamento	Recomendação forte
50 a 69 anos	Favorável ao rastreamento	Recomendação fraca
70 a 74 anos	Contra o rastreamento	Recomendação fraca
75 anos ou mais	Contra o rastreamento	Recomendação forte
Periodicidade	Nas faixas etárias em que há recomendação para rastreamento há orientação favorável forte para realização do exame a cada dois anos.	

FONTE: Adaptada de INCA (2015).

1.2 O PAPEL DA DECISÃO COMPARTILHADA NO RASTREAMENTO MAMOGRÁFICO

Dentro deste contexto de controvérsias e incertezas em relação ao rastreamento mamográfico, a última diretriz nacional sobre rastreamento de câncer de mama salienta a importância da decisão compartilhada (MIGOWSKI *et al.*, 2018). A decisão compartilhada tem como eixo central o envolvimento dos pacientes na tomada de decisões, na medida que busca dividir o poder decisório sobre práticas em saúde, de tal modo que sejam consideradas as preferências do paciente no processo, o que significa ponderar experiências, crenças e valores individuais. A tomada de decisão compartilhada estabelece um elo entre a medicina centrada na pessoa e prática baseada em evidências, sendo um ponto significativo para que se consiga alcançar alta resolutividade do serviço (STEWART *et al.*, 2017; UMPIERRE e ENGEL, 2019).

Dito de outro modo, no compartilhamento de decisão deve se considerar qual o impacto que uma intervenção pode apresentar, pode se dizer nos moldes de um cuidado baseado em evidências científicas, mas com igual consideração às preferências de quem recebe o cuidado, ponderando-se experiências, crenças e valores individuais.

Sob uma perspectiva mais ampla da decisão compartilhada, no mundo há um crescimento recente de estudos sobre o tema. Resultados de bibliometria retirados da base de dados *Scopus* usando os termos descritores “*decision making, shared*” e “*shared decision making*”, conectados pelo booleano OR mostram, em termos de produção científica, um crescente volume de publicações sobre o assunto, sendo que de 2016 até 2020 há mais de 1000 publicações por ano.

O autor com maior número de publicações sobre o tema pela base de dados *Scopus* é Glyn Elwyn. Elwyn defende um modelo de decisão compartilhada colaborativa/deliberativa. O autor parte de um modelo conceitual e ético que destaca a importância do suporte à autonomia do usuário na decisão para estruturar um modelo prático que incorpora a cooperação entre profissional e usuário de serviço de saúde em todos os momentos até a deliberação da conduta. Este modelo prático é sistematizado em etapas, cuja viabilidade depende do diálogo como instrumento, e envolve a conversa em termos compreensíveis sobre as opções existentes, seus respectivos riscos e benefícios, até a tomada de decisão compartilhada entre profissional e usuário de saúde (ELWYN *et al.*, 2012).

Ainda com base em pesquisa bibliométrica, a análise por país ou território mostra Estados Unidos, Reino Unido e Canadá com maior número de documentos publicados

(respectivamente, 6430, 1811 e 1302 documentos). Há identificação de 86 documentos no Brasil.

Apesar de poucas publicações no Brasil com o uso deste termo, “decisão compartilhada”, este conceito dialoga com temas históricos relativos ao contexto de saúde no país. Considerando o processo de redemocratização do Brasil, após o período ditatorial, pode-se fazer um paralelo entre o incremento progressivo da participação social no processo de tomada de decisão em saúde. Este fato fica mais evidente quando se observa o nível macro do sistema de saúde, como quando do estabelecimento da Política Nacional de Humanização do SUS (ABREU *et al.*, 2017). No entanto, o processo de envolvimento dos pacientes à nível individual, nível este em que é tomada a decisão de realização ou não de mamografia como rastreamento, ainda é pouco discutido e estruturado no Brasil. Uma das questões centrais sobre a prática de decisão compartilhada no país está no desenvolvimento por parte dos profissionais de saúde em desenvolver habilidades de comunicação e educação em saúde, algo relativamente novo na educação médica nacional. Além disso, a tomada de decisão compartilhada requer uma mudança de postura, seja do ponto de vista ético ou político (ABREU *et al.*, 2011).

Uma outra forma de se discutir o tema, na literatura brasileira, considera a importância do reconhecimento entre usuário e profissional de saúde, a busca de relações simétricas e a valorização dos diferentes saberes como condição para estabelecimento de vínculo e o compartilhamento de decisões no cuidado em saúde (SEIXAS *et al.*, 2019).

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

O objetivo geral desta pesquisa é conhecer, dentro do cenário de práticas de saúde em atenção primária, a percepção de mulheres residentes em um município da região metropolitana de Curitiba-PR sobre a mamografia como método de rastreamento para câncer de mama.

1.3.2 Objetivos específicos

- Conhecer percepções relativas a benefícios do rastreamento mamográfico do câncer de mama da população-alvo do estudo;
- Conhecer percepções relativas a possíveis danos associados ao rastreamento mamográfico do câncer de mama da população-alvo do estudo;
- Explorar atitudes associadas à realização ou não de mamografia como método de rastreamento;
- Explorar a decisão compartilhada no contexto de rastreamento mamográfico do câncer de mama.

2 METODOLOGIA

2.1 GRUPOS FOCAIS

O estudo teve caráter exploratório, e foi realizado com base em pesquisa qualitativa, a partir de dados produzidos em grupos focais (GFs), com mulheres moradoras de Colombo/PR.

Como instrumento de produção de dados de pesquisa qualitativa, grupo focal (GF) é um conjunto de pessoas selecionadas intencionalmente e que discutem sobre um dado tema a partir do ponto de vista de experiências pessoais. A partir do processo de discussão do tema da pesquisa pode-se ter conhecimento não apenas do que as pessoas pensam e expressam sobre o assunto, mas também como e porque pensam. A pesquisa com grupos focais permite explorar “conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações de um modo que não seria possível com outros métodos, como, por exemplo, a observação, a entrevista e questionários” (GATTI, 2005). Há fontes da literatura que estipulam entre 6 e 12 o número de participantes para que cada grupo focal permita a exploração em profundidade das percepções dos participantes sobre o assunto (GATTI, 2005). No entanto, há o argumento de que esse número de participantes recrutados para cada grupo focal, orientação tradicional de pesquisas de *marketing*, pode não ser de fato factível para exploração em profundidade, considerando o modo pelas quais perspectivas são construídas socialmente para certos temas e contextos de pesquisa. Deste modo, seria plausível ter grupos focais com um mínimo de 3 a 4 participantes cada (BARBOUR, 2009).

Os grupos focais foram conduzidos com auxílio de aplicativo para comunicação em vídeo e reuniões por webconferência. As participantes dos grupos focais foram recrutadas da população de mulheres da área de abrangência de serviço de atenção primária à saúde. Optou-se por restringir a faixa etária das participantes compreendendo mulheres de 40 a 74 anos, pensando-se em incluir usuárias dos 50 aos 69 anos, idades em que pode haver benefício com rastreamento mamográfico, mas também em idades próximas em que a evidência de benefício do exame é menos clara (INCA, 2015). Um dos pesquisadores, que também foi o moderador dos grupos focais trabalha como médico assistente na Unidade de Saúde local, que adota o modelo de estratégia de saúde da família. O processo de recrutamento foi auxiliado pela equipe local de saúde, desde agentes comunitários de saúde à equipe de enfermagem. Um dos pesquisadores realizou contato telefônico prévio para explanação da pesquisa e convite às

participantes, com a devida anuência para gravação de imagem e som, o que foi formalizado posteriormente com assinatura dos termos de autorização e consentimento.

Apesar de existirem recomendações diferentes para realização de exames de imagem para rastreamento de câncer de mama em pacientes consideradas dentro do grupo de alto risco de desenvolvimento desta neoplasia, isto é, aquelas com história pessoal de câncer de mama ou lesão pré-maligna, história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau com menos de 50 anos, bilateral, ou em sexo masculino, história de câncer de ovário em familiar de primeiro grau ou ainda história pessoal de exposição a terapia de reposição hormonal, optou-se por incluir tais usuárias nos grupos focais, uma vez que se pretende estudar as percepções das mulheres como tais percepções afloram na comunidade, considerando as interações sociais e a exposição de diferentes pontos de vista e opiniões. Ressalta-se aqui que para evitar que pacientes de alto risco para desenvolvimento de câncer de mama, e que portanto poderiam se beneficiar de intervenções médicas mais frequentes ou em períodos mais prolongados de vida, eventualmente tomem para si as recomendações direcionadas para pacientes de risco habitual para câncer de mama, após o término dos grupos focais o pesquisador forneceu informações sobre evidências atuais para rastreamento mamográfico às participantes dos grupos, distinguindo as recomendações dirigidas para aquelas pacientes de alto risco.

Optou-se por incluir pessoas do mesmo núcleo familiar nos grupos por questões de operacionalidade, já que algumas participantes não tinham familiaridade com a tecnologia utilizada como meio de comunicação entre os participantes e que, portanto, precisaram de auxílio presencial no momento das discussões dos GFs. Além disso, um dos temas objetos da pesquisa, a decisão compartilhada, envolve potencialmente a família (ENTWISTLE e WATT, 2016), desta forma teorizou-se que os grupos, compostos desta forma poderiam produzir dados que refletissem como a dinâmica familiar nela interfere.

As usuárias que participaram do estudo preencheram um questionário inicial (apêndice I). Os grupos focais foram realizados com auxílio de tópicos na forma de frases concernentes a percepções da mamografia de rastreamento, bem como sobre a decisão compartilhada neste contexto, com a finalidade de nortear e instigar a discussão no grupo, mas de forma flexível para o não comprometimento da proposta de estudo segundo a técnica de coleta de dados (BARBOUR, 2009; GATTI, 2005).

As discussões dos grupos foram iniciadas com um questionamento pelo moderador: “Quando falamos em mamografia, o que lhes vem à mente? ”. O roteiro para a condução dos

grupos focais previu a exposição pelo moderador dos GFs das seguintes frases como forma de desencadear as discussões, relacionadas à mamografia de rastreamento:

- 1) Pode salvar vidas;
- 2) Pode me levar a fazer outros exames que não me trarão benefícios;
- 3) Pode ajudar a descobrir câncer de mama no início da doença;
- 4) Pode me levar a tratar um câncer, que apesar de existir mesmo, não iria me prejudicar;
- 5) Pode me aliviar a ansiedade.

A tentativa de abordar os conceitos de falso-positivo e sobrediagnóstico nos grupos focais foi realizada com a exposição das frases “pode me levar a fazer outros exames que não me trarão benefícios” e “pode me levar a tratar um câncer, que apesar de existir mesmo, não iria me prejudicar”, respectivamente.

O roteiro de tópicos incluiu o questionamento às participantes se já haviam conversado sobre a mamografia com profissionais de saúde que as acompanham, como forma auxiliar, no início nas discussões, para eliciar possíveis tópicos referentes à decisão compartilhada.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da UFPR sob o número de CAAE 29753520.4.0000.0102.

2.2 REFERENCIAL DE ANÁLISE

A análise de conteúdo descrita por Laurence Bardin (BARDIN, 2016), como proposta metodológica de análise de comunicações, foi empregada como referencial teórico de análise dos dados obtidos com os grupos focais do estudo, mantendo o desígnio de resposta às perguntas atreladas ao objetivo da pesquisa.

Conforme descrito por Bardin, “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos na descrição do conteúdo de mensagens”. É uma análise que pode ser realizada nos diversos modos como a comunicação se processa, incluindo sobre a linguagem oral em grupos de pessoas, situação que configura os dados produzidos com base nos grupos focais.

Dois objetivos na análise de conteúdo se destacam: a superação da incerteza, isto é, permitir que o que seja encontrado pelo pesquisador possa também ser encontrado por outros, no sentido de dar validade aos achados encontrados na leitura do objeto; e o enriquecimento da leitura, que permita descobrir dados além de uma leitura inicial, imediata, espontânea sobre os dados do estudo. De maneira resumida estes dois objetivos se assentam no rigor e na descoberta, respectivamente.

A análise de conteúdo histórica e tradicionalmente se ancora na objetividade quando da leitura dos dados, daí a ser dita como uma metodologia que prima pelo rigor. Mas, conforme adaptou-se e se aprimorou ao longo do tempo, não desconsidera a importância da subjetividade, na sua riqueza como campo para análise de dados e produção de conhecimento.

Ainda no contexto histórico, a análise de conteúdo evoluiu de um método de análise quantitativa, com análises frequenciais e estatísticas, para um método também qualitativo de análise.

Deste modo, e segundo Bardin, mais que a primazia pelo rigor estatístico e objetivo na análise, a especificidade do método está na inferência, isto é, na dedução lógica e associativa realizada a partir da sistematização dos dados, mediando a descrição e a interpretação. Dita de outro modo, a especificidade do método reside na articulação entre a superfície dos textos com base na análise descritiva e os fatores que determinam tais características, com base na dedução lógica.

O método da análise de conteúdo empregada nesta pesquisa seguiu a sistematização em 3 etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados obtidos (BARDIN, 2016).

A etapa da pré-análise compreendeu uma fase de organização dos dados, a fim de permitir a operacionalização destes e a sistematização de ideias para a análise propriamente dita. Apresentou nesta pesquisa os propósitos de: formulação de hipóteses/objetivos e a elaboração de indicadores. Esta etapa, segundo Bardin, compreende alguns processos, não necessariamente sequenciais ou oportunos. Inicia-se com a leitura flutuante, definida como o primeiro contato com o material a ser organizado, quando se deixa “invadir por impressões e orientações”, abarcando também formulação de hipóteses e objetivos, referenciação de índices e a preparação do material.

