



## Rastreamento mamográfico como prevenção à neoplasia da mama segundo a Champion's Health Belief Model Scale

Mammographic screening as breast cancer prevention according to the Champion's Health Belief Model Scale

Cribado mamográfico como prevención de neoplasia mamaria según la Escala del Modelo de Creencias en Salud de Champion

Julieth Merelis Rodrigues da Silva<sup>1</sup>, Juliana Raquel Silva Souza<sup>2</sup>, Rosilene Santos Baptista<sup>3</sup>, Adriana Gomes Nogueira Ferreira<sup>4</sup>, Karine Santos de Almeida<sup>1</sup>, Francisco Stélio de Sousa<sup>3</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a adesão ao rastreamento mamográfico segundo a versão brasileira da Champion's Health Belief Model Scale. **Métodos:** Estudo transversal, realizado com 208 mulheres dos 40 a 69 anos, no município de Olinda, a partir de dois instrumentos: o primeiro contendo variáveis sociodemográficas, clínicas e individuais das mulheres e o segundo instrumento referente à Champion's Health Belief Model Scale. Os dados foram submetidos à análise estatística de medidas de tendência central e dispersão. **Resultados:** A suscetibilidade apresentou resultado preocupante com baixa pontuação (3/15), seguida pelos benefícios e barreiras (2/10), os quais, apontaram que as mulheres compreendem a importância da mamografia no processo de detecção precoce do câncer de mama, sem revelar medo, bem como, sabem como o mesmo é realizado, demonstrando situação de ambivalência na adesão. **Conclusão:** Compreende-se a importância de enfatizar o estabelecimento de intervenções mais humanizadas e equitativas na abordagem às mulheres, bem como um maior compromisso com as políticas de saúde pelos gestores, para que assim, os serviços de saúde e suas ações sejam abrangentes, e primem por protocolos de rastreamento com critérios de qualidade que favoreçam a efetividade da adesão mamográfica.

**Palavras-chave:** Neoplasias da mama, Mamografia, Programas de rastreamento, Saúde da mulher, Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate adherence to mammographic screening according to the Brazilian version of the Champion's Health Belief Model Scale (CHBMS). **Methods:** This cross-sectional study was conducted with 208 women aged 40 to 69 years, in the municipality of Olinda, using two instruments: the first contained sociodemographic, clinical, and individual variables of the women, and the second referred to the Champion's Health Belief Model Scale. The data were subjected to the statistical analysis of central tendency and dispersion measures. **Results:** Susceptibility presented a worrying result with a low score (3/15), followed by benefits and barriers (2/10), which showed that women understand the importance of mammography in the

<sup>1</sup> Universidade de Pernambuco (UPE), Recife – PE.

<sup>2</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa – PB.

<sup>3</sup> Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande – PB.

<sup>4</sup> Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís – MA.

Apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de financiamento 001.

SUBMETIDO EM: 7/2024

| ACEITO EM: 8/2024

| PUBLICADO EM: 10/2024

process of early detection of breast cancer, without revealing fear, as well as, they know how it is carried out, demonstrating a situation of ambivalence in adherence. **Conclusions:** It is important to emphasize the establishment of more humane and equitable interventions in approaching women. Additionally, managers need to have a greater commitment to health policies so that health services and their actions are comprehensive and adhere to screening protocols with quality criteria that favor the effectiveness of mammography adherence.

**Keywords:** Breast neoplasms, Mammography, Mass screening, Women's health, Nursing.

---

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la adherencia al tamizaje mamográfico según la versión brasileña del Champion's Health Belief Model Scale. **Métodos:** Estudio transversal, realizado con 208 mujeres de 40 a 69 años, de la ciudad de Olinda, utilizando dos instrumentos: el primero que contiene variables sociodemográficas, clínicas e individuales de las mujeres y el segundo instrumento referente a la Creencia de Salud del Campeón. Escala modelo. Los datos fueron sometidos a análisis estadístico de medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** La susceptibilidad presentó un resultado preocupante con un puntaje bajo (3/15), seguido de beneficios y barreras (2/10), lo que demostró que las mujeres comprenden la importancia de la mamografía en el proceso de detección temprana del cáncer de mama, sin revelar miedo. así como, saben cómo se lleva a cabo, demostrando una situación de ambivalência em la adherencia. **Conclusión:** Se comprende la importancia de enfatizar el establecimiento de intervenciones más humanizadas y equitativas en el abordaje de las mujeres, así como un mayor compromiso con las políticas de salud por parte de los gestores, para que los servicios de salud y sus acciones sean integrales y procuren protocolos de detección con criterios de calidad que favorecen la efectividad de la adherencia mamográfica.

**Palabras clave:** Neoplasias de la mama, Mamografía, Programas de seguimiento, Salud de la mujer, Enfermería.

---

### INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que representa um problema de saúde pública mundial em virtude das taxas elevadas de morbidade e mortalidade, que independem do poder aquisitivo ou social. Dentre os diversos tipos de cânceres, o câncer de mama destaca-se como um agravo de impacto multifatorial, relacionado com: idade avançada, menarca precoce, sobrepeso e/ou obesidade, uso de contraceptivos hormonais, menopausa tardia, terapia hormonal, consumo de álcool, inatividade física, nunca ter amamentado, história familiar de câncer de mama ou ovário, entre outros (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2023). A mortalidade por câncer está entre as quatro principais causas de morte em pessoas com menos de 70 anos em diversos países. No Brasil, a estimativa para novos casos de neoplasia mamária é de 73.610 casos em 2023, o que representa o risco estimado de 66,54 casos a cada 100 mil mulheres.

