



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Mona Macedo Lucena

Conhecimento, atitude e prática sobre prevenção do câncer de
mama por mulheres no Brasil: uma revisão de escopo

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane Murta Ramalho Nascimento

Botucatu

2023

Mona Macedo Lucena

Conhecimento, atitude e prática sobre prevenção
do câncer de mama por mulheres no Brasil:
uma revisão de escopo

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane Murta Ramalho Nascimento

Botucatu

2023

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: MARIA CAROLINA ANDRADE CRUZ E SANTOS-CRB 8/10188

Lucena, Mona Macedo.

Conhecimento, atitude e prática sobre prevenção do câncer de mama por mulheres no Brasil : uma revisão de escopo / Mona Macedo Lucena. - Botucatu, 2023

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Cristiane Murta Ramalho Nascimento
Capes: 40600009

1. Mamas - Câncer - Prevenção. 2. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. 3. Detecção precoce de câncer. 4. Neoplasias da mama.

Palavras-chave: Brasil; Conhecimentos, atitudes e prática em saúde; Detecção precoce de câncer; Neoplasias da mama.

Mona Macedo Lucena

Conhecimento, atitude e prática sobre prevenção do câncer de
mama por mulheres no Brasil: uma revisão de escopo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva.

Comissão examinadora:

Prof^a. Dra. Cristiane Murta Ramalho Nascimento - Orientadora
Departamento de Saúde Pública
Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp

Prof^a. Dra Ângela Ferreira Barros
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde

Dra. Luciana Cristina Parenti
Centro de Saúde Escola
Unidade Auxiliar da Faculdade de Medicina de Botucatu FAMESP

Botucatu, 24 de fevereiro de 2023

Dedico ao universo em agradecimento a toda sua grandeza em minha vida.
À Deus, por me permitir o dom da vida e preenchê-la de bênçãos.
À minha mãe, com todo meu amor e gratidão pelo exemplo de sabedoria e luta
serena diante das vicissitudes da vida.
Ao meu filho, pela presença amorosa nos caminhos da vida.
A todas as mulheres, pelo autocuidado e pela luta contra o câncer de mama.

AGRADECIMENTOS

Em especial a minha orientadora, querida Professora Cristiane, por todo conhecimento partilhado, pela dedicação, incentivo, paciência, prontidão e por tornar nossas reuniões em encontros leves e descontraídos, sempre dividindo suas experiências e compartilhando de sua sabedoria, pela presença humana e acolhedora nos momentos de sofrimento vividos durante todo o período do mestrado e pela densidade das descobertas.

Às professoras Ângela, Carol, Luciana e Suelen por terem aceito participar da comissão examinadora e pelas contribuições colocadas; bem como aos professores do programa de pós-graduação em saúde coletiva por todo conhecimento compartilhado.

A Marília e Juliana, pela colaboração e dedicação para que esta revisão ocorresse da maneira mais correta e fidedigna.

A minha mãe, Sandra, pela presença e amor nas diversas “passagens” da vida. Por você, integrei o real significado de ser Mestre.

Ao meu filho querido, Henri, pelo amor e compreensão transmitidos no respeito aos períodos de isolamento, deixando-me tão próxima mesmo distante, acalentando meu coração.

Ao meu namorado, Natan, pela presença amorosa e apoio nos momentos difíceis, que carinhosamente me deu a mão nos momentos em que mais precisei.

As minhas queridas amigas, pelos laços de amizade que ainda me sustentam em cada desafio e pelos momentos de comemorações da vida.

A minha amiga Carola, pela disponibilidade serena e segura na elaboração desta dissertação e pelo entusiasmo em guiar-me pelos caminhos da ciência.

À secretária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Luciene, pela simpatia e prontidão a qualquer momento.

Ao Professor Roberto Carlos Burini, pelo apoio e incentivo e principalmente por abrir novos caminhos do conhecimento.

Aos companheiros do mestrado ingressos em 2020, que me acompanharam neste percurso com risos, motivação e leveza.

À UNESP, pela oportunidade para a realização do curso de mestrado.

E finalmente, a todos que atravessaram o meu caminho e colaboraram para o meu processo de amadurecimento pessoal e profissional. Faz brotar sementes em nossos corações.

RESUMO

LUCENA, M.M. **Conhecimento, atitude e prática sobre prevenção do câncer de mama por mulheres no Brasil: uma revisão de escopo.** 2023. 75f. Mestrado (Dissertação) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2023.

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais frequente no sexo feminino na faixa etária entre 40 e 69 anos, sendo a principal causa de morte entre as mulheres no Brasil. Fatores como o conhecimento limitado sobre o câncer de mama podem estar associados ao atraso na detecção precoce e tratamento. O objetivo desta revisão de escopo é examinar e mapear os estudos que avaliaram os conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres no Brasil em relação a prevenção secundária do câncer de mama. A revisão incluiu estudos primários, realizados em território brasileiro, em diferentes contextos e que incluem mulheres com e/ou sem câncer de mama. Foi realizada uma extensa busca em múltiplas bases de dados para identificar pesquisas publicadas na língua espanhola, francesa, inglesa, italiana e portuguesa e não estabelecidos limites quanto à data das publicações. A extração dos dados foi