Já no processo de leitura flutuante, portanto, ocorre a geração das primeiras hipóteses e, com base nestas, a proposta da definição de indicadores para atingir os objetivos. Como diz Bardin, há um processo de leitura e releitura do material, um “vai e vem” para que se consiga atingir a proposta do estudo. Nesta pesquisa a leitura flutuante do material permitiu a geração de novas hipóteses, que apesar de não contempladas inicialmente, foram teorizadas como importantes para responder às perguntas de pesquisa por meio do procedimento de inferência. Encontra respaldo neste aspecto algumas das categorias de análise criadas.

Os índices e indicadores contemplam a definição das regras de codificação, entendida como um tratamento, uma transformação no texto que, por meio de recorte, agregação e enumeração, permite uma representação ou expressão do conteúdo. A codificação exige a definição das unidades, isto é, dos recortes que serão realizados no texto, bem como a escolha das categorias, com classificação e aglomeração. A categorização, portanto, ocorre com base na diferenciação dos códigos e no seu reagrupamento.

No material gerado pelas discussões nos grupos focais, os temas foram tidos como unidades de registro, isto é, a análise de conteúdo ao qual os dados foram submetidos foi pensada como uma análise temática, tendo como pressuposto que esta consiste na descoberta dos núcleos de sentido. Conforme Bardin, o tema é “geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências (...)”. Deste modo, a análise temática configurou uma possibilidade de análise apropriada para as proposições da pesquisa.

A organização das categorias desta pesquisa procurou seguir os critérios descritos por Bardin de: exclusão mútua, isto é, um mesmo elemento não deveria surgir em duas categorias distintas; a homogeneidade, isto é, a regra para definir a organização de uma categoria deve ser única; a pertinência, ou seja, a definição de uma categoria deve ser condizente com o propósito da análise; a objetividade e a fidelidade, que refletem a proposta de rigor da técnica; e a produtividade, isto é, a categoria é válida se acrescenta dados para inferência e formulação de hipóteses. As categorias foram revistas e validadas por 3 pesquisadores.

A exploração do material definiu-se com base nas suposições feitas na pré-análise, compreendendo a operacionalização de processos definidos nesta primeira etapa. Em outras palavras, com base nas definições da pré-análise, o material passou por exploração com as regras de codificação e categorização pré-definidas.

A etapa final, de tratamento dos resultados, compreendeu a síntese e sistematização dos resultados já lapidados pelas etapas anteriores e quando, por meio da inferência, interpretou-se os resultados da análise.

O referencial teórico para análise inferencial utilizada na interpretação e discussão dos dados incluiu publicações resgatadas por meio de estratégias de pesquisa bibliográfica (LIMA e MIOTO, 2007), o modelo teórico *Health Belief Model* (CHAMPION e SKINNER, 2002), além trabalhos de Elwin *et al.* (2016) sobre decisão compartilhada, e Merhy e Feuerwerker sobre tecnologias em saúde (MERHY e FEUERWERKER, 2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 ASPECTOS RELACIONADOS À ESTRATÉGIA E ÀS TÉCNICAS DA PESQUISA

Ao todo foram 3 GFs, com o total de participantes no número de 17. A duração das discussões nos grupos variou entre 1 e 2 horas. Algumas particularidades referentes às composições dos grupos estão destacadas a seguir:

- O GF1 foi composto por 5 participantes, com idades variando de 42 a 64 anos, todas usuárias dos serviços públicos de saúde. Uma das participantes havia realizado tratamento por doença mamária anteriormente (EVL, 63 anos). O GF1 inclui nora e sogra (OC e MA, respectivamente).

- O GF2 foi composto por 7 participantes, com idades variando entre 45 e 70 anos. Cinco das participantes no momento da realização do GF eram usuárias de serviços privados de saúde, enquanto 2 eram usuárias exclusivas do sistema público de saúde. Uma das participantes (RSP, 57 anos) já havia realizado tratamento de câncer de mama. O grupo incluiu duas irmãs (RSP e RSS), além de mãe e filha (MAS e RFA, respectivamente).

- O GF3 foi composto por 5 participantes, com idades variando de 41 a 69 anos. Uma das participantes era usuária de plano privado de saúde e as demais exclusivamente do sistema público. Uma das participantes (VN, 63 anos) relatou ter passado por tratamento mamário. O grupo incluiu a participação de mãe e filha (AJ e LL, respectivamente).

Limitações e particularidades relacionadas às metodologias desta pesquisa devem ser mencionadas. Particularmente, em contextos semelhantes aos produzidos no campo desta pesquisa, os resultados servem à compreensão aprofundada de sentimentos, ideias e possíveis comportamentos frente à mamografia como método de rastreamento (TURATO, 2005), mas limitam-se à abrangência de seu campo de pesquisa.

A metodologia de GFs, que vem sendo crescentemente empregada em estudos em saúde, também tem o potencial de produzir interferências no resultado do estudo. A interpretação dos resultados dos GFs deve ser feita levando-se em consideração o meio de interação social em que é produzido. Deste modo, a composição dos GFs interfere diretamente naquilo que é produzido pelo grupo e a unidade de análise é o próprio GF. Contextualizando nesta pesquisa, foi proposital o arranjo dos GF heterogêneos. Deste modo, os GFs foram compostos por pessoas com histórico prévio de problemas mamários, no mesmo GF com outras

que nunca apresentaram, bem como mulheres que fizeram e que não fizeram mamografia. Propôs-se com isso a possibilidade de gerar maiores discussões nos GFs entre as participantes. No entanto, é possível que os resultados de GFs homogêneos, contendo apenas participantes que nunca fizeram mamografia, ou que nunca tiveram problemas mamários, sejam diferentes.

Além disso, o tema pode envolver uma certa normatização social e participantes que tivessem opiniões distintas da maioria, contrárias à realização da mamografia, poderiam se sentir impelidas a não revelar de fato tal opinião. Tanto esta possibilidade, quanto a expressão de certas opiniões, podem ser condicionadas ao que alguns autores consideram a necessidade de aceitação pelas demais participantes dos GFs (BARBOUR, 2009; GONDIM, 2003).

Deve-se levar em consideração também o fato de que o moderador dos GFs foi um médico, o que pode representar em certos momentos a expressão de opiniões pelas participantes que se alinhavam às respostas esperadas de uma conduta em favor à realização de intervenções médicas, sejam com exames, como a mamografia, sejam com tratamentos. Esta é uma possibilidade a se considerar, já que tentativas de se adotar comportamentos de cumplicidade frente ao moderador são previstas (GATTI, 2005).

Uma das grandes limitações quanto à composição e à realização dos GFs foi a pandemia de COVID-19, já que o uso de tecnologias apropriadas para evitar a possível transmissão de SARS-COV-2 entre participantes da pesquisa exigiu o acesso à internet e a dispositivos como *smartphones* e computadores pessoais, o que restringiu o número de pessoas que puderam participar da pesquisa dentro da comunidade. Esse mesmo detalhe foi um dos motivos para inclusão de familiares no mesmo GF.

3.2 CATEGORIAS DO PRIMEIRO EIXO TEMÁTICO: O CÂNCER DE MAMA E A MAMOGRAFIA SOB PERSPECTIVA DA MULHER

3.2.1 Os significados da mamografia sob a perspectiva da mulher

Na abertura dos GF2 e do GF3, após a pergunta do moderador sobre o que vem à mente das participantes quando se fala em mamografia, há menção ao aspecto preventivo do exame e de sua importância. Essas noções sobre o exame entre as participantes torna-se um consenso no decorrer dos três grupos.

O câncer, né?! Prevenção (RSS, GF2)

Mas é o mais importante da gente, né? A gente tem que sempre ter os exames tudo certinho. Fazer sempre, né? Mamografia. (...) (AJ, GF3)

No GF1, após o questionamento do moderador se a mamografia pode ajudar a descobrir o câncer de mama no início da doença, há uma concordância no grupo e o destaque ao papel preventivo aparece como um fato.

Porque de qualquer jeito é um exame preventivo, só que da mama, né? (APP, GF1)

No andamento dos GFs, a interação entre as participantes revela a percepção de que a mamografia se relaciona à descoberta do câncer de mama no início da doença, quando, segundo as participantes, o tratamento para cura é mais atingível. No GF2, em resposta à fala de sua sogra, que dizia já não perceber necessidade de ela mesma realizar o exame, uma participante ressalta este aspecto percebido com a realização da mamografia.

Não é essa a questão! Você tem que fazer para descobrir a doença no começo. Acho que é importante você fazer sim. Porque quanto mais cedo você descobre a doença, mais fácil de se curar, né? (OC, GF1)

O questionamento pelo moderador sobre a possibilidade de prevenir o surgimento do câncer com a realização de mamografia levou a uma resposta positiva de parte de algumas participantes do GF3.

Ah, eu já ouvi que previne. Acho que previne (acenando com a cabeça positivamente), fazendo os exames sim. (VN, GF3)

Em resposta a este mesmo questionamento, uma das participantes do grupo argumentou de forma negativa, o que teve como reflexo uma mudança na ideia exposta inicialmente pela participante que concordava que o exame previne o surgimento do câncer de mama.

No GF2, uma das participantes introduz o tema da mídia na discussão e expressa a percepção de que o exame é divulgado de forma ampla à população, o que nas palavras da participante significa uma vantagem à mamografia. Esse aspecto é adjetivado pela participante como importante e benéfico às mulheres. Esse ponto de vista é compartilhado posteriormente no mesmo GF.

A vantagem desse exame é que ele é bem divulgado. Independente de ser SUS ou particular ele é bem divulgado. Então, essa prevenção aí fica eficiente pelo fato de muita

propaganda que tem, tanto na televisão, várias mídias aí falando da prevenção, né?! Então, eu acho isso bem importante. Nós aqui somos agraciadas mesmo por essas informações. (RSS, GF2)

E a gente sabe a importância que tem, né, pela prevenção, né, e quantas propagandas e quantos informativos, campanhas e tal, né? (ES, GF2)

Dentro do contexto de discussão nos GF do papel preventivo do exame e da possibilidade de benefício frente ao câncer de mama, há opiniões sobre a necessidade de a mulher realizar a mamografia e de realizar as intervenções médicas, necessárias para, nas palavras das participantes, “cortar o mal pela raiz”.

E a mulher querendo ou não querendo vai ter que fazer. Isso faz parte, esse é o nosso papel. (Sorri). Gostando ou não gostando, nós temos que fazer. (OAM, GF2)

(...) Só que, aquilo que falei, conseguindo cortar o mal pela raiz, você vai em frente. Seja para fazer, o que tiver que fazer. Quimioterapia... radioterapia... o que tiver que fazer. A pessoa tem que ir em frente e pronto. Tem que enfrentar, né? Aconteceu aquilo ali e vamos cortar o mal pela raiz. Eu penso assim! (EVL, GF1)

Porque eu sei que nem todos tem a mesma sorte, né? Na verdade foi prevenção, né?! O câncer tava ali pra de repente, crescer e ela conseguiu cortar o mal pela raiz. Até ruim falou assim, né?! (EP, GF3)

Nesta categoria temática, observa-se a percepção da mamografia como um exame que pode associar-se à dor, constrangimento e ansiedade.

A dor ou o desconforto físico relacionado ao exame aparecem em algumas falas, mas não foi algo relatado por todas as participantes. A discussão em torno destes tópicos foi introduzida pelas participantes no início dos GFs.

É desconfortável, né? (.) (MRTA, GF1)

(.). Não senti dor nenhuma. Para mim foi tranquilo. Mas cada caso é cada caso né?! (APP, GF1)

Aquela máquina apertando, né? Que é horrível! (Risos descontraídos) (RSP, GF2) (.

) Porque ai, é muito chato esse exame! Muito chato! Dolorido, fica uma semana com dor. (EP, GF3)

Nas discussões do GF1, um dos tópicos levantados pelas participantes foi sobre o constrangimento durante a realização do exame, relacionados à exposição do corpo e, para algumas participantes, ao fato de isso ocorrer na presença de uma pessoa do gênero masculino.

Pode ser isso mesmo. Se existisse um método melhor e que não fosse também constrangedor. Porque tem que tirar a roupa, ficar exposta. Tem gente que não gosta, né? Eu não gosto. (EVL, GF1)

Mas também, né! Se você for fazer com mulher tudo bem, mas se for fazer com homem daí é bem mais constrangedor. (APP, GF1)

Apesar da expressão de dor ou constrangimento, ambos foram tidos como de importância secundária em relação a decisão para realização da mamografia e comparados a situações vistas como mais dolorosas ou constrangedoras pelas participantes.

A gente passa por situação pior que a mamografia. (OC, GF1)

Eu achei bem menos pior fazer mamografia que o preventivo. Eu achei o preventivo muito mais desconfortável, constrangedor. Eu acho. (OC, GF1)

Dói menos do que ter um filho. (OAM, GF2)

É, mas não é uma dor assim, é uma dor da hora, né?! É um desconforto, né?! (EP, GF3)

No GF1, no contexto de discussão sobre os constrangimentos em relação à realização do exame há a manifestação de sentimento de apreensão relacionada à realização do exame, e à perspectiva de apresentar algum problema mamário.

A gente já vai ali com um pouquinho de medo de fazer, aparecer alguma coisinha. Você já vai ali apreensiva, né? (OC, GF1)

Nos três GFs, após questionamento pelo moderador se as participantes acham que a mamografia pode aliviar ansiedade, há um consenso de que apenas após constatação pela mulher de um resultado normal isso pode ocorrer.