A doença ocupa a primeira posição em relação à mortalidade, a qual, representou em 2021, 11,71/100.000, ou seja, 18.139 óbitos com maiores taxas de incidência e de mortalidade nas regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2020; BRASIL, 2023). Nesse contexto de grave problema de saúde pública, cabe ao enfermeiro desempenhar ações conjuntas com os demais profissionais de saúde para intervenções que contemplem desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos, assumindo, portanto, um papel primordial na identificação de situações de vulnerabilidade, fornecimento de informação e educação em saúde e eficiência no rastreamento (SOBRAL R, et al., 2021; LI C, et al., 2020). No tocante aos procedimentos de rastreamento, o exame clínico das mamas (ECM), compreende as etapas de inspeção e palpação das mamas e linfonodos, e deve ser realizado anualmente durante as consultas ou exames por um profissional médico ou enfermeiro.

A Sociedade Americana de Câncer recomenda que a partir dos 40 anos de idade a mulher tenha a opção de iniciar a mamografia anual e aquelas que possuem alto risco de desenvolverem câncer de mama, seja realizado também a ressonância magnética anual para acompanhar a mamografia, a partir dos 30 anos (BRASIL, 2022; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2023). No que diz respeito ao Brasil, a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), recomenda a mamografia anual para as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com risco habitual, e a partir dos 30 anos para mulheres de alto risco. Porém não existe um consenso de recomendações, uma vez que o Ministério da Saúde preconiza o rastreamento bianual, a partir dos 50 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2019; BRASIL, 2022).

A adesão é um aspecto relevante para análises em saúde, pois as pessoas possuem a liberdade para aceitar ou não alguma recomendação proposta e quando o indivíduo opta por não aderir às recomendações de saúde, sua decisão pode desencadear consequências negativas em vários aspectos como: pessoais, econômicos, sociais, assim como, na qualidade de vida. Quando se trata do câncer a não adesão às recomendações de saúde pode ocasionar em resposta terapêutica inadequada, possível piora do prognóstico e desenvolvimento progressivo de metástases, por isso, identificar os fatores que influenciam a adesão representa importante ferramenta para o desenvolvimento de intervenções mais efetivas em saúde (VIEIRA A, et al., 2020).

Desta forma, torna-se necessário o investimento em pesquisas que abordem a adesão à mamografia na população brasileira, contribuindo para a ampliação do conhecimento sobre os fatores que influenciam ou determinam a realização regular deste procedimento. A Champion's Health Belief Model Scale (CHBMS) apresenta-se como o instrumento mais utilizado mundialmente para se testar a adesão ao exame mamográfico. Durante o período de 2016 a 2020, pesquisadores traduziram, adaptaram e validaram a CHBMS para o uso no Brasil (CHAMPION V, 1984; CHAMPION V, 1999; MOREIRA C, 2016; MOREIRA C, 2018, MOREIRA C, 2020).

Para a elaboração da CHBMS foi utilizado o Modelo de Crenças em Saúde (MCS), originalmente conhecido como Health Belief Model, que surgiu na década de 1950. O MCS possui quatro dimensões: a suscetibilidade percebida, determinada como a identificação de riscos existentes em apresentar uma doença pelo indivíduo; a seriedade percebida, em que a pessoa pode ou não pensar que o problema de saúde está vinculado à consequências possivelmente graves; os benefícios percebidos pelo ser humano ao acreditar que a prevenção resultará em vantagens; e as barreiras percebidas, em que o indivíduo considera que existem dificuldades para adotar as medidas preventivas (LOYOLA E, et al., 2017). Desse modo, o objetivo deste estudo foi avaliar a adesão ao rastreamento mamográfico segundo a CHBMS em sua versão brasileira. Tem-se como hipótese que os aspectos sociodemográficos, clínicos e individuais interferem na adesão ao rastreamento mamográfico, assim como, as crenças do indivíduo quanto a susceptibilidade, benefícios e barreiras podem influenciar a adesão ao rastreamento mamográfico.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e quantitativo, elaborado conforme as recomendações do Strengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology (STROBE), ferramenta que sugere padronizações para realização de estudos epidemiológicos seccionais (VON ELM E, et al., 2007) A pesquisa foi desenvolvida no município de Olinda, Pernambuco, Brasil, no período de maio a julho de 2021. A população do estudo foi constituída por 450 mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência no município. Considerou-se o intervalo de idade preconizado pela Sociedade Brasileira de Mastologia (2019), que equivale ao risco habitual para o câncer de mama, na faixa etária entre 40 e 69 anos que compareceram para realizar atendimento eletivo ou por demanda espontânea durante o período de realização do estudo, de segunda à quinta-feira, nos períodos manhã e tarde.

A escolha desta UBS deu-se mediante orientação e articulação prévias com os responsáveis pelos setores de planejamento e educação permanente do município. Essa unidade faz parte de uma localidade em que as neoplasias representam a segunda causa de óbitos, com tendência de crescimento nos próximos anos. Além disso, no período entre 2013 a 2017, verificou-se o aumento nas internações hospitalares por câncer no município, em especial por câncer de mama (OLINDA, 2017). Os critérios de inclusão estabelecidos foram: mulheres com idade entre 40 e 69 anos, residentes em área adscrita à UBS de escolha, com disponibilidade para participar da pesquisa durante a permanência na unidade. Os critérios de exclusão foram aplicados para aquelas com diagnóstico de câncer de mama. Desse modo, a amostra foi composta por 208 mulheres.

Para a coleta de dados foram aplicados dois instrumentos. O primeiro, contendo variáveis sociodemográficas, clínicas e individuais (BRASIL, 2023) e com a classificação utilizada pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. A renda está de acordo com o salário-mínimo (SM) vigente,

em 2020, de R \$1.045,00 (mil e quarenta e cinco reais), segundo a Medida Provisória N° 919 de 30 de janeiro de 2020 (BRASIL, 2020). O segundo instrumento aplicado corresponde à CHBMS (MOREIRA CB, 2020) com o objetivo de auxiliar a análise da adesão ao rastreamento mamográfico, e é constituída por sete itens, divididos em três domínios (susceptibilidade, benefícios e barreiras). De acordo com a escala, a mulher deve escolher entre cinco alternativas: discordo completamente, discordo em parte, não concordo e nem discordo, concordo em parte e concordo completamente.

A cada uma das alternativas é atribuído um valor que varia de um a cinco. Os itens são então somados e é obtido um valor final, de forma que, quanto maior o escore, maior o grau de adesão ao exame mamográfico. Porém a escala não possui uma classificação para identificar a adesão final como baixa, média ou alta. Dessa forma, a análise no presente estudo considerou a avaliação estatística das medianas de cada variável, bem como, a associação entre elas. Foram utilizados os Softwares Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 13.0, para Windows e o Excel 2010.

As variáveis numéricas foram representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão. Foram realizadas comparações e análises de influência entre as variáveis independentes e dependentes utilizando-se dos respectivos testes: para comparação com mais de dois grupos, Kruskal-Wallis (Não Normal), Mann-Whitney (Não Normal), Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov para variáveis quantitativas, Coeficiente de Correlação de Spearman's (Não Normal).

A comparação das pontuações da CHBMS considerou os valores finais dos escores dos três domínios (MOREIRA CB, 2020). Essas associações foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de  $p$  foi  $\leq 0,05$ . Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança. Esse estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes de ética nacionais e internacionais e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, sob parecer n° 4.734.403 e CAAE: 45539221.6.0000.5192, e recebeu o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES). Após o aceite, todos os participantes assinaram por escrito o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias.

## RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em cinco etapas: caracterização do perfil sociodemográfico das participantes do estudo e análise estatística bivariada entre estes dados e os níveis de adesão à mamografia; caracterização dos dados clínicos, individuais, apresentação da escala por pontuação dos escores, descrição da CHBMS por variável, análise estatística bivariada entre os dados sociodemográficos, clínicos e individuais e os níveis de adesão das mulheres.

### Caracterização do perfil sociodemográfico

De acordo com a **Tabela 1**, a faixa etária variou de 40 (mínima) a 69 (máxima) anos (Mediana=51,5), com predominância de mulheres com idade entre 40 e 49 anos (41,3%), autodeclaradas brancas 72 (34,6%). Na avaliação geral da adesão da amostra estudada, “Susceptibilidade” foi o domínio que mais influenciou no resultado da escala, seguido de “Benefícios”, e por fim, “Barreiras”. No que diz respeito aos níveis de adesão e as características das mulheres, pode-se verificar que as medianas que indicaram uma maior adesão foram proporcionalmente maiores com o aumento da idade, sendo superiores na faixa etária de 60 a 69 anos com associação significativa ( $p \leq 0,05$ ) com o domínio susceptibilidade, conforme destacado abaixo:

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico e análise estatística bivariada entre os dados sociodemográficos e os níveis de adesão à mamografia. Olinda, 2021.

Variáveis	N (%)	CHBMS*		
		Susceptibilidade Mediana (Q1‡; Q3§)	Benefícios Mediana (Q1‡; Q3§)	Barreiras Mediana (Q1‡; Q3§)
<b>Faixa etária (anos)</b>				
40-49	86 (41,3)	6,0 (5,0; 9,0)	8,0 (6,0; 9,0)	4,0 (3,0; 4,0)
50-59	71 (34,1)	9,0 (5,0; 10,0)	8,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 5,0)

60-69	51 (24,5)	10,0 (7,0; 12,0)	9,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
p-valor **		<0,001	0,074	0,174
<b>Raça/cor</b>				
Branca	72 (34,6)	9,0 (8,3; 12,0)	9,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
Preta	42 (20,2)	6,0 (4,8; 9,0)	8,0 (6,8; 8,3)	4,0 (3,0; 5,0)
Parda	55 (26,4)	5,0 (4,0; 6,0)	7,0 (6,0; 8,0)	4,0 (3,0; 5,0)
Outras	39 (18,8)	9,0 (8,0; 12,0)	9,0 (8,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
p-valor **		<0,001	<0,001	0,724
<b>Grau de instrução</b>				
Até o fundamental incompleto	54 (26)	5,0 (4,0; 6,0)	8,0 (5,8; 9,0)	4,0 (3,0; 5,0)
Fundamental completo até superior incompleto	143 (68,8)	9,0 (6,0; 11,0)	8,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
Superior complete	11 (5,3)	9,0 (6,0; 12,0)	8,0 (6,0; 10,0)	4,0 (2,0; 5,0)
p-valor **		<0,001	0,116	0,462
<b>Situação Conjugal</b>				
Vive em união	122 (58,7)	9,0 (6,8; 11,0)	8,5 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
Não vive em união	86 (41,3)	6,0 (5,0; 8,0)	8,0 (6,0; 9,0)	4,0 (3,0; 5,0)
p-valor †		<0,001	0,004	0,501
<b>Renda</b>				
Sem renda	75 (36,1)	6,0 (4,0; 9,0)	8,0 (6,0; 9,0)	4,0 (3,0; 4,0)
1  - 2 SM	65 (31,3)	6,0 (5,0; 9,0)	8,0 (7,0; 9,5)	4,0 (3,0; 5,0)
2  - 3 SM	39 (18,8)	10,0 (9,0; 12,0)	8,0 (7,0; 9,0)	4,0 (3,0; 4,0)
>= 3 SM	29 (13,9)	10,0 (9,0; 12,0)	9,0 (8,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
p-valor **		<0,001	0,003	0,491
<b>Religião</b>				
Católica	56 (26,9)	8,0 (5,3; 10,0)	8,5 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 5,0)
Espírita	56 (26,9)	8,0 (5,0; 10,0)	8,0 (6,3; 9,0)	4,0 (3,0; 4,0)
Evangélica	33 (15,9)	9,0 (6,0; 11,5)	9,0 (7,0; 10,0)	4,0 (2,0; 4,0)
Umbanda	30 (14,4)	7,5 (5,0; 12,3)	8,0 (6,8; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
Candomblé	22 (10,6)	6,5 (4,0; 9,0)	7,5 (6,0; 9,0)	4,0 (3,0; 5,0)
Outras	11 (5,3)	7,0 (5,0; 9,0)	6,0 (5,0; 9,0)	4,0 (3,0; 5,0)
p-valor **		0,354	0,081	0,287

**Nota:** (\*) Champion's Health Belief Model Scale. (\*\*) Kruskal-Wallis (†) Mann-Whitney (‡) Primeiro Quartil (§) Terceiro Quartil.