Só alivia a ansiedade depois de saber o resultado. Se der negativo, aí parabéns, aí dá “livração”, aí terminou a ansiedade, mas ficar naquela expectativa, de... ansiosa pra saber se vai dar maligno. (MAS, GF2)

(...) Você fazendo e vendo que tá tudo bem... você tá vendo a imagem ali, tá tendo um laudo médico. Eu acho que qualquer uma fica mais tranquila por causa do exame. (EP, GF3).

Uma das participantes do GF1 demonstra dúvida relacionada à possibilidade de dano com a realização de rastreamento mamográfico, dúvida esta associada a visualização de um vídeo na internet em que um médico orienta sobre a periodicidade de realização do exame. Dentro deste contexto, a participante questiona a possibilidade de uma tendência de a mulher desenvolver um tumor se o exame for realizado frequentemente. Em resposta à esta dúvida, outra participante expressa a opinião de que concorda com a possibilidade de haver algum dano relacionado ao rastreamento mamográfico, o que por sua vez seria provocado pela compressão do mamógrafo à mama.

Como esta radiografia aperta a mama, se você se expor com mais frequência, é onde você tem a tendência de quem sabe desenvolver um tumor, um câncer. (APP, GF1)

Penso que é verdadeiro sim. Porque toda vez que a gente faz, aperta, né? Então vai magoando e pode às vezes inflamar. (MA, GF1)

No GF2, após questionadas pelo moderador se já ouviram falar de algum malefício relacionado à realização da mamografia, algumas participantes exprimem a possibilidade de prejuízo relacionado à exposição à radiação durante o exame.

(...) Assim, o que causa, assim só fala: “faz mal, é prejudicial!” Isso é eu já ouvi bastante! Não sei se mais alguém aqui ouviu que raios-x demais, imagens, faz mal. (RFA, GF2)

É igual radioterapia, né? Não é bom pra saúde não, por isso que é feito uma vez por ano. (...) Como qualquer outro raio-x. (RSS, GF2)

A exposição da frase “a mamografia pode levar a tratar um câncer que apesar de existir mesmo, não iria prejudicar” pelo moderador gerou dúvidas e questionamentos. No GF1 e no GF3, surge a seguinte reação acompanhada de risos em tom irônico:

Mas existe um câncer que não prejudica? (APP, GF1; MM, GF3)

Dentro desta discussão, há expressão da necessidade de convicção do não prejuízo relacionado à detecção de alteração à mamografia. Algumas participantes exprimem que, mesmo um diagnóstico médico de uma doença benigna, desperta dúvidas e incertezas diante da possibilidade de câncer de mama.

Mas assim ficaria a dúvida, né? O médico te dá certeza? O médico vai te dar certeza que não precisa tratar a lesão? Que não vai te prejudicar, isso? (EP, GF3)

Você não vai ficar naquela confiança: ele é benigno, não vai fazer mal nenhum. (OC, GF1)

Que nem eu tenho uma amiga que diz que ela tem cisto nas mamas e o médico disse que isso não é preocupante. Seria não preocupante. Eu disse: “vai atrás! Procura outro médico que acho que isso não tá certo! ”. (APP, GF1)

O questionamento pelo moderador se as participantes acham que mamografia pode levar a fazer outros exames que não iriam trazer benefício levou a manifestações de opiniões de que seria algo esperado a realização de exames complementares após uma alteração inicial. Não houve manifestações nos grupos de que a situação questionada pelo moderador seria algo negativo para a mulher.

Eu acho que se achar algum nódulo, tem que fazer a biópsia, né? Daí já encaminha pra fazer a biópsia. A mamografia é indicada pra esses motivos. (MAS, GF2)

É um complemento. Tem que tá tudo em cima! Eu acho que vale a pena investigar. Tem que investigar, com outros exames, é lógico! (RSS, GF2)

Dentro deste contexto no GF3, uma das participantes expressa a opinião dirigindo-se à outra de que todos os exames são benéficos. Em resposta a este ponto, a segunda participante expressou concordância e descreveu para os membros do GF o relato de uma conhecida que por sua orientação procurou serviço de saúde para realização de preventivo e agora realiza acompanhamento de hipertensão e diabetes.

Eu falo pra ela: “vai coletar preventivo!”. “Ah, mas você vai no posto daí demora, que não sei o que, que tem que trabalhar...” Eu disse assim: “se você não procurar um médico quando tá tendo uma saúde boa, mais tarde você não vai conseguir nem ter trabalho, nem ter saúde!”. Ela ficou quieta, mas ela começou a frequentar o posto de saúde sim. E agora tá com pressão alta, com diabete, né? E volta e meia ela me agradece por estar conversando com ela e falando pra ela fazer a prevenção pra saúde dela. (VN, GF3).

3.2.2 Manifestações da mulher quanto à adesão ao rastreamento mamográfico

Esta categoria de análise diz respeito a expressões pelas participantes quanto ao momento para início do rastreamento mamográfico, e qual deve ser o intervalo entre exames.

Há diferentes opiniões e percepções em relação aos núcleos de sentido que se referem à idade para início do rastreamento mamográfico e o intervalo entre exames. Em alguns momentos, há demonstração de dúvidas, quanto a estes tópicos. Esta situação fica aparente neste trecho do GF1:

Então doutor. Uma dúvida que eu fico é assim né. Quando você vai fazer um preventivo, geralmente o médico já pede mamografia né? Então, geralmente né, é para ser uma vez por ano,(...) (APP, GF1)

Ah, eu não sei né! Eu faço uma vez por ano e. não sei. (MRTA, GF1)

Sim. Então daí é uma dúvida minha: faz por ano, não faz? Por isso que só fiz com 40. Já não fiz mais. Tem dois anos que não faço. (APP, GF1)

A expressão de dúvidas associa-se ao contexto de exposição a informações obtidas a partir do vídeo publicado na internet, em que um profissional médico, segundo algumas participantes relatam, não recomenda o exame com intervalo menor que 2 anos. Uma das participantes associa a dúvida para início do rastreamento ao contato que teve na unidade de saúde.

Uhum. Então, eu fiquei na dúvida também. É. faço ou não faço? Há problemas ou não há, pra minha idade em fazer ou não fazer? Entendeu? Porquê (pensativa) já ouvi fala que tem que fazer. Aí disseram que não tinha necessidade pela minha idade, que não sei o quê. Daí você fica na dúvida (OC, GF1)

No GF2, a expressão não é de dúvida, mas de certeza. Essa certeza aparece quanto ao intervalo para realização do exame, no mínimo, anualmente.

Mas que tem que fazer! Todo ano (risos) (OAM, GF2)

Mas o importante é fazer anualmente para evitar, né? Porque fazendo o exame todo ano, você sabe que está livre destas doenças que vem de repente, com 6 meses, 1 ano, quando você pensa que não. Você passa um ano sem fazer, se tiver que avançar. (MAS, GF2)

No GF3, há posições distintas em relação à periodicidade para realização do exame. Após uma das participantes relatar o fato de a atendente de uma clínica de radiologia chamá-lo à atenção para realização do exame a cada 6 meses, houve concordância, mas também um questionamento se o câncer evoluiria tão rápido.

Ah, eu não sei! Eu não acho que é necessário, né? De 6 em 6 meses. Será que ele evolui tão rápido assim? (VN, GF3)

Continuando a discussão no GF3, mesmo a participante que questionou a evolução do câncer como sendo algo para reduzir a periodicidade do exame para 6 meses levantada no GF3, expressou a percepção de que isso não seria possível no sistema público de saúde. Esta constatação pela participante foi destacada como motivo para não realização de exames com intervalos semestrais.

De 6 em 6 meses é a linguagem de falar, né?! Mas na verdade não funciona assim de 6 em 6 meses. Você que depende do SUS, você não consegue em 6 meses tá repetindo o seu exame. É bem difícil, bem complicado! Não sei qual que seria a alternativa aí que tenha mais agilidade sobre esse exame da mulher, né?! Tanto do preventivo, quanto do exame de mamas. (VN, GF3)

Nos GF1 e GF3 há menção pelas participantes de que a idade para início da realização do exame seria a partir de 40 anos, algo que não foi discordado pelas demais. No GF2, surgem opiniões de que a mamografia deve ser realizada numa idade ainda mais jovem. Como reação ao fato de uma das participantes, com 45 anos, nunca ter realizado o exame, outra participante comenta após expressão de surpresa:

Acho que mesmo antes dos 40 anos devia fazer, na minha opinião. Que tem pessoas que tem câncer antes disso, né? (OAM, GF2)

Continuando o momento do GF2, o moderador faz um comentário expondo as orientações do Ministério da Saúde (MS) sobre a faixa etária recomendada para possibilidade de mamografia de rastreamento na população tida não de alto risco. As participantes manifestam discordância, expondo em alguns momentos que o exame deveria ser iniciado aos 25 anos de idade.

Vamos votar para 25. Tem alguma coisa que a gente possa fazer para começar aos 25 anos? Vamos fazer um protesto da mulherada aí! (Sorri) (RSS, GF2)

Eu sou a favor que o exame faça mais cedo! (fala de forma incisiva). Acho que não deveria ser. Porque, por exemplo, assim: existem pessoas mais jovens também que podem ter um pequeno problema, ter um problema de saúde e eles tem... é... fazer essa requisição pra quem precisa fazer, né?! Então, acho que não tem que ter muita idade. (...). Você deve ter no máximo 30 anos, eu acho. Eu ia pensar nisso. (OAM, GF2)

Dentro do contexto de certeza em relação à necessidade de fazer o exame em idade precoce na vida, há uma percepção de desatualização dos serviços públicos de saúde em relação à mamografia como forma de rastreamento para câncer.

É que agora é tudo atualizado, né?! E parece que esse exame de mamografia aos 35 anos, ele me parece desatualizado. Não chegou ninguém lá pra dizer assim: “vamos atualizar! (...) Quer dizer, não mudou-se nada nisso. A gente não está acompanhando. (RSS, GF2)

Algumas falas das participantes demonstram a percepção de fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, e condicionam o intervalo entre exames e o início do rastreamento à presença ou não destes fatores.

Então acho que a partir, eu, na minha opinião, a partir de que a mulher já tem seus 35 anos, já amamentou, já teve já a sua vida sexual ativa, já teve seus filhos, ela já tem que começar a se cuidar com preventivo, com a mamografia. Entendeu? (OS, GF1)

Eu acho que o histórico da família, tem alguém na família, que é hereditário, pai, mãe, vó, anteriores, tias, eu acho que tem que fazer pelo menos a cada 2 anos, a partir dos 35 anos, (...). Se tiver caso na família, não vai esperar acontecer não, né?! (...) A partir dos 25 anos, se elas usa anticoncepcional, acho que deveria fazer a pelo menos a cada 2-3 anos. (MAS, GF2)

Igual a Sra. disse: “a partir do momento que toma anticoncepcional, tem filhos, tudo...” acho que já deveria pensar, né? (...) (OAM, GF2)

(...) Mas você tem que ver qual o grau de risco que você tem, né? Se é alto você tem que procurar, né?! Todo ano ou de 6 em 6 meses como ela falou, né? (EP, GF3)

3.2.3 Percepções e sentimentos das mulheres frente ao câncer de mama

O enunciado da frase “a mamografia pode levar a tratar um câncer, que apesar de existir mesmo, não iria prejudicar”, levou a expressões sobre o significado do câncer para as participantes. Neste contexto as participantes revelam desconhecer algum tipo de câncer que não signifique prejuízos e, além disso, há manifestações que exprimem que a reação imediata à descoberta de um câncer é a perspectiva de morrer.

É, porque (entre risos) se é um câncer já vai prejudicar. Né? (OC, GF1)

(...) Eu não sei se tem um tipo de câncer que não prejudica a saúde. Tipo da mulher... (MM, GF3)

É que o primeiro momento a gente vai ficar, a reação vai ser: nossa estou com câncer! Né?! (risos) Vou morrer! Essa é a primeira auto-reação, né?! E dizer que a gente tá com câncer e não vai fazer mal?? (ES, GF2)

Ainda dentro deste contexto de discussão nos GFs, o tema do câncer de mama, as participantes expressaram que a tema câncer associa-se a sentimentos de medo, desespero e insegurança.

Você ouvir esta palavra, você já fica desesperada, né?! Ouvir esta palavra... Deus o livre! (MRTA, GF1)

Insegurança, né? Mas tem que correr né? E meu Deus! Me ajude! (EVL, GF1)

(...). Traz medo, insegurança. (ES, GF2)

Dentro deste contexto de discussão, uma das participantes do GF1 usa novamente a seguinte expressão:

O velho ditado popular: “o mal se corta pela raiz! ”. (EVL, GF1)

No GF3, este mesmo bordão aparece na fala de uma das participantes, como reação ao relato de uma das participantes que havia passado por procedimentos devido a alterações mamárias descobertas com exames de diagnóstico. Não ficou claro, ao longo da discussão no GF3, qual era ao tipo de alteração mamária descoberta pela participante em questão.

Durante um momento em que se comentava sobre a realização do preventivo para câncer de colo do útero, uma das participantes do GF3 expressa a percepção de um risco iminente para o câncer de mama e também do colo uterino.

O pessoal divulga mais o câncer de mama, mas o colo do útero também é um risco eminente, né? (EP, GF3)

3.3 DISCUSSÃO SOBRE OS RESULTADOS DO PRIMEIRO EIXO TEMÁTICO

À leitura dos dados e organização das categorias, percebeu-se que a interpretação dos resultados com a meta de responder às questões de pesquisa, inicialmente pensadas, demanda a ampliação da visão sobre o objeto de estudo, não restrita à percepção apenas da mamografia. Dentro do eixo temático “O câncer de mama e a mamografia sob perspectiva da mulher”, nota-se um diálogo entre as categorias, de tal modo que “Percepções e sentimentos das mulheres frente ao câncer de mama” serviu, em certas circunstâncias nos GF, de pano de fundo para os núcleos argumentativos das demais.