**Fonte:** Silva JMR, et al., 2024.

### Caracterização dos dados clínicos e individuais das mulheres

A **Tabela 2** apresenta os dados clínicos e individuais das participantes. Referente à história de câncer na família, destaca-se que 50 (24%) mulheres referiram possuir histórico familiar, além de 31 (14,9%) participantes relatarem história pessoal da doença.

**Tabela 2** – Caracterização dos dados clínicos e individuais das mulheres. Olinda, 2021.

Características clínicas e individuais (n=208)	N	%
<b>Histórico familiar de câncer</b>		
Sim	50	24
Não	158	76
<b>Histórico pessoal de câncer</b>		
Sim	43	20,7
Não	165	79,3
<b>Idade da primeira menstruação menor que 12 anos</b>		
Sim	76	36,5
Não	132	63,5
<b>Terapia de Reposição Hormonal (TRH)</b>		
Sim	46	22,1
Não	162	77,9
<b>Nuliparidade</b>		
Sim	37	17,8

	Não	171	82,2
<b>1ª Gestação após os 30 anos</b>			
	Sim	129	62
	Não	79	38
<b>Uso de contraceptivos orais</b>			
	Sim	12	5,8
	Não	196	94,2
<b>Ingestão de bebidas alcoólicas</b>			
	Sim	68	32,7
	Não	140	67,3
<b>Tabagismo</b>			
	Sim	69	33,2
	Não	139	66,8
<b>Realiza exercícios físicos</b>			
	Sim	69	33,2
	Não	139	66,8
<b>Menopausa</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo-Máximo</b>	
	Sim – 50	– 44/59	160
	Não		48
<b>IMC</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo-Máximo</b>	
Abaixo do Peso – 24,5	23- 16,96	39,51	3
Peso Normal			108
Sobrepeso			55
Obesidade			42
			1,4
			51,9
			26,4
			20,2
<b>Exame clínico mamas</b>			
	Menos de um ano	65	31,3
	Um ano	81	38,9
	Mais de um ano	60	28,8
	Nunca fez	2	1
<b>Papanicolau</b>			
	Menos de um ano	52	25
	Um ano	139	66,8
	Mais de um ano	17	8,2
<b>Última vez que realizou a mamografia</b>			
	Menos de um ano	51	24,5
	Um ano	136	65,4
	Mais de um ano	13	6,3
	Nunca fez	8	3,8
<b>Vergonha de realizar a mamografia</b>			
	Sim	84	40,4
	Não	124	59,6
<b>Transporte próprio</b>			
	Sim	51	24,5
	Não	157	75,5
<b>Dificuldade para chegar ao local do exame</b>			
	Sim	61	29,3
	Não	147	70,7
<b>Plano de saúde</b>			
	Sim	38	18,3
	Não	170	81,7
<b>Motivo para a não realização da mamografia</b>			
	Dor	99	47,6
	Exposição à radiação	9	4,3
	Custo Elevado	11	5,3
	Falta de tempo	43	20,7
	Não possui motive	46	22,1

Fonte: Silva JMR, et al., 2024.

Quanto à caracterização da CHBMS por domínio, destaca-se que, no tocante ao domínio “Benefícios”, a maioria “Concorda em parte” com a afirmativa “Realizar a mamografia me ajudará a encontrar mais cedo os tumores na mama”, com 62 (29,8%) mulheres. Em relação à segunda variável, “Para mim, a realização de uma mamografia é a melhor forma de encontrar um tumor muito pequeno”, 89 (42,8%) mulheres escolheram a opção 5, “Concordo completamente”, conforme mostra a (**Quadro 1**).

**Quadro 1-** Caracterização da Champion's Health Belief Model Scale por domínio. Olinda, 2021.

Caracterização dos escores da CHBMS*	N	Mediana	Mínimo / Máximo
<b>Suscetibilidade</b>			
É provável que terei câncer de mama	208	3	3/15
Minhas chances de ter câncer de mama nos próximos anos são grandes		3	1/5
Sinto que terei câncer de mama em algum momento da minha vida		2,63	1/5
<b>Benefícios</b>			
Realizar a mamografia me ajudará a encontrar mais cedo os tumores na mama	208	4	2/10
Para mim, a realização de uma mamografia é a melhor forma de encontrar um tumor muito pequeno		4	1/5
<b>Barreiras</b>			
Eu tenho medo de fazer uma mamografia porque pode ser que eu descubra que há algo de errado	208	2	2/10
Eu tenho medo de fazer uma mamografia porque não entendo o que vai ser feito		1,5	1/4

**Nota:** (\*) Champion's Health Belief Model Scale.

**Fonte:** Silva JMR, et al., 2024.

No que concerne às características clínicas, observou-se que as mais adeptas são as com história pessoal de câncer, que não tiveram menarca precoce, tiveram a primeira gestação após os 30 anos, dentre outros fatores que estão destacados na (**Tabela 3**).