Diante disso, há na literatura estudos que demonstram associação entre percepção de risco de uma doença ou condição e comportamentos relacionados ao rastreamento. Este é o caso de modelos teóricos de predição de comportamento em saúde, como o *Health Belief Model*. Este modelo, criado com base teórica fundamentada em estudos de Psicologia Social ainda nos idos de 1950, utiliza como parâmetros preditores de comportamento: percepção de suscetibilidade e severidade (em conjunto, denominados percepção de “ameaça”), percepção de benefícios, percepção de barreiras, a disposição para ação e a percepção de “auto eficácia”. O risco de adoecimento aqui é medido pelo construto percepção de suscetibilidade, definida pelas autoras como a crença em relação às chances de experimentar um risco ou adquirir uma dada condição.

Estudos com base no *Health Belief Model*, tendo a mamografia de rastreamento como objeto de estudo, demonstram associação da percepção de risco para adoecimento por câncer de mama como fator preditor de adesão ao exame (CHAMPION e SKINNER, 2002). Além disso, uma metanálise baseada numa amostra de 52766 mulheres observou uma associação entre percepção de risco de câncer de mama e rastreamento mamográfico, com um efeito pequeno mas significativo da percepção deste risco sobre a adesão à mamografia (KATAPODI *et al.*, 2004).

Levando-se em consideração esta associação entre percepções sobre o risco de adoecimento por câncer de mama, e as percepções e possíveis comportamentos em relação à mamografia como método de rastreamento, uma questão emerge: *qual a percepção que as mulheres têm do risco de desenvolver câncer de mama?* A leitura dos dados produzidos no campo desta pesquisa sugere a hipótese de uma perspectiva de risco para desenvolvimento de câncer de mama distinta daquela mensurada por dados objetivos e utilizadas sob a perspectiva epidemiológica de risco.

Há alguns estudos que encontraram como resultado secundário a inacurácia na percepção de risco frente a estimativas objetivas. Estes estudos tiveram como objetivo principal examinar fatores sócio demográficos possivelmente associados com esta inacurácia na percepção de risco de câncer de mama.

Um estudo de análise secundária de dados de um ensaio clínico randomizado, quantitativo (com base em modelo de regressão logística para análise), demonstrou, no caso do câncer de mama, percepção que não correspondeu à estimativa por medidas objetivas tanto na população de risco baixo/médio, como para população de alto risco para desenvolvimento da doença. A pesquisa foi composta por 4703 pessoas (BRAWARSKY *et al.*, 2018).

Em outra pesquisa de 2005, com análise por regressão logística multivariada, observou-se, em amostra de 1619 mulheres, a percepção inacurada em relação ao risco de câncer de mama (JARLAIS *et al.*, 2005). A pesquisa utilizou como instrumento a pergunta "na sua opinião, qual seria a chance de você desenvolver câncer de mama na vida?", com resposta mensurada com escala semelhante à Likert e comparada com aferição objetiva de risco estimada pelo *Gail score*, este um instrumento de decisão clínica e estimativa objetiva de risco de câncer de mama calculada com base em idade, menarca, idade da primiparidade, histórico familiar de câncer, história de biópsia mamária prévia e etnicidade (GAIL *et al.*, 1989).

Além destes estudos, cita-se metanálise de 2004 que incluiu estudos publicados desde 1985 com base em busca nas bases de dados PUBMED e PSYCINFO, os termos "breast cancer", "perceived risk", "breast cancer screening" e "perceived risk". A pesquisa mostrou como um dos resultados que, confrontada com estimativas de risco objetivas como o *Gail score*, a percepção de risco das mulheres em relação ao desenvolvimento de câncer de mama é inacurada. Para este resultado, utilizou-se de amostra composta de 12 estudos, com 5561 mulheres, com grande magnitude de efeito (KATAPODI *et al.*, 2004).

Estes estudos quantitativos permitem reforçar uma hipótese levantada, com base na leitura dos resultados da presente pesquisa, de que há uma percepção de risco para o desenvolvimento de câncer de mama distinta daquela mensurada com base em instrumentos técnicos e validados cientificamente, como é o caso do *Gail score*. Na leitura dos dados desta pesquisa, o discurso centralizou-se numa perspectiva de que as mulheres apresentam um risco alto ou, nas palavras de uma das participantes, “imminente”, para o desenvolvimento da doença.

Relevante neste ponto, uma pesquisa buscou examinar percepções de risco, preocupação, gravidade e controle para 6 doenças crônicas comuns (cardiopatia, diabetes, acidente vascular encefálico, câncer de mama, câncer de ovário e câncer colorretal) além de identificar se existem diferenças na percepção destes parâmetros em relação às doenças citadas. Foi realizado estudo envolvendo 2362 participantes (com 1675 mulheres). Como resultado, para as mulheres a percepção de risco de câncer de mama foi a maior dentre as condições estudadas (WANG *et al.*, 2009). Uma hipótese, gerada na leitura dos dados dos grupos focais é que de fato, para alguns grupos de mulheres, a percepção de risco para desenvolvimento de câncer ao longo da vida suplanta outras condições ainda mais prevalentes. Ressalta-se aqui, no entanto, que também surgiu, com a análise dos dados produzidos em campo, a perspectiva de que há um risco maior de desenvolver outras doenças que não o câncer de mama.

Ainda dentro do tema de percepção de risco ao câncer de mama, pesquisas com metodologia qualitativa e quantitativa complementam-se uma à outra. Ao escopo de generalização matemática e explicação de fenômenos, soma-se a proposta dos métodos qualitativos cujo foco da pesquisa não é o processo em si, mas o significado de tal processo. Dito de outro modo, a pesquisa qualitativa permite compreender em profundidade fenômenos e gerar novas hipóteses com ampliação e clarificação das bases teóricas iniciais (TURATO, 2005).

Esta característica de permitir explorar com maior acuidade o significado do risco, no contexto da mamografia, transparece nos resultados do presente estudo. Neste sentido, a percepção de risco para o câncer de mama pareceu ser formada de forma primária com base no entendimento intuitivo. Esta também foi a conclusão a que chegaram autores de pesquisa qualitativa, no contexto de câncer de mama e ovário, que buscou explorar como as percepções de risco são formadas pelas mulheres (HEINIGER *et al.*, 2015).

Cabe citar uma revisão de pesquisas qualitativas sobre o tema de percepção de risco para câncer. Os autores investigaram a maneira como pessoas leigas constroem e experienciam

o risco, no contexto de câncer em geral. O contexto do estudo contempla a importância da comunicação de riscos e a frequente resistência à informação que é comunicada às pessoas por especialistas, o fato de que as pessoas têm seus próprios "modelos" de risco, baseada na premissa de que a interpretação de evidências epidemiológicas é condicionada a crenças, valores e preferências. Como resultado, algumas percepções de fatores de risco para câncer de mama foram elencadas pelas participantes da pesquisa. Afora aqueles reconhecidos cientificamente (a hereditariedade, obesidade), o início da vida sexual e a amamentação aparecem como fatores de risco nos grupos focais. Aqui Lipworth *et al* (2010) resumem que um número de crenças culturalmente específicas, em relação ao risco, é identificado em pesquisas qualitativas. Estes fatores de risco considerados por pessoas leigas não estão condizentes necessariamente com os fatores de risco tradicionalmente descritos pela literatura científica, mas apresentam significação na percepção de risco individual. Alguns dos resultados da presente pesquisa encontram paralelo com algumas destas categorias temáticas sintetizadas por este estudo.

Um dos núcleos de sentido na categoria temática criada a partir dos grupos focais deste estudo, “percepções e sentimentos das mulheres frente ao câncer de mama”, representa como reações afetivas, manifestas por expressões de temor, insegurança, podem moldar o significado de risco quando se aborda o assunto câncer de mama. Segundo a revisão de Lipworth *et al.* (2010), muitos dos estudos qualitativos focam na ideia de que o processo pelo qual o “risco” é conceitualizado por pessoas leigas não é puramente racional ou objetivo, mas construído a partir de uma série de processos cognitivos, o que foi sintetizado no que os autores denominaram “processo de percepção de risco”. Isso inclui simplificar e suprimir informação, fazer vários tipos de comparações e racionalizar crenças desejáveis. Além do escopo cognitivo, muitos estudos qualitativos dão ênfase no modo como discussões sobre risco de câncer ou experiência pessoal de câncer evocam reações emotivas intensas como culpa, vergonha e ansiedade. Neste último tópico os estudos revelam que o estado emocional pode afetar o significado que é dado ao câncer e a construção de risco e o comportamento associado.

Nos grupos focais, transparece uma percepção inicial de inevitável evolução para um desfecho fatal nas percepções das mulheres frente ao câncer de mama, e o bordão o “mal se corta pela raiz” aparece em 2 dos GF. Há que se dizer que este bordão mencionado apareceu como um termo que sintetiza uma opinião compartilhada pelo grupo, algo previsto pela metodologia de GF (BARBOUR, 2009). Este núcleo de sentido parece denotar uma conduta de adesão à mamografia de rastreamento. Isso discorre com a “procura por controle e tomada de

responsabilidade”. Segundo Lipworth *et al.* (2010), um senso de controle e habilidade relacionada a “agir” permitiu às pessoas evitar fatalismo ou incerteza existencial, reduzir arrependimento de forma antecipada, trazer descanso à mente, encontrar um grau de segurança e seguir com suas vidas. O agir aqui se refere tanto a procurar informações como tomar atitudes tidas como preventivas, por exemplo submeter-se ao rastreamento. Em relação à procura por informações, existe um condicionamento da relevância desta procura à possibilidade concreta de ação, isto é, a procura por informação é válida se esta informação se traduzirá de fato na possibilidade de uma intervenção, como medidas de prevenção. Há demonstrações de uma ligação implícita entre tomar controle e o senso de responsabilidade moral (LIPWORTH *et al.*, 2010).

Nos resultados do atual estudo há a perspectiva de que o nascimento de filhos, um marco numa das etapas de transição do ciclo de vida, representa um momento para início de rastreamento mamográfico. Este tópico dialoga com o que significa “construir risco temporalmente”, como denominam Lipworth *et al.* (2010). Neste caso, a percepção de risco para o desenvolvimento do câncer está relacionada às fases do ciclo de vida. Dito de outro modo, haveria um momento no ciclo de vida da pessoa que simbolizaria uma fronteira no risco de desenvolvimento da doença.

Foi consensual nos grupos focais desta pesquisa que a prevenção é a grande vantagem da mamografia e é também relevante a importância do exame na detecção precoce da doença. Há que se fazer uma ressalva: em alguns momentos o exame, como método de rastreamento, foi tido como importante para doenças de evolução rápida, ou nas palavras de uma das participantes, “que vem de repente”. Métodos de rastreamento têm como característica a capacidade de detectar principalmente doenças com evolução lenta e insidiosa, são passíveis, portanto, do chamado viés de tempo de duração (NORMAN e TESSER, 2019). Na verdade, exames realizados no contexto de rastreamento acabam sendo menos propensos a detectar lesões agressivas como o enunciado no grupo sugeriu.

A divulgação ampla na mídia foi relatada nos resultados deste estudo como algo importante e positivo na realização do rastreamento mamográfico. De fato, há, na perspectiva de modelos como o *Health Belief Model*, a previsão de que a exposição à mídia funcione como um gatilho para pronta disposição para ação, aqui no caso referindo-se ao rastreamento (CHAMPION e SKINNER, 2002). Vale neste ponto citar artigo publicado em 2017 cujo objetivo foi discutir as publicações do jornal brasileiro “O Globo”, de 1925 a 2000, sobre os temas prevenção e detecção precoce do câncer de mama. Dentre os principais resultados do

estudo cita-se que houve uma regular confusão, quando se referia a práticas e intervenções médicas, com os conceitos de prevenção primária e secundária, conceituados com base na história natural da doença (LEAVELL e CLARK, 1976): medidas relacionadas à detecção precoce, isto é, relativas à prevenção secundária, frequentemente foram associadas à redução do risco de surgimento de doença, e os autores concluem que a informação associando mamografia à medida de redução de risco de câncer é circulante na sociedade (FERREIRA, TEIXEIRA e ARAÚJO NETO, 2017). Esta confusão quanto às definições de níveis de prevenção relacionados à mamografia surge nos dados produzidos pela pesquisa, quando da pergunta direta do moderador sobre se as participantes achavam que a mamografia poderia evitar o surgimento do câncer.

Uma pesquisa exploratória sobre a informação relativa a detecção precoce de câncer de mama divulgada por matérias jornalísticas na internet durante o outubro Rosa em 2017, demonstrou que o rastreamento mamográfico foi assunto em 79% das matérias. Neste mesmo estudo, apenas 3,3% das matérias jornalísticas citaram os riscos do rastreamento e 1,5% fizeram referência à decisão compartilhada neste contexto (ASSIS, SANTOS e MIGOWSKI, 2020).

O papel da mídia como canal de diálogo e difusão de conhecimento, em relação aos cuidados relativos ao câncer de mama, é histórica e socialmente fundamentado, sendo os impactos que a mídia provoca potencialmente positivos, ou mesmo negativos, na forma como as pessoas vivenciam e significam a mamografia como método de rastreamento em suas vidas (MORAES, 2015).