**Tabela 3 –** Análise estatística bivariada entre os dados clínicos e os níveis de adesão à mamografia. Olinda, 2021.

Variáveis	CHBMS*		
	Suscetibilidade	Benefícios	Barreiras
	Mediana (Q1‡; Q3§)	Mediana (Q1‡; Q3§)	Mediana (Q1‡; Q3§)
<b>Possui história de câncer na família</b>			
Sim	6,0 (5,0; 10,0)	8,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
Não	8,5 (5,0; 10,0)	8,0 (6,8; 9,3)	4,0 (3,0; 5,0)
p-valor †	0,360	0,668	0,373
<b>Possui história pessoal de câncer</b>			
Sim	8,0 (6,0; 10,0)	8,0 (7,0; 9,0)	4,0 (3,0; 5,0)
Não	8,0 (5,0; 10,0)	8,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
p-valor †	0,932	0,979	0,335
<b>Idade da primeira menstruação menor que 12 anos</b>			
Sim	7,5 (6,0; 9,0)	8,0 (6,3; 10,0)	4,0 (3,0; 4,8)
Não	8,5 (5,0; 11,0)	8,0 (7,0; 9,0)	4,0 (3,0; 4,0)
p-valor †	0,236	0,616	0,578
<b>Terapia de reposição hormonal</b>			
Sim	9,0 (5,0; 11,0)	8,0 (6,8; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
Não	8,0 (5,0; 10,0)	8,0 (7,0; 9,0)	4,0 (3,0; 5,0)
p-valor **	0,288	0,586	0,230
<b>Nuliparidade</b>			
Sim	7,0 (5,0; 10,0)	8,0 (6,0; 9,0)	4,0 (3,0; 5,0)
Não	8,0 (5,0; 10,0)	8,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
p-valor †	0,920	0,157	0,503
<b>1ª Gestação após os 30 anos</b>			
Sim	8,0 (5,0; 11,0)	8,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
Não	7,0 (5,0; 10,0)	8,0 (6,0; 9,0)	4,0 (3,0; 5,0)

p-valor †	0,496	0,502	0,035
<b>Uso de contraceptivos orais</b>			
Sim	5,5 (5,0; 6,0)	7,5 (6,0; 8,0)	3,0 (2,3; 4,0)
Não	8,5 (5,0; 10,0)	8,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,8)
p-valor †	0,009	0,064	0,217
<b>Ingesta de bebidas alcoólicas</b>			
Sim	8,0 (5,0; 10,0)	8,0 (6,0; 9,0)	4,0 (3,0; 5,0)
Não	7,5 (6,0; 10,0)	8,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
p-valor †	0,868	0,370	0,202
<b>Tabagista</b>			
Sim	8,0 (6,0; 10,0)	8,0 (7,0; 9,5)	4,0 (3,0; 4,5)
Não	8,0 (5,0; 10,0)	8,0 (6,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
p-valor †	0,286	0,350	0,924
<b>Realiza exercícios físicos</b>			
Sim	7,0 (5,0; 9,5)	8,0 (6,5; 9,0)	4,0 (3,0; 4,5)
Não	9,0 (5,0; 10,0)	8,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
p-valor †	0,511	0,728	0,715
<b>IMC</b>			
Abaixo do Peso	12,0 (3,0; 12,0)	8,0 (4,0; 10,0)	4,0 (4,0; 4,0)
Peso Normal	7,0 (5,0; 10,0)	8,0 (6,0; 9,0)	4,0 (3,0; 4,0)
Sobrepeso	9,0 (6,0; 11,0)	8,0 (6,0; 10,0)	4,0 (3,0; 5,0)
Obesidade	8,0 (5,0; 10,0)	8,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 5,0)
p-valor **	0,573	0,867	0,227
<b>Exame clínico das mamas</b>			
Menos de um ano	9,0 (7,0; 10,0)	9,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
Um ano	9,0 (6,0; 12,0)	8,0 (7,0; 9,5)	4,0 (3,0; 5,0)
Mais de um ano	5,0 (4,0; 6,0)	7,0 (6,0; 8,8)	4,0 (3,0; 5,0)
Nunca fez	5,0 (4,0; 6,0)	5,5 (5,0; 6,0)	3,5 (3,0; 4,0)
p-valor **	<0,001	0,001	0,083
<b>Papanicolau</b>			
Menos de um ano	9,0 (5,0; 10,0)	8,0 (7,0; 9,8)	4,0 (3,0; 5,0)
Um ano	8,0 (5,0; 10,0)	8,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
Mais de um ano	8,0 (5,0; 10,5)	8,0 (6,0; 9,0)	3,0 (3,0; 4,0)
p-valor **	0,853	0,905	0,492
<b>Última vez que fez mamografia</b>			
Menos de um ano	9,0 (6,0; 11,0)	8,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
Um ano	7,0 (5,0; 10,0)	8,0 (6,3; 9,8)	4,0 (3,0; 5,0)
Mais de um ano	8,0 (5,0; 11,5)	8,0 (7,0; 9,0)	3,0 (2,5; 4,0)
Nunca fez	7,0 (4,5; 9,0)	7,0 (5,3; 8,8)	3,5 (3,0; 5,0)
p-valor **	0,389	0,299	0,253

**Nota:** (\*) Champion's Health Belief Model Scale. (\*\*) Kruskal-Wallis (†) Mann-Whitney (‡) Primeiro Quartil (§) Terceiro Quartil.

**Fonte:** Silva JMR, et al., 2024

No que concerne às características que influenciaram uma maior adesão, é possível destacar: não possuir transporte próprio, não ter dificuldade para chegar ao local do exame e ter plano de saúde, como mostra a (Tabela 4).

**Tabela 4** – Análise estatística bivariada entre os dados individuais e os níveis de adesão à mamografia. Olinda, 2021.