Os malefícios percebidos com o exame, nas discussões dos grupos focais, citam principalmente o processo de realização do exame em si. Dor, desconforto e constrangimento são os pontos mais percebidos como empecilhos à realização do exame. Estes são tópicos com literatura já descrita, e muitas das pesquisas têm como pretexto o fato de estes serem fatores que impedem o rastreamento mamográfico. Alguns autores discorrem sobre a dor durante o exame (ARO *et al.*, 1996; DAVEY, 2007; DUPUIS, PEYRONNET e DAS, 2017; ENGELMAN *et al.*, 2012; FREITAS JR *et al.*, 2006; KEEFE *et al.*, 1994; SAPIR *et al.*, 2003; WHELEHAN *et al.*, 2013), e há também estudo que explora a amenização da dor com a realização do exame (DUPUIS, PEYRONNET e DAS, 2017). O constrangimento relacionado à exposição ao corpo, para algumas mulheres pior quando se trata de um radiologista homem, também é objeto de estudo na literatura, e como curiosidade observa-se que há discussões recentes na Austrália sobre a possibilidade de incluir técnicos em radiologia do gênero masculino no momento do exame, considerando-se a aceitabilidade da mulher que se submeterá

à mamografia (ASHTON e WARREN-FORWARD, 2019; WARREN-FORWARD *et al.*, 2017).

Além dos malefícios recém citados, percebe-se que a ansiedade apresenta um significado não relacionado apenas ao momento da realização do exame, mas associa-se ao sentimento de expectativa em relação ao resultado do mesmo. Em um artigo de revisão observa-se que a experiência da mulher em relação a procedimentos de diagnóstico para câncer de mama refere-se ao processo da experiência como um todo, não apenas ao momento da realização de exames, com sentimentos como ansiedade perpassando as várias etapas do processo de diagnóstico (CLARK e REEVES, 2015).

Dor, constrangimento, ansiedade. Ficou evidente nas discussões dos grupos focais do estudo que, apesar destes pontos negativos, para as participantes eles não foram importantes, quando comparados a outras situações vivenciadas pela mulher, como o parto e o exame preventivo para câncer de colo do útero. O conteúdo das discussões também demonstrou um papel secundário diante das percepções de benefícios do exame e dos riscos percebidos do câncer de mama para a mulher.

Em algumas falas das participantes, transparece a percepção do risco de exposição à radiação durante a mamografia, preocupação esta existente desde os primórdios do emprego do exame como técnica de diagnóstico no Brasil (MORAES, 2015) e ainda discutida de forma controvertida nos dias de hoje (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

Os conceitos de falso-positivo e sobrediagnóstico não foram conceitos familiares à grande maioria das participantes. O conceito de sobrediagnóstico, apresentado conforme descrito na metodologia, foi recebido com estranheza e incredulidade. Já a eventualidade de um falso positivo, conforme sistematizado nos resultados, pareceu previsível, e a intervenção diagnóstica, nesta situação, necessária diante da possibilidade percebida pelas participantes de câncer de mama. Neste mesmo cenário, um estudo encontrou manifestações semelhantes, isto é, o falso-positivo como sendo um risco aceitável (THOMSON e SIMINOFF, 2015).

Diante do exposto até aqui, conclui-se que os momentos pautados por certezas foram associados, nas discussões, às questões referentes às percepções de risco de câncer de mama e à gravidade percebida na doença, bem como aos benefícios percebidos com relação ao exame, como também aos empecilhos deste, não tidos como importantes pelas participantes. Pode-se dialogar com o modelo de predição de comportamento, conceituado pelo *Health Belief Model*, compreendendo-se o porquê dos discursos, neste contexto, estarem fortemente associados à

proposta de adesão ao rastreamento (CHAMPION e SKINNER, 2002). Destaca-se nos grupos focais desta pesquisa, no entanto, conteúdos de falas que denotam uma regularidade e uma frequência não recomendadas nem nos protocolos de rastreamento mais rigorosos, como o do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (URBAN *et al.*, 2017). A hipótese que se considera aqui é justamente a ausência de significado para as mulheres em relação aos riscos de falso positivo ou sobrediagnóstico, questões estas que norteiam as diferentes recomendações que trabalham com níveis de evidência para definir periodicidade, idade de início e fim para rastreamento de câncer de mama (BROEDERS, RIPPING e HUBBARD, 2016). Faz-se uma ressalva neste ponto da discussão em relação à importância de se destacar o fator de contextualização, em particular aqui, da composição dos GF como fator de possível interferência nos dados produzidos em campo (BARBOUR, 2009). No GF2, em que houve uma “manifestação” a favor do início do rastreamento mamográfico aos 25 anos de idade, reuniram-se duas irmãs, sendo uma delas uma pessoa que passou por tratamento de câncer de mama, e a outra a participante que propôs veementemente início do rastreamento nesta idade.

Alguns momentos de dúvida surgem em relação aos critérios referentes tanto ao intervalo de tempo para realização da mamografia como à idade de início para este rastreamento, e estas dúvidas surgem no contexto de exposição a informações contrárias ao rastreamento, por parte de profissionais de saúde. Um estudo publicado em 2019 observou uma ambivalência em relação à mamografia, percebendo-a positivamente porém admitindo danos com a realização do exame (QIN *et al.*, 2019). Os resultados da pesquisa aqui apresentada sugerem que a exposição à informação de riscos do exame gera sentimentos mistos e dúvidas em relação à mamografia como rastreamento.

3.4 CATEGORIAS DO SEGUNDO EIXO TEMÁTICO: A MULHER, A MAMOGRAFIA E O CUIDADO EM SAÚDE

3.4.1 Diálogo e decisão no cuidado em saúde

Após a discussão inicial sobre aspectos ligados à mamografia e à exposição pelo moderador dos GFs dos potenciais risco à realização do exame, há um questionamento se as participantes já haviam conversado com o profissional que lhe presta assistência sobre o exame e sobre a decisão de realizá-lo ou não. A resposta de ambas as questões foi negativa para a maioria das participantes nos 3 GFs. Algumas integrantes referiram que conversam com os

médicos que lhe assistem, mas não sobre os riscos e benefícios possíveis na realização da mamografia, nestes termos.

Não, tranquilo! A médica sempre explica, né? Sobre o resultado, assim, “se for maligno, assim que é feito, assim que é tratado. Se for benigno vai ter um tratamento assim, que vai ter que fazer mais acompanhamento, mais de perto”. Que existe nódulo, né? Que tem nódulo que desaparece com o tempo e tem os outros que permanece, que vai ser acompanhado, de repente, até mais frequente. Mas tranquilo! (RSS, GF2)

Prosseguindo a discussão, o moderador faz referência à decisão compartilhada na escolha por realizar ou não a mamografia de rastreamento. Em 2 GFs, as participantes qualificaram de forma positiva a decisão compartilhada. Dentro deste contexto de discussão, há manifestação pelas participantes do desejo de diálogo. Este tema em alguns momentos extrapola o contexto da decisão pela realização da mamografia, discorrendo-se sobre a conversa no cenário geral de uma consulta médica. Neste contexto, quando o “assunto é doença”, o diálogo auxilia a aliviar as tensões que a pessoa possa apresentar.

(...) O médico ele é mais assim, como posso dizer, é... a pessoa fica mais tensa que se o médico se abrir, explicar a situação da doença pra ele. A consulta se torna mais leve e mais agradável. Por isso que é bom o médico ser amigo, assim em termos de conversar dentro do assunto a doença. Mas é muito bom o diálogo, entre paciente e médico. (MAS, GF2)

O aspecto positivo do diálogo também é compartilhado nas discussões do GF3, no entanto há um contexto de dificuldade de compreensão e incertezas em relação a se de fato a mamografia poder ocasionar algum dano à mulher que o realiza. Neste cenário, associado à percepção de “necessidade” de realização do exame, há expressões de que a decisão compartilhada não seria algo adequado. Esta visão é compartilhada no GF3 e emerge após o moderador expor ao grupo possíveis danos relacionados à realização do exame. A fala a seguir ilustra esta situação.

Mas essa decisão compartilhada seria entre o paciente e o doutor, porém eu vejo assim... se a pessoa, que nem minha mãe... minha mãe acho que nunca fez mamografia. Se perguntar pra ela, lógico que ela vai dizer que não, né? Porque ela não tem a noção e nem precisou de, de... acho que não é assim, no Brasil acho que não funciona. No Brasil, tudo funciona assim, meio tem que ser meio imposto, né?! Tem que fazer preventivo, tem que obrigar né? (Riso). Senão, não vai. Então acho que isso aí, aqui no Brasil, acho que não, acho que não funcionaria isso. É um risco muito grande, né? Se a pessoa já tem risco e não, imagina se

perguntar se quer fazer. Vai dizer que não, né? (Riso sarcástico). Eu não compactuo com isso. No Brasil a gente tá acostumado a ser mandado. Tem que levar tomar vacina, levar o filho tomar vacina. Se não tiver aquelas campanhas exigindo, ninguém leva. Você sabe, né? Que infelizmente... que nem agora teve a das gotinhas, tudo bem que teve a pandemia no meio. O índice foi bem abaixo do esperado. Isso que a campanha tá ali, é pro bem da criança, né? Agora se perguntar pra mulher. nem todas tem a consciência que a gente aqui no grupo tá tendo, né? Que é necessário, né? É.. eu acho que... eu não apoiaria essa. não, eu vou por mim. Eu tenho que fazer, eu vou fazer! Não preciso fazer todo ano, mas sempre vou fazer, porque acho necessário. (EP, GF3)

Durante a discussão no GF2, uma das participantes associa o fato de acompanhar ao longo do tempo com um mesmo profissional, com a maior facilidade para conversar durante uma consulta.

Ah sim! Isso aí eu sempre converso com o médico e como eu faço tratamento, já há 10 anos que eu faço com o mesmo ginecologista, então eu tenho intimidade de chegar, conversar. Ele explica que devido ao último ano que fiz dar negativo, daí ele fala “vamos fazer por descargo de consciência né?”, mas, a gente tem dívida né, porque vai que nesse último ano que deu negativo e tem alguma coisa, assim, é... Começando a querer, começar algum processo, né? Então ele fazendo já tira a dívida. Então eu sempre converso. Eu gosto de conversar muito com o médico. (MAS, GF2)

Nos GFs há uma visão compartilhada pelas participantes sobre o aspecto positivo em receber informações e orientações pelos profissionais de saúde, seja no momento de uma consulta médica ou em momentos de atividades coletivas, como palestras. O trecho do GF3 ilustra esta situação, quando uma das participantes se refere à realização de salas de espera em unidade de saúde. Nota-se que o parâmetro que a participante usa para comparação, expresso na primeira frase da fala, é o próprio GF em curso, visto como um momento produtivo de interação entre pessoas.

Essa fala que a gente tá tendo é muito rica sim. Só que eu lembro, não sei se o doutor tem lembrança disso? Que alguns tempos atrás, na unidade de saúde, quando tinha lá, “o médico vai chegar tal hora”, o pediatra, o clínico, o que seja. Enquanto o médico tava atendendo outras pessoas, tinha alguém palestrando lá. Daí a gente chegava lá, “qual assunto que vocês gostariam que nós falássemos hoje?”. Nós falávamos: “ah, quero que fale da prevenção”, “quero falar da hipertensão”, outro “quero falar do pediatra”, outro fala “eu

não sei como cuidar do meu neném”. Então tinha aquelas falas durante o pessoal que estava aguardando a consulta, já tinha tidas aquelas falas. E ali nesse meio tinham aquelas pessoas que não gostam de falar, mas elas ouvem: “ó, isso é pra mim!”, entendeu? (VN, GF3)

No GF1, houve expressão de que a ausência de diálogo no contato com o serviço de saúde é algo negativo. No trecho abaixo, uma das participantes ilustra este aspecto da ausência de diálogo com uma experiência em que buscou a unidade de saúde para realização de mamografia, mas que a princípio lhe foi negada.

(...). Acho que ainda falta os médicos conversar um pouco com as mulheres sobre a importância, não sei se tem mesmo essa coisa de idade. Que nem eles me disseram lá no dia que eu fui, que eu pedi pra fazer, que EU (de forma enfática) que quis fazer, entendeu? Então acho que falta eles conversar um pouco mais. (...). Eu falo assim pelo meu caso, que tive que insistir para fazer mamografia. Por eu já estar com os meus 42 anos, tive que insistir, porque eles não queriam que eu fizesse por não haver necessidade. Então, é a minha dúvida. Se realmente, essa idade não é propícia à câncer de mama. Porque diziam eles que não havia necessidade pela minha idade: “pra que que você quer fazer?!” (OC, GF1)

Ainda no GF1, há uma visão compartilhada de que esta falta de diálogo se associa a uma sensação de constrangimento. Descrevendo uma consulta em que acompanhou um familiar antes da realização de um procedimento cardíaco, a participante comenta:

Essa semana mesmo eu fui acompanhar meu irmão num procedimento que ele vai ter que fazer. A gente não conseguiu nem sentar. Que antes de você começar falar, já começou a falar com a médica, ela te entregou os papéis na mão e já falou assim: “Ó, já tá marcado pro dia 13, pronto e até o dia 13!”

Ainda consegui perguntar algumas coisas, saindo na porta. Entendeu? Mas você fica até constrangida com uma consulta assim, né? Mas, ... tudo bem, né? Mas acho que seria o caso... você vai conversar com seu médico a respeito de um problema assim... que nem, a mulher, uma consulta, ginecológica, essas coisas, você quer conversar com o médico, é coisa que você não entende. Se você entendesse, se você soubesse, você não iria no médico! (OC, GF1)

3.4.2 Encontros e desencontros entre profissional de saúde e usuária no compartilhamento da decisão e cuidado em saúde

No contexto de discussão sobre o diálogo entre usuárias e profissionais de serviços de saúde, no GF2 há percepção de falta de liberdade para que a mulher se expresse e que se posicione no momento do atendimento médico. Na perspectiva de uma participante do GF2, é habitual “sentar e sofrer uma consulta”.