Variáveis	CHBMS*		
	Suscetibilidade	Benefícios	Barreiras
	Mediana (Q1‡; Q3§)	Mediana (Q1‡; Q3§)	Mediana (Q1‡; Q3§)
<b>Vergonha</b>			
Sim	5,0 (4,0; 6,0)	7,0 (6,0; 9,0)	4,0 (3,0; 5,0)
Não	9,0 (8,0; 12,0)	9,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
p-valor †	<0,001	<0,001	0,788

Transporte próprio			
Sim	6,0 (5,0; 9,0)	8,0 (6,0; 9,0)	4,0 (3,0; 5,0)
Não	9,0 (5,5; 10,0)	8,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
p-valor †	0,216	0,584	0,023
Dificuldade para chegar ao local			
Sim	8,0 (5,0; 9,5)	8,0 (6,0; 9,0)	4,0 (3,0; 4,0)
Não	8,0 (5,0; 10,0)	8,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 5,0)
p-valor †	0,893	0,457	0,817
Plano de saúde			
Sim	9,0 (5,8; 12,0)	8,5 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
Não	7,0 (5,0; 10,0)	8,0 (6,8; 9,3)	4,0 (3,0; 5,0)
p-valor †	0,152	0,359	0,481
Motivo para a não realização da mamografia			
Dor	8,0 (5,0; 10,0)	9,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 4,0)
Exposição à radiação	6,0 (3,0; 7,5)	7,0 (5,5; 9,5)	4,0 (3,5; 5,5)
Exame caro	6,0 (4,0; 9,0)	8,0 (6,0; 9,0)	4,0 (3,0; 4,0)
Falta de tempo	9,0 (6,0; 11,0)	8,0 (7,0; 10,0)	4,0 (3,0; 5,0)
Não possui	8,0 (5,8; 9,5)	8,0 (6,0; 9,0)	4,0 (3,0; 5,0)
p-valor **	0,194	0,181	0,484

**Nota:** (\*) Champion's Health Belief Model Scale. (\*\*) Kruskal-Wallis (†) Mann-Whitney (‡) Primeiro Quartil (§) Terceiro Quartil.

**Fonte:** Silva JMR, et al., 2024.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo reforçam achados na literatura que apontam as desigualdades socioeconômicas como determinantes nas condições de vida e trabalho das mulheres, o que também repercute nos comportamentos, estilos de vida e condições de saúde. Nas populações expostas às desigualdades sociais, essa conjuntura implica em uma maior exposição a fatores de risco e vulnerabilidade para o câncer, além de terem uma menor adesão a exames diagnósticos, como a mamografia (DUARTE D, et al; 2020). Na análise bivariada relacionada à idade, percebeu-se que as mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos apresentaram maior adesão ao exame, sendo o domínio "Suscetibilidade" o que apresentou maior escore e associação com a variável ( $p=0,000$ ). O fator idade tem sido apontado como determinante na adesão aos métodos de detecção precoce do câncer de mama em estudo realizado na cidade de Vitória, Espírito Santo, Brasil, que identificou a maior prevalência de realização de mamografia em mulheres com maior idade (SILVA R, et al., 2019).

Quanto à raça/cor da pele, foram observados valores significativos nos domínios "Suscetibilidade" ( $p=0,000$ ) e "Benefícios" ( $p=0,000$ ), com o predomínio da raça/cor branca. Estudo que investigou a prevalência e os fatores associados ao diagnóstico de câncer de mama em estágio avançado, de 1999 a 2016, identificou maior vulnerabilidade da raça/cor preta e parda, o que revela experiências de cuidado em saúde desiguais em sua qualidade e oferta (SANTOS T, et al., 2022). Em relação à situação conjugal, a maior adesão foi evidenciada nos domínios "Suscetibilidade" ( $p=0,000$ ) e "Benefícios" ( $p=0,004$ ) entre as mulheres com relação estável, e está em acordo com estudos semelhantes, em que a adesão foi maior em diversas amostras de mulheres que possuíam companheiro (BARBOSA Y, et al., 2019, CHAMPION V, 1984). A presença de um companheiro ou de rede de apoio proporciona maior suporte emocional, estimula a mulher a comparecer às consultas, incentiva o autocuidado diário e reduz a ansiedade (RAMOS D, et al., 2021).

Verificou-se, que quanto maior a renda, maior a adesão ao exame mamográfico, com destaque para as mulheres com renda igual ou superior a 3 salários-mínimos. Os domínios que apresentaram valores significativos foram "Suscetibilidade" ( $p=0,000$ ) e "Benefícios" ( $p=0,003$ ). A literatura científica também reitera essa relação, em que, as mulheres com a maior renda realizam a primeira mamografia com idade inferior àquelas com menor renda (SEDIYAMA C, et al., 2021). No que diz respeito à religião, não foram observadas diferenças significativas entre os domínios da escala e a variável, porém, de forma discreta, a religião evangélica apresentou maior adesão. É importante destacar a importância da influência da espiritualidade na saúde, inclusive, como suporte essencial no enfrentamento às questões psicológicas do câncer de mama

(RAMOS D, et al., 2021). O enfermeiro precisa estar atento durante o atendimento à mulher, pois algumas práticas religiosas podem influenciar no pensar e agir das pacientes (BRANDÃO M, et al., 2024).

Em relação ao histórico pessoal de câncer, os domínios “susceptibilidade” e “benefícios” apresentaram maiores pontuações nas mulheres com esse histórico. Não foi constatada diferença significativa entre a variável e os domínios, porém possuir histórico pessoal de câncer apresentou um discreto aumento na adesão. A menarca precoce ou a menopausa tardia não apresentaram associação estatisticamente significativa com nenhum domínio, apesar de apresentarem mais barreiras percebidas para realização da mamografia. Entretanto, outra investigação identificou que fatores relacionados ao ciclo menstrual desencadearam a consciência de maior risco para o câncer de mama e, conseqüentemente maior adesão ao exame (SEDIYAMA C, et al., 2021, WANG H, MACINNIS R; LI S, 2023). Em relação ao fator reprodutivo, entre as mulheres que não possuíam filhos, o menor escore se manteve no domínio “barreiras”. Acredita-se que a nuliparidade e a gestação tardia estão associadas a maior risco de desenvolver o câncer de mama, por isso o enfermeiro precisa estar vigilante para identificar esses fatores nas consultas (MADRAZO M, et al., 2020).