*Então, eu digo assim a liberdade que você tem... na verdade até mesmo de chegar e questionar, porque você vai lá assim até mesmo encolhido, quando você entra dentro do consultório, né? Você entra até meio sem jeito. Né? Acanhado, sem jeito e não tem essa liberdade de questionar, né? Não tem isso! Né?! Habitualmente, você entra, senta, **sofre uma consulta**, vamos dizer assim (entre risos), vai embora, nem sabe que tem esse ponto de questionamento. É tão ridículo isso! Mas, habitualmente, é isso, você vai, você senta (riso) e **sofre uma consulta**. É tão bobo, isso, porque você tá indo falar com o seu médico, né?! E sentar e, de repente, questionar, né? (ES, GF2, grifos nossos)*

Esta perspectiva foi compartilhada dentro do GF2. Ao questionamento do moderador se as outras participantes também já haviam “sofrido consultas”, uma das participantes expressa o bordão “o médico me benzeu”.

Ah, com certeza! Eu sempre digo assim, quando acontece isso. É... Que alguém pergunta: “como foi a consulta?”. Eu falo assim: “Ah, o médico me benzeu!”. Por que simplesmente benze né?! (Risos, gesticula o ato de benzer do com as mãos). Então, é... Isso é normal, assim. (RSP, GF2)

Continuando a argumentação, para a participante do GF2 esta perspectiva de falta de liberdade pareceu controversa, já que para uma consulta acontecer há dependência numa postura ativa da mulher. E há expressão de que deveria se despertar nas mulheres esta mesma postura, de questionamento e posicionamento no evento de uma consulta médica.

(...). Sabendo que você tá fazendo a consulta, você quem pode conversar, você tem liberdade pra isso, né? E de repente, nesta reunião, até mesmo aqui, levantando esse questionamento, né? Então, é legal, é importante, é interessante até, né? Vamos dizer assim, se despertasse isso em outras mulheres: “Ei, você tá fazendo uma consulta, você não tá sofrendo uma consulta, né?! Você que tá indo ao consultório, né? Você pode questionar, você pode indagar de alguma forma! ” (ES, GF2)

Neste contexto, há manifestações nos GFs de que ter liberdade para se expressar no momento de uma consulta e durante um contato para rastreamento mamográfico tem importância.

A gente precisa se sentir à vontade pra falar, expor seu problema e falar sobre aquele problema... se é necessário exame ou não é. E junto com o médico chegar à conclusão se é necessário o exame ou não. (OC, GF1)

Por isso a liberdade! A gente tem que ter liberdade com os nossos médicos! Principalmente ginecologista! (RSS, GF2)

Ainda no cenário de discussão sobre “liberdade” importante para mulher se posicionar no contato com o serviço de saúde, no GF1 há percepção de que o profissional deve ter uma postura que permita tal liberdade à mulher.

Sim, mas pra isso esse médico tem que tá disponível, né? Porque tem um médico que atendia aí doutor, que eu prefiro não falar o nome, que ele mal olhava... (riso irônico). (APP, GF1)

A gente mal fala o nome pra ele e ela já tava com a receita na mão. (OC, GF1)

Mas tem uns que fazem isso. (APP, GF1)

Nos GFs há percepção de que o médico, como especialista, não é questionado. No GF1, uma das participantes não vê lógica no questionamento num contexto de consulta médica, opinião que foi compartilhada dentro do GF.

Mas se você for num médico, ele orientou, você vai, vai fazer o que ele pede. Pronto! Até porque nem faz sentido, ir consultar, o médico pedir o exame e eu fala: “não, não quero”. Não faz sentido, né? (APP, GF1)

Neste mesmo tema de discussão, uma das participantes do GF2 exemplifica com sua própria profissão a opinião de que não faz sentido questionar um especialista sobre sua decisão.

Eu acho que a maioria é assim! Geralmente você não questiona o médico, ele é um especialista, né?! Como exemplo, eu sou corretora de imóveis. Dificilmente, eles vão me questionar, eles querem acolher dentro da minha experiência tudo o que eu tenho pra falar, né? E, de repente, eles não vão me questionar lá, é difícil. É poucos o que já tem, que são informados e de repente vem me questionar. Assim, alguma coisa, metragem, alguma coisa assim, dentro da minha área, né? Mesma coisa o médico, né? (...) (ES, GF2)

Ainda neste contexto de discussão dos GFs, algumas participantes associam informação e ter conhecimento sobre temas da área da saúde com a possibilidade de questionar e se expressar diante da consulta médica. No GF2, após a intervenção do moderador falando sobre os possíveis benefícios ou danos relacionados à mamografia, uma das participantes expressa:

Agora já levantou uma curiosidade aí, que é perguntar pra médica: “quais são os malefícios e os benefícios?” Né?! (RSS, GF 2)

No mesmo GF, uma das participantes expressa a opinião de que o questionamento da usuária ao profissional de saúde que lhe presta assistência é condicionado ao conhecimento prévio sobre o assunto que será objeto durante a consulta médica.

(...) Porque você não vai fazer a consulta, porque, na verdade, a gente não sabe nada, na verdade, só vai lá diagnosticar algum acontecimento, alguma coisa que tá sofrendo, alguma coisa... né? (...) A não ser que você seja muito envolvido, já tenha pessoas envolvidas, já escutou muito sobre o assunto pra daí te questionar, né? Mas quando vai, geralmente é só pra, só vai mesmo pra sofrer a consulta, (...) (ESS, GF2)

3.5 DISCUSSÃO SOBRE OS RESULTADOS DO SEGUNDO EIXO TEMÁTICO

O tema “diálogo” apareceu como um tópico importante para as participantes dos GFs de uma maneira geral. Convém mencionar que o diálogo nesta pesquisa emerge como um tópico com significado não apenas exclusivo da decisão compartilhada, objeto de estudo *a priori* desta pesquisa, mas como algo com significativo impacto no cuidado em saúde num cenário mais amplo.

Dentro do contexto de educação em saúde, há na literatura o argumento de que diálogo pode ser encarado como um instrumento fundamental do chamado modelo dialógico. Compara-se este com o modelo tradicional de educação em saúde, ainda tido como hegemônico nos serviços. O modelo tradicional é baseado na visão biologicista do processo saúde-doença, tem o enfoque voltado para a doença e na intervenção para a cura. A educação neste modelo é baseada na transmissão vertical de informações, da valorização exclusiva do conhecimento técnico-científico e na prescrição de comportamentos a serem adotados pelos usuários do serviço de saúde. Em contrapartida, o modelo dialógico preconiza a perspectiva de valorização do saber popular, da transformação de saberes. Na perspectiva de integralidade do cuidado em

saúde, o modelo dialógico desponta como o modelo efetivo. Nele valores, crenças, representações das pessoas, ganham igual valor frente ao conteúdo técnico-científico detido pelos profissionais que prestam assistência. Destaca-se que o diálogo nesta perspectiva é um instrumento importante para que os usuários ganhem autonomia e participem ativamente dos processos saúde-doença (ALVES, 2005).

A educação em saúde, enquanto intencionalidade, pode ser superada, se as informações sobre saúde-doença forem amplamente disponibilizadas e quando o usuário for visto como um interlocutor válido, já que o cuidado em saúde ultrapassa a dimensão estritamente pedagógica (SLOMP JR, FEUERWERKER e LAND, 2015).

Na perspectiva da decisão compartilhada, o pilar central é o pressuposto de que o usuário tem que ter autonomia e cabe ao profissional de saúde apoiar este pressuposto. Este apoio tem que se ancorar num bom relacionamento profissional-usuário, com respeito a competências individuais e o reconhecimento de que as decisões dependem também de relações interpessoais e do resultado da interação entre profissional de saúde e usuário. Considerando-se estes preceitos, que de outro modo significam o modelo colaborativo-deliberativo de decisão compartilhada, o diálogo encontra centralidade como instrumento. Pondera-se que esta perspectiva de trabalhar o compartilhamento da decisão envolve invariavelmente aspectos culturais, sociais, afetivos, particularidades intrínsecas a cada indivíduo, e que só podem ser de fato acessadas e consideradas no processo de decisão compartilhada se o diálogo for empregado (ELWYN, 2016).

É de notar que transparece nos resultados a percepção de que o acompanhamento ao longo do tempo com um mesmo profissional de saúde é positivo para que se estabeleça diálogo entre a usuária do serviço e o profissional. Este tema sugere a importância do estabelecimento do vínculo no cuidado à saúde. Dentro de contextos de discussão sobre os atributos da atenção primária à saúde, assim como conceituados por Starfield (STARFIELD, 2002), o vínculo é um tema que está atrelado à longitudinalidade, definida como a responsabilização da equipe pelo usuário ao longo da vida, independentemente da presença de doença, e com o “primeiro contato”, ou seja, a característica de que o serviço seja a referência no atendimento em saúde ao usuário e que de fato realize o cuidado assim que este sinta necessidade (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2017).

Neste contexto, e no que diz respeito ao sistema público de saúde, há que se destacar publicação recente cujo objetivo foi avaliar, sob a ótica dos usuários, os atributos da atenção

primária à saúde no município onde as participantes desta pesquisa residem. Há dados que demonstram deficiências no primeiro contato, no que diz respeito ao acesso oportuno, bem como na longitudinalidade. Segundo os autores, há que se considerar, entre outras possibilidades, o impacto no primeiro contato do modelo de agendamento adotado, que muitas vezes enfatiza excessivamente atividades programadas em detrimento da resolução da demanda espontânea. Além disso, a localidade em questão apresenta alta rotatividade de profissionais, o que, segundo os autores, repercute diretamente no atributo longitudinalidade (PEREIRA *et al.*, 2020).

Ainda sob a perspectiva do diálogo no contexto amplo de cuidados a saúde, os resultados desta pesquisa demonstraram que a obtenção de informação e conhecimento é visto como algo benéfico pelas usuárias. Dentro deste tema, as participantes deste estudo mencionaram, qualificando de forma positiva, a realização de atividades de educação em saúde em sala de espera. Vale citar estudo qualitativo, cujo objetivo foi explorar os significados que os usuários atribuíram a atividades de educação em saúde sobre hipertensão arterial sistêmica em sala de espera. Os autores concluíram citando as potencialidades do uso de sala de espera, com resultados que demonstraram, na ótica dos usuários, reelaboração de significados no cuidado à saúde, a percepção de cuidado por parte dos profissionais e a aprendizagem, além de a criação de um espaço para diálogo e desenvolvimento da autonomia do usuário para o cuidado (NEGRÃO *et al.*, 2018).

O conceito de encontro empregado nos resultados da pesquisa é aquele da perspectiva de Feuerwerker (2016). Na visão da autora, o encontro acontece num cenário de imprevisibilidade, em que ambos os envolvidos – usuários e profissionais de saúde – têm papel ativo e deixam “marcas”, isto é, são afetados no processo. O cuidado em saúde neste cenário depende do reconhecimento mútuo dos diferentes saberes, expectativas e desejos, e não apenas do contato entre os diferentes atores (FEUERWERKER, 2016; TEMPERLY, SLOMP JR e SILVA, 2021). Os resultados de nossa pesquisa mostraram alguns tópicos que emergem como obstáculos para a decisão compartilhada e neste sentido o produto do encontro usuário/profissional não significou cuidado ou representou um momento de colaboração.

As usuárias percebem uma falta de “liberdade” e, até mais emblemático que isso, sentem-se submissas no encontro com o profissional no serviço de saúde, situação em que “sofrem uma consulta”. A liberdade de expressão é compartilhada entre participantes como sendo algo crucial para um cuidado resolutivo. Na literatura sobre o compartilhamento da decisão, esta última percepção é basilar, partindo-se do pressuposto conceitual que a decisão

compartilhada é um ato em saúde que valoriza a autonomia e a perspectiva de usuário e profissional de saúde de forma igualmente importante (ELWYN, 2016).

Neste estudo, as participantes elencam a figura do médico como especialista, detentor, como tal, de um conhecimento não questionável por parte da usuária. Esta postura é vista como outro empecilho para que se consiga compartilhar a decisão. De fato, a literatura destaca um senso comum de que o saber médico é encarado como superior, o que contribui para a concepção pelos usuários dos serviços de saúde de que não podem participar nas decisões. O ponto de vista que deve ser destacado neste contexto é que o usuário do serviço é um perito, detentor de um saber único referente a valores, preferências, perspectivas singulares, saber este fundamental na definição de conduta para que o cuidado em saúde de fato ocorra (JOSEPH-WILLIAMS, EDWARDS e ELWYN, 2016).

Falando destes diferentes saberes, e retomando o tema do vínculo, argumenta-se que o vínculo, na perspectiva do médico, tem o potencial positivo de provocar uma reelaboração na percepção que este tem sobre o seu "território identitário". Reelaboração esta que pode equiparar a importância do conhecimento técnico do saber próprio de cada usuário como indivíduo, num movimento de desconstrução da onipotência do saber do profissional (TEMPERLY, SLOMP JR e SILVA, 2021).

O vínculo entre usuário e profissional de saúde é algo a ser construído a cada encontro no cuidado em saúde, não é algo tomado como pronto, mas algo a ser negociado por ambas as partes em cada momento de encontro. A construção de um vínculo com potencial positivo no cuidado em saúde depende de que o profissional de saúde adote uma postura ética que incorpore o reconhecimento do usuário como um interlocutor válido, detentor de um saber singular e crucial na definição sobre qual o caminho seguir na definição de projetos terapêuticos (SEIXAS *et al.*, 2019).

Os resultados revelam uma perspectiva de que uma usuária ir para o encontro cuidador com um conhecimento prévio, aprofundado, sobre aquele que será um dos tópicos do encontro com o profissional de saúde, é mais um elemento que pode mudar o paradigma da passividade e permitir que esta consiga ter ferramentas para participar na decisão. De nota, há evidências de que o fato de o usuário ter acesso ao conhecimento sobre sua própria saúde pode exercer efeito benéfico na decisão compartilhada (THOMPSON e TREVENA, 2016). Há que se considerar, no entanto, que ao longo do tempo estudos tem demonstrado que ter conhecimento sobre o assunto não necessariamente se traduz em decisão compartilhada (ELWYN e

EDWARDS, 2016). Fundamentalmente, a capacidade percebida na tomada de decisão vai além da quantidade de conhecimento que o usuário detém, para incluir a capacidade de poder e intervenção percebida no momento do encontro com o profissional de saúde (JOSEPH-WILLIAMS, EDWARDS e ELWYN, 2016).

As contrariedades e choques no encontro usuária/profissional de saúde que transpareceram nos resultados da pesquisa apresentam paralelo naquilo que se conceitua como clínica tradicional ou, ainda de forma mais crítica, quando se deseja o compartilhamento de decisões, clínica degradada. A clínica aqui é vista como o momento em que as mais distintas práticas em saúde são postas no cotidiano dos serviços, sejam elas de prevenção, cura ou reabilitação (CAMPOS, 2001). A clínica tradicional reduz o usuário à doença, com enfoque na cura, dentro de uma perspectiva exclusivamente biológica. A clínica degradada foca a conduta do profissional mediante à queixa do usuário, numa perspectiva centrada na produção de procedimentos em quantidade, isto é, na eficiência, sem a devida atenção aquilo que é produzido, ou seja, na eficácia do que se faz em saúde. Neste sentido, da clínica degradada, que algumas participantes da pesquisa se referem à postura médica de simplesmente “benzer” a usuária. A proposta para adequar os cuidados em saúde às demandas para um cuidado efetivo, necessariamente passam por uma reformulação da clínica (ou, como os autores denominam, da ampliação da clínica), dando-se ênfase à eficácia e não à centralidade da eficiência (CAMPOS, 2002, 2001).

A literatura internacional destaca que o tema da decisão compartilhada tem passado por releituras, já que a concepção inicial sobre o assunto não resultou na implementação de fato do compartilhamento da decisão (ELWYN e EDWARDS, 2016). A perspectiva tradicional da decisão compartilhada foi concebida inicialmente no contexto de condições agudas, com ênfase na simples troca de informações entre profissional de saúde e usuário e numa perspectiva de que as preferências deste seriam prontamente manifestas. A limitação da decisão compartilhada assim estruturada ficou particularmente evidente no contexto da complexidade de condições crônicas e comorbidades, característico dos serviços de atenção primária à saúde (ENTWISTLE e WATT, 2016). Neste cenário, portanto, destaca-se a necessidade de aperfeiçoamentos e novas soluções.

Destacou-se o uso da expressão “cuidado” em saúde nas categorias do 2º eixo temático desta pesquisa. Retomando o tema da prevenção em saúde, questão fundamental quando se fala em mamografia, cita-se a perspectiva de Ayres (2001). Segundo o autor, prevenir, assim como tratar ou curar não é uma postura suficiente na prática em saúde, já que pressupõe uma atitude,

por parte do profissional, estática e objetificadora do usuário. Propõe-se que cuidar seria o termo mais adequado, já que não se limita a atribuições técnicas, mas que significa construir projetos, sustentados ao longo do tempo e que consideram as premissas e saberes dos diferentes sujeitos no encontro em saúde, da intersubjetividade, com o intuito de construir, nas palavras do autor, um "sucesso prático" (AYRES, 2001).

Continuando este tópico, mas além disso integrando aqui os resultados expostos no 2º eixo temático desta pesquisa, faz-se uma leitura sob a perspectiva de Merhy e Feuerwerker (2016) sobre as tecnologias em saúde. Do ponto de vista que o trabalho em saúde é um trabalho vivo e que a conceituação de tecnologia se refere não apenas a equipamentos, mas a um saber tecnológico e um *modus operandi*, os autores conceituam 3 tipos de ferramentas tecnológicas: as ferramentas duras, que se referem às máquinas e equipamentos utilizados nos processos diagnósticos ou terapêuticos; as tecnologias leve-duras, ou seja, o conhecimento técnico-científico usado para que o profissional de saúde “apreenda” as necessidades do usuário sob um certo ponto de vista; e as tecnologias leves, estas referentes ao processo relacional do encontro entre o usuário e o profissional de saúde. O ponto de vista expresso pelos autores é de que há uma predominância no processo de trabalho em saúde do emprego de tecnologias duras e leve-duras, o que encontraria incentivo no modo como operam atualmente as lógicas de poder na sociedade. Como argumentam os autores, uma das questões que servem como pano de fundo para a percepção de ausência de cuidado em saúde de forma adequada seria justamente a desvalorização e o pouco emprego de tecnologias leves (MERHY e FEUERWERKER, 2016).

Deste ponto de vista, pode-se dizer que a falta de diálogo expresso por usuários e presente nos resultados desta pesquisa decorre justamente do pouco emprego das tecnologias leves no trabalho em saúde. Dito de outro modo, as tecnologias leves compreendem a escuta, o interesse e a construção de vínculos, ou seja, tudo que advém das relações. Merhy e Feuerwerker (2016) encaram o campo das tecnologias leves como o campo “poroso”. Usam este termo para explicar a perspectiva de que é justamente no campo das tecnologias leves que o ato de cuidado permite-se invadir por questões externas àquelas tradicionalmente pertencentes à área da saúde, mas que são igualmente importantes quando do real cuidado em saúde. Aqui é que o contexto, as vivências, as experiências e os valores do usuário ganham força, e o desenvolvimento de autonomia pode aflorar. Ora, este é o grande gargalo na implementação *in loco* da decisão compartilhada. Na medida em que os profissionais de saúde incorporam esta como uma ferramenta tecnológica norteadora do processo de trabalho, o que por si já denuncia uma

mudança na postura do trabalhador, é inevitável que em maior ou menor grau a sensação de liberdade, a abertura para diálogo, se apresente ao usuário.

Merhy e Feuerwerker (2016) argumentam a importância de compor o trabalho em saúde com enfoque no uso de tecnologias leves sob o contexto da medicalização do sofrimento humano, algo construído histórica e socialmente, e que enviesa o cuidado em saúde na medida que foca no objetivo, na fragmentação do ser humano, no biológico, desconsiderando outros aspectos da vida externos à medicina e desvalorizando outros tipos de saberes na produção de cuidado. É nesta perspectiva, socialmente construída, que a medicina se impõe como o saber dominante. No entanto, o domínio das tecnologias leves de cuidado não pertence ao médico ou ao trabalhador de saúde, mas é também da posse dos usuários. Ressalta-se que é com o uso de tecnologias leves de cuidado que a valorização dos saberes (usuário-profissional de saúde) se equipara. O médico neste cenário não é mais soberano e seu saber, à luz do saber de quem recebe cuidado, não é mais inquestionável. É a partir das tecnologias relacionais de cuidado que as decisões diagnósticas e terapêuticas de fato podem ser compartilhadas.

Por fim e de maneira congruente à forma como a literatura internacional descreve o problema da implementação da decisão compartilhada, como um problema adaptativo e não técnico (FROSCHE, TIETBOHL e SCHOLL, 2016), a visão sobre as tecnologias de cuidado em saúde ressalta a necessidade de envolver os diferentes sujeitos (trabalhadores da saúde e usuários) na identificação dos problemas e no reconhecimento de que as soluções demandarão condutas não definidas *a priori* (pensando-se aqui no trabalho em saúde como um trabalho vivo, que envolve incertezas e imprevistos), a organização de novos arranjos tecnológicos e sobretudo destacar as necessidades dos usuários como o objetivo central (MERHY e FEUERWERKER, 2016).

4 CONCLUSÕES

Nesta pesquisa, a exploração da percepção das mulheres sobre a mamografia como método de rastreamento destacou de forma clara a importância que estas atribuem ao exame como método preventivo, em certo momento até vista como capaz de prevenção primária segundo a ótica da prevenção e conforme o modelo da história natural da doença, isto é, capaz de prevenir o surgimento do câncer de mama.

A opinião sobre os pontos negativos do exame concentrou-se em fatores relacionados à técnica da realização do mesmo. Neste sentido, dor e constrangimento aparecem como possíveis empecilhos à realização do rastreamento. Destaca-se que os conceitos de falso-positivo e sobrediagnóstico, possíveis malefícios que têm gerado uma discussão rica na literatura em torno da real aplicação do exame como rastreamento como estratégia de combate ao câncer de mama, não pareceram familiares às participantes desta pesquisa.

A falta de percepção de um risco importante em relação à realização da mamografia, associada à percepção de benefício do exame, levou de uma maneira geral à uma opinião de que o exame deve ser feito a intervalos menores do que em muitas recomendações científicas embasadas em evidências, além de numa faixa etária mais ampla que tais diretrizes.

A exploração das percepções sobre mamografia levou inevitavelmente a temas relativos ao próprio câncer de mama, e à visão que a mulher pode ter em relação a esta condição. Neste sentido, uma percepção de ameaça frente à condição transparece, significando aqui a percepção de risco e severidade, o que por sua vez contribui para entender em parte a aparente motivação em favor do rastreamento mamográfico. Além disso, esta visão em relação ao câncer, quando confrontada com o conceito de sobrediagnóstico, desperta quanto ao último expressões de incredulidade, surpresa, incerteza.

Cabe dizer, informações relativas a riscos são elementos que dão sustentáculo à decisão compartilhada, de forma prática. Dito de outro modo, um dos pressupostos para que de fato a decisão compartilhada permita que as mulheres tomem atitudes em relação ao rastreamento mamográfico, incorporando suas preferências e valores com base em evidências científicas, requer que tenham acesso à informação clara e relevante sobre o risco, como parte da comunicação de evidências.

Os resultados do presente estudo, nesse sentido, sugerem por um lado que informações sobre risco, centrais para uma decisão compartilhada, não são suficientemente discutidas com

as mulheres. Por outro lado, os próprios preceitos teóricos e práticos da decisão compartilhada emergem como forma de modificar tal panorama. De forma ilustrativa, segundo o modelo deliberativo-colaborativo, a discussão sobre riscos relaciona-se diretamente com o momento de discussão sobre diferentes opções.

Aqui neste estudo, fica evidente que, permeando o momento de conversar sobre as opções (rastrear ou não com mamografia), há que se considerar, do ponto de vista do profissional de saúde, a exploração e a discussão sobre a percepção de riscos e a severidade do câncer de mama.

Além disso, vale comentar que o modelo prático de decisão compartilhada contempla a definição de risco do ponto de vista epidemiológico, definido com base em estudos científicos e critérios objetivos, o que é importante de fato para que se discuta no momento do cuidado em saúde as evidências científicas atualizadas, e que se consiga deliberar de forma conjunta com base nestas evidências. No entanto, fica aparente nos resultados deste trabalho as complexidades a partir das quais a percepção de risco é construída na perspectiva do sujeito e na heterogeneidade e riqueza da intersubjetividade. Do ponto de vista do profissional de saúde, é importante, portanto, dialogar com a usuária considerando a complexidade da percepção de risco, quando se fala em mamografia de rastreamento.

Este trabalho partiu da hipótese de que a decisão compartilhada, quando se fala em mamografia de rastreamento, não acontece na prática dos serviços de saúde. Os resultados revelam que de fato há obstáculos para que a decisão compartilhada ocorra, não só neste contexto, mas na assistência em saúde de uma maneira geral. Aqui aparece, por exemplo, a importância (e a falta) do diálogo e do vínculo entre profissionais e usuários nos serviços de saúde.

Observa-se, no contexto da mamografia de rastreamento, a decisão compartilhada – que recebe destaque na última diretriz sobre rastreamento mamográfico no Brasil, tendo em vista as incertezas e complexidades envolvidas na decisão de se realizar ou não o exame à luz das evidências científicas atuais – como um recurso para que o cuidado mais adequado seja fornecido a cada indivíduo, considerando seus valores, preferências e saberes únicos.

No entanto, há diversas complexidades a serem consideradas para a decisão compartilhada seja prática uma rotineira. Do ponto de vista do profissional de saúde, dispor-se ao encontro cuidador, estar aberto à escuta e fazer com que as (os) usuárias (os) dos serviços de saúde saibam que se expressar é indispensável, que devem fazer parte ativamente da decisão,

além de fornecer informações precisas e claras, é fundamental. Há necessidade de nortear as práticas em saúde com base nas tecnologias leves, e orientadas no sentido de uma simetria na valoração dos saberes, para que neste contexto de cuidado a decisão compartilhada possa acontecer.

Situações-problema como se apresenta a mamografia de rastreamento, atualmente, em todas as complexidades e incertezas bem descritas na última diretriz nacional, podem servir, numa perspectiva de problematização e mudança de realidade, como gatilhos para que a democratização dos serviços de saúde no nível local possa de fato ocorrer. Neste cenário, visualiza-se um passo importante para incorporação da decisão compartilhada na prática dos serviços de saúde.