Quanto ao uso de contraceptivos orais, foi observada uma maior adesão entre participantes que não utilizavam esses medicamentos, de forma que o domínio “benefícios” se sobrepôs aos demais. Esse resultado é um alerta para o serviço de saúde, pois, as mulheres com maiores chances de desenvolverem câncer de mama estão realizando menos a mamografia, ou seja, o resultado deveria ser o inverso, em razão do maior risco (BRABAHARAN S, et al., 2022). Com relação às variáveis relacionadas aos hábitos de vida, identificou-se que o uso de bebidas alcoólicas e tabagismo foram determinantes para a adesão ao exame. Esse é um resultado positivo, pois a literatura aponta que ambos influenciam o risco de câncer de mama, o que o torna um fator importante para a adesão ao rastreamento (RAMOS D, et al., 2021, BUJA A, et al., 2020).

Quanto à variável exercícios físicos, as que não realizavam exercícios apresentaram maior adesão. Destaque-se que a atividade física, em conjunto com hábitos alimentares saudáveis, contribui para diminuição do processo de carcinogênese. Assim, o sedentarismo se constitui em um fator de risco que precisa ser considerado no estudo da adesão ao exame mamográfico (DI BLASIO A, et al., 2022, JAESUNG C, et al., 2023). Porém, em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), as pontuações dos escores dos domínios “susceptibilidade” e “benefícios” foram maiores para as mulheres abaixo do peso, o que traduz que nessa amostra as mulheres com maior exposição ao fator de risco “sobrepeso/obesidade” são menos adeptas ao exame mamográfico, o que se torna um fator preocupante, e direciona o olhar para a necessidade de estratégias de educação em saúde na atenção primária que deem conta de sensibilizar esta população para hábitos saudáveis, autocuidado e maior adesão ao rastreamento (RAMOS D, et al., 2021).

No que se refere ao exame clínico das mamas, foi observado que as mulheres que realizaram o exame há aproximadamente um ano, apresentaram uma maior adesão e que os domínios “susceptibilidade” e “benefícios” apresentaram associação com a variável em questão ( $p=0,000$ ) e ( $p=0,001$ ), respectivamente. De acordo com outros autores, a realização de mamografia tem forte associação com a realização do exame clínico das mamas. É importante lembrar que a correlação entre os dois exames eleva a acuidade diagnóstica. Ressalte-se, ainda, que, o exame de Papanicolau também foi citado na literatura com associação à adesão, tendo em vista se tratar de indicador preventivo de saúde da mulher (SANTOS T, et al., 2022, DI BLASIO A, et al., 2022).

No presente estudo, a maioria das mulheres também referiu ter realizado a mamografia há aproximadamente um ano. De acordo com o estudo que analisou os fatores associados à não realização da mamografia num período inferior a dois anos, detectou-se que a característica decisiva para a não realização de mamografia foi a não realização do ECM em menos de um ano, seguida da não realização do Papanicolau em menos de três anos (SANTOS T, et al., 2022). Quanto à última vez que realizou a mamografia, não foram observadas diferenças significativas entre esta variável e os domínios, porém as mulheres que realizaram o exame há menos de um ano obtiveram os maiores escores. Em se tratando da periodicidade correta para a realização da mamografia, foi identificado que 58% de mulheres realizaram o exame no período correto (SANTOS T, et al., 2022). Contudo, embora as mulheres estejam realizando as mamografias, existe uma

parcela da população feminina que não realiza o exame na periodicidade recomendada (FARIA L, 2020). Uma possível estratégia para minimizar esse problema seria cadastrar as mulheres e convidá-las para realizarem a mamografia, com monitoramento efetivo, o que pode facilitar o rastreamento organizado (FAYER V, 2020). Em relação à vergonha na realização do exame foi significativo nos domínios “susceptibilidade” e “benefícios” ( $p=0,000$ ).

Vale ressaltar que as mulheres que afirmaram terem vergonha de realizar o exame, tiveram menor adesão ao rastreamento mamográfico, ou seja, a vergonha de expor as mamas durante o procedimento é um fator limitante que deve ser considerado pelo enfermeiro, o qual pode incentivar maior sensibilização e aceitação ao exame (SOARES L, et al., 2020). A dor foi outro fator impeditivo para a não realização da mamografia, corroborando com a literatura que aponta o medo do desconforto durante a realização do exame como um dos fatores mais comuns (SANTOS K, et al., 2022). Dessa forma, em relação aos domínios da CHBMS, foi possível identificar a situação de ambivalência na adesão, visto que, a susceptibilidade, apresentou baixa pontuação em contraposição aos benefícios e barreiras, os quais, demonstraram que as mulheres compreendem a importância da realização precoce do rastreamento, sem demonstrar medo diante do exame, bem como, sabem como o mesmo é realizado, porém, por não acreditarem que poderão desenvolver o câncer, algumas deixam de realizar o exame bianualmente.

Este resultado é considerado alarmante e demonstra a necessidade do desenvolvimento de ações educativas para que haja o esclarecimento sobre o câncer de mama, e assim, as mulheres realizem a mamografia, pois o conhecimento é uma ferramenta esclarecedora e indispensável para o combate à doença (BRITO B, et al., 2024). É importante destacar que para uma maior efetividade e adesão ao programa de rastreamento do câncer de mama, no Brasil as UBS são as principais ordenadoras do cuidado na rede de atenção à saúde, funcionando como o primeiro contato da mulher com o sistema de saúde e atuando no sentido de agilizar o sistema de referência necessário para o seguimento do screening, além de contribuir com a instrumentalização do autoconhecimento, autocuidado e sensibilização para a importância da mamografia (SANTOS T, et al., 2022).

## CONCLUSÃO

A utilização da CHBMS permitiu identificar a situação de ambivalência na adesão ao rastreamento mamográfico, apontando para a necessidade de intervenções mais humanizadas e equitativas, bem como um maior compromisso com as políticas de saúde pelos gestores, para que assim as ações de saúde sejam abrangentes, e primem por protocolos com critérios de qualidade. Como limitações, é possível citar a abordagem transversal e o local de estudo, pois não permitem a possibilidade de generalização. Os achados desse estudo podem auxiliar na identificação de mulheres em situação de maior vulnerabilidade e subsidiar as práticas de saúde. Dessa forma, propõe-se o desenvolvimento de novas pesquisas que consigam abranger outros cenários.

## AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

A presente pesquisa recebeu o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

---

## REFERÊNCIAS

1. AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer Facts & Figures cited 2023 dec 5]. Disponível em: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/2023-cancer-facts-figures.html>. Acessado em: 20 de março de 2024.
2. BARBOSA Y, et al. Fatores associados à não realização de mamografia: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2019; 22.
3. BRABAHARAN S, et al. Association of hormonal contraceptive use with adverse health outcomes: an umbrella review of meta-analyses of randomized clinical trials and cohort studies. JAMA Netw Open. 2022; 45(1): 2143730.

4. BRANDÃO M, et al. Associação entre espiritualidade e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico. *Rev esc enferm USP*. 2021; 55: 20200476.
5. BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. 2023 Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>. Acessado em: janeiro de 2024.
6. BRASIL. Dados e números sobre Câncer de Mama: Relatório Anual. 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/dados-e-numeros-sobre-cancer-de-mama-relatorio-anual-2023>. Acessado em: 23 de dezembro de 2023.
7. BRASIL. Estimativa 2020: incidência de câncer no brasil. incidência de câncer no Brasil. 2020 Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acessado em: 6 de dezembro de 2023.
8. BRASIL. Exame clínico das mamas. Portal de Boas Práticas de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/exame-clinico-das-mamas/#:~:text=%C3%89%20o%20exame%20realizado%20por,palpa%C3%A7%C3%A3o%20das%20mamas%20e%20linfonodos>. Acessado em: 15 de dezembro de 2020.
9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Medida Provisória Nº 919/2020. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-919-de-30-de-janeiro-de-2020-240824899>. Acessado em: 23 de junho de 2023.
10. BRASIL. Rastreamento na população alvo. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-de-mama/dados-e-numeros/rastreamento-do-cancer-de-mama-na-populacao-alvo>. Acessado em: 15 de dezembro de 2023.
11. BRITO, B. General analysis of the diagnosis, treatment and prognosis of breast cancer in Brazil: A systematic review. *Research, Society and Development*, [S. l.], 2024; 13(5): 2913545748.
12. BUJA A, et al. Breast cancer primary prevention and diet: an umbrella review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;1; 17(13): 4731.
13. CHAMPION V. Instrument development for health belief model constructs. *ANS Adv Nurs Sci*, 1984; 6(3): 73-85.
14. CHAMPION V. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. *Res Nurs Health*, 1999; 22(4): 341-348.
15. DI BLASIO A, et al. Relationships between daily physical activity combinations and psychophysical health status of Italian breast cancer survivors. *Home Health Care Serv Q*. 2022; 41(3): 200-218.
16. DUARTE D. Iniquidade Social e Câncer de mama feminino: análise da mortalidade. *Cad saúde colet*. 2020; 28(4): 465–76.
17. FARIA L, et al. Conhecimentos e práticas de usuárias da atenção primária à saúde sobre o controle do câncer de mama. *HU Rev [Internet]*. 2022; 46: 1-8.
18. FAYER V, et al. Controle do câncer de mama no estado de São Paulo: uma avaliação do rastreamento mamográfico. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2020; 28(1): 140–52.
19. JAESUNG C, et al. Associations between Physical Activity and Incidence of Cancer among Overweight Adults in Korea: Results from the Health Examinees-G Study Health Examinees-G. *Cancer Prev Res (Phila)*, 2023; 16(7): 405–418.
20. LI C, et al. Effects of nurse-led interventions on early detection of cancer: a systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Nursing Studies*, [S.L.], 2020; 110: 103684.
21. LOYOLA E, et al. Grupo de reabilitação: Benefícios e barreiras sob a ótica de mulheres com câncer de mama. *Texto e contexto - enferm [Internet]*. 2017; 26(1): 3250015.
22. MADRAZO MM, et al. Factores de riesgo modificables del cáncer de mama: una comparación entre mujeres menores y mayores de 40 años. *Ginecol. obstet. Méx*. 2020; 88(3): 131-138.
23. MOREIRA C, et al. Evidências de Validade da Champion's Health Belief Model Scale para o Brasil. *Acta Paul Enferm*, 2020; 33: APE20180264.
24. OLINDA. Prefeitura Municipal de Olinda. Secretaria de Saúde. Plano municipal de Saúde de Olinda 2018 – 2021. Edição com base nas proposições da 13ª Conferência Municipal de Saúde de Olinda. Olinda, setembro de 2017.
25. SANTOS K, et al. Métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante mamografia: revisão integrativa, *Br JP*. 2022; 5(2): 143-6.
26. SANTOS T, et al. Prevalência e fatores associados ao diagnóstico de câncer de mama em estágio avançado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022; 27(2): 471-482.
27. SEDIYAMA C, et al. Fatores relacionados à idade de realização do primeiro exame de mamografia em mulheres atendidas em um serviço público de Belo Horizonte - MG. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021; 13(5): 7497.

28. SILVA R, et al. Fatores associados à realização de mamografia em usuárias da atenção primária à saúde em Vitória, Espírito Santo. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, 2019; 1(28): 1-11.
29. SOARES L, et al. Educação participativa com enfermeiros: potencialidades e vulnerabilidades no rastreamento do câncer de mama e colo. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73: 20190692.
30. SOBRAL R, et al. Capacitação dos profissionais de saúde e seu impacto na detecção precoce do câncer de mama. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021; 13(3): 6640.
31. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. Nota Oficial – Informações distorcidas da mamografia nas redes sociais. 2019. Disponível em: <https://www.sbmastologia.com.br/nota-oficial-informacoes-distorcidas-da-mamografia-nas-redes-sociais/> Acessado em: 12 de dezembro de 2023.
32. VIEIRA A, et al. Qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento: estudo transversal. *Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação*. [Internet], 2020; 1(1): 35-55.
33. VON ELM E, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ*. 2007; 335(7624): 806-8.
34. WANG H, et al. Family history and breast cancer risk for Asian women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*. 2023; 21(1).