Este trabalho considera a importância de se discutir recursos com evidência de impacto positivo na tentativa de combater o câncer de mama, crescente problema de saúde para a população a níveis coletivo e individual. Um ponto de reflexão é a necessidade de expandir possibilidades quanto a medidas úteis no combate à doença, e discutir estas possibilidades de forma aberta, não somente entre profissionais de saúde, mas também com as usuárias dos serviços de saúde, discussões que se beneficiarão do vínculo. Deste modo, devem-se visualizar estratégias outras, como o acesso oportuno e rápido aos serviços de saúde, e o pronto diagnóstico e o tratamento dos casos que se apresentem sintomáticos como estratégias fundamentais, e o encontro cuidador como cenário para a decisão compartilhada.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. M. DE *et al.* **Shared decision making in Brazil: History and current discussion.** *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen*, v. 105, n. 4, p. 240–244, 2011.
- _____. **Shared Decision Making in Brazil. Concrete Efforts to Empowering Patient's Voice.** *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen*, v. 123–124, p. 21–22, 2017.
- ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 39–52, 2005.
- ARO, A. R. *et al.* **Pain and discomfort during mammography.** *European Journal of Cancer*, v. 32, n. 10, p. 1674–1679, 1996.
- ASHTON, J.; WARREN-FORWARD, H. M. **Males in mammography – A narrative review of the literature.** *Radiography*, v. 25, n. 4, p. 392–399, 1 nov. 2019.
- ASSIS, M. DE; SANTOS, R. O. M. DOS; MIGOWSKI, A. **Breast cancer early detection in the brazilian media during the breast awareness month.** *Physis: Revista de saúde coletiva*, v. 30, n. 1, p. 1–20, 2020.
- AYRES, J. R. DE C. M. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63–72, 2001.
- BAE, J. M.; JAMOULLE, M. **Primary care physicians' action plans for responding to results of screening tests based on the concept of quaternary prevention.** *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, v. 49, n. 6, p. 343–348, 1 nov. 2016.
- BARBOUR, R. **Grupos Focais.** Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 1ª ed. São Paulo: Almedina Brasil, 2016.
- BRAWARSKY, P. *et al.* **Accuracy of self-perceived risk for common conditions.** *Cogent Medicine*, v. 5, n. 1, 2018.

BROEDERS, M. J. M.; RIPPING, T. M.; HUBBARD, R. A. Weighing the Benefits and Harms: Screening Mammography in the Balance. *In: Breast Cancer Screening: An Examination of Scientific Evidence*. Elsevier Inc., 2016. p. 51–85.

CAMPOS, G. W. S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. Saúde Paidéia, 2002.

CAMPOS, R. O. **Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental**. Saúde em debate, v. 25, n. 58, p. 98–111, 2001.

CHAMPION, V. L.; SKINNER, C. S. Models of individual health behaviour. *In: GLANZ, K.; RIMER, B. K.; VISWANATHM, K. (Eds.). Health Behavior and Health Education*. 4^a ed ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. p. 45–65.

CLARK, S.; REEVES, P. J. **Women’s experiences of mammography: A thematic evaluation of the literature**. Radiography. W.B. Saunders Ltd, 2015.

DAVEY, B. **Pain during mammography: Possible risk factors and ways to alleviate pain**. Radiography, v. 13, n. 3, p. 229–234, 2007.

DUPUIS, R.; PEYRONNET, J.; DAS, N. **Patient Perception With Respect To The Overall Experience To A Patient-Friendly Equipment Design And The Impact Of Patient-Assisted Compression Feature During A Mammography Exam**. Value in Health, v. 20, n. 9, p. A591, 2017.

EDWARDS, A.; TREVENA, L. Communicating evidence. *In: ELWYN, G.; EDWARDS, A.; THOMPSON, R. (Eds.). Shared Decision Making in Health Care*. Oxford: Oxford University Press, 2016. p. 112–122.

ELWYN, G. *et al.* **Shared decision making: A model for clinical practice**. Journal of General Internal Medicine, v. 27, n. 10, p. 1361–1367, 2012.

_____. Teaching shared decision making. *In: ELWYN, G.; EDWARDS, A.; THOMPSON, R. (Eds.). Shared Decision Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice*. 3^a ed. Oxford: Oxford University Press, 2016. p. 78–85.

ELWYN, G.; EDWARDS, A. Real-world context. *In: ELWYN, G.; EDWARDS, A.;*

THOMPSON, R. (Eds.). **Shared decision making: Achieving evidence-based patient choice**. 3ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2016. p. 2–6.

ENGELMAN, K. K. *et al.* **Perceptions of the Screening Mammography Experience by Hispanic and Non-Hispanic White Women**. *Women's Health Issues*, v. 22, n. 4, p. 395–401, 1 jul. 2012.

ENTWISTLE, V. A.; WATT, I. S. Real-world context. *In*: ELWYN, G.; EDWARDS, A.; THOMPSON, R. (Eds.). **Shared Decision Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice**. 3ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2016. p. 7–12.

FERREIRA, V. N.; TEIXEIRA, L. A.; ARAÚJO NETO, L. A. **Comunicação , Divulgação e Prevenção: o Câncer de Mama no Jornal O Globo (1925-2000)**. *Revista brasileira de cancerologia*, v. 63, n. 3, p. 157–164, 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. Textos inspiradores: Novas produções!!! *In*: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Eds.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 35–47.

FREITAS JR, R. *et al.* **Desconforto e dor durante realização da mamografia**. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 52, n. 5, p. 333–336, 2006.

FROSCH, D. L.; TIETBOHL, C.; SCHOLL, I. Real-world context. *In*: ELWYN, G.; EDWARDS, A.; THOMPSON, R. (Eds.). **Shared Decision Making in Health Care**. 3ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2016. p. 19–23.

GAIL, M. H. *et al.* **Projecting Individualized Probabilities of Developing Breast Cancer for White Females Who Are Being Examined Annually**. *Journal of the National Cancer Institute*, v. 81, n. 24, 1989.

GATTI, B. A. **Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Eds.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2017. v. 26p. 493–545.

GONÇALVES, R. *et al.* **Ethical issues surrounding breast cancer screening in Brazil**.

Clinics, v. 74, 2019.

GONDIM, S. M. G. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos.** Paidéia, v. 12, n. 24, p. 149–161, 2003.

GØTZSCHE, P. C.; JØRGENSEN, K. J. **Screening for breast cancer with mammography.** Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd, 2013.

HEINIGER, L. *et al.* **Intuition versus cognition: a qualitative exploration of how women understand and manage their increased breast cancer risk.** Journal of Behavioral Medicine, v. 38, p. 727–739, 2015.

INCA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Controle do câncer de mama - Conceito e Magnitude.** Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>>. Acesso em: 26 maio. 2021.

JARLAIS, G. D. E. S. *et al.* **Perceived Risk of Breast Cancer among Women at Average and Increased Risk.** Health (San Francisco), v. 14, n. 9, p. 845–851, 2005.

JOSEPH-WILLIAMS, N.; EDWARDS, A.; ELWYN, G. Practical shared decision making. *In:* ELWYN, G.; EDWARDS, A.; THOMPSON, R. (Eds.). **Shared Decision Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice.** 3ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2016. p. 43–50.

KATAPODI, M. C. *et al.* **Predictors of perceived breast cancer risk and the relation between perceived risk and breast cancer screening: A meta-analytic review.** Preventive Medicine, v. 38, n. 4, p. 388–402, 2004.

KEEFE, F. J. *et al.* **Mammography pain and discomfort: a cognitive-behavioral perspective.** Pain, v. 56, n. 3, p. 247–260, 1 mar. 1994.

LAKHTAKIA, R. **A brief history of breast cancer Part I: Surgical domination reinvented.** Sultan Qaboos University Medical Journal, v. 14, n. 2, p. 166–169, 2014.

LEAVELL, H.; CLARK, E. Níveis de Aplicação da Medicina Preventiva. *In:* **Medicina Preventiva.** São Paulo: McGraw-Hill, 1976. p. 11–36.

LIMA, T. C. S. DE; MIOTO, R. C. T. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica.** Revista Katálysis, v. 10, n. esp., p. 37–45, 2007.

LIPWORTH, W. L. *et al.* **Beliefs and beyond: What can we learn from qualitative studies of lay people’s understandings of cancer risk?** Health Expectations, v. 13, n. 2, p. 113–124, 2010.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Textos já publicados que podem transpirar ideias nos leitores, como fizeram conosco: coletivo de pesquisadores. *In:* MERHY, E. E. *et al.* (Eds.). **AVALIAÇÃO COMPARTILHADA DO CUIDADO EM SAÚDE: surpreendendo o instituído nas redes.** 1ª ed ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59–72.

MIGOWSKI, A. *et al.* **Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. II – New national recommendations, main evidence, and controversies.** Cadernos de Saude Pública, v. 34, n. 6, 2018.

MITRE, S. M. *et al.* **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. 2, p. 2133–2144, 2008.

MORAES, P. DOS A. **A trajetória do cancer de mama no Brasil: uma análise do jornal “o Globo” (1925-1999).** Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

NEGRÃO, M. DE L. B. *et al.* **The waiting room: potential for people with arterial hypertension to learn.** Revista brasileira de enfermagem, v. 71, n. 6, p. 2930–2937, 1 nov. 2018.

NELSON, H. D. *et al.* **Effectiveness of breast cancer screening: Systematic review and meta-analysis to update the 2009 U.S. Preventive services task force recommendation.** Annals of Internal Medicine, v. 164, n. 4, p. 244–255, 2016.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção e promoção à saúde. *In:* GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (Eds.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 584–595.

PEREIRA, H. A. *et al.* Eixo de Atenção. *In:* TEIXEIRA, C. P. *et al.* (Eds.). **Atenção, educação e gestão: produções da rede PROFSAÚDE.** 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida,

2020. v. 53p. 69–80.

QIN, X. *et al.* **U.S. women’s perceived importance of the harms and benefits of mammograms and associations with screening ambivalence: Results from a national survey.** *Preventive Medicine*, v. 123, n. November 2018, p. 130–137, 2019.

RAFFLE, A. E.; GRAY, J. M. **Screening: evidence and practice.** Oxford: Oxford University Press, 2007.

SAPIR, R. *et al.* **Does mammography hurt?** *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 25, n. 1, p. 53–63, 1 jan. 2003.

SCHMIDT, M. I. *et al.* **Chronic non-communicable diseases in Brazil: Burden and current challenges.** *The Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, 2011.

SEIXAS, C. T. *et al.* **O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam.** *Interface: Communication, Health, Education*, v. 23, 2019.

SILVA, R. C. F. DA. Mamografia e rastreamento mamográfico: o debate da detecção precoce do câncer de mama contextualizado para a realidade brasileira. *In: TEIXEIRA, L. (Ed.). Câncer de Mama e de Colo de Útero: Conhecimentos, Políticas e Práticas.* Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015. v. 61p. 165–209.

SLOMP JR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; LAND, M. G. P. **Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica.** *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 537–546, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEWART, M. *et al.* **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico.** 3^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TEMPERLY, N. K. N.; SLOMP JR, H.; SILVA, M. Z. DA. **Do vínculo ao encontro cuidador: cartografias sobre o território identitário médico e o cuidado entre médicos de família e usuários.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, 2021.

TESSER, C. D.; D'ÁVILA, T. L. DE C. **Por que reconsiderar a indicação do rastreamento do câncer de mama?** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 5, p. 1–12, 2016.

THOMPSON, R.; TREVENA, L. Practical shared decision making. *In*: ELWYN, G.; EDWARDS, A.; THOMPSON, R. (Eds.). **Shared Decision Making in Health Care**. 3^a ed. Oxford: Oxford University Press, 2016. p. 51–56.

THOMSON, M. D.; SIMINOFF, L. A. **Perspectives on mammography after receipt of secondary screening owing to a false positive.** *Women's Health Issues*, v. 25, n. 2, p. 128–133, 1 mar. 2015.

TURATO, E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 507–514, 2005.

UMPIERRE, R.; ENGEL, L. Ferramentas da prática do médico de família e comunidade. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (Eds.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 143–145.

URBAN, L. A. B. D. *et al.* **Recomendações do colégio Brasileiro de radiologia e diagnóstico por imagem, da sociedade Brasileira de mastologia e da federação Brasileira das associações de ginecologia e obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama.** *Radiologia Brasileira*, v. 50, n. 4, p. 244–249, 2017.

WANG, C. *et al.* **Comparison of risk perceptions and beliefs across common chronic diseases.** *Preventive Medicine*, v. 48, n. 2, p. 197–202, 2009.

WARREN-FORWARD, H. M. *et al.* **Perceptions of Australian clients towards male radiographers working in breast imaging: Quantitative results from a pilot study.** *Radiography*, v. 23, n. 1, p. 3–8, 2017.

WHELEHAN, P. *et al.* **The effect of mammography pain on repeat participation in breast cancer screening: A systematic review.** *The Breast*, v. 22, n. 4, p. 389–394, 2013.

WHO. **International Agency for Research on Cancer. The Global Cancer Observatory - World Health Organization.** Disponível em: <<https://gco.iarc.fr/today>>. Acesso em: 26 maio de 2021.

ZIELONKE, N. *et al.* **Evidence for reducing cancer-specific mortality due to screening**

for breast cancer in Europe: A systematic review. European Journal of Cancer, v. 127, p. 191–206, 1 mar. 2020.

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIAS

Idade: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Utiliza serviços privados de saúde/plano

particular: Sim Não

A Sra. já realizou mamografia de

rastreamento/rotina: Sim Não

Se já realizou mamografia de rastreamento/rotina, quando foi a última?

Se a Sra. costuma realizar mamografia de rastreamento/rotina, de quanto em quanto tempo costuma realizar o exame?

Já teve alguma doença da mama? Se possível, conte um pouco sobre a doença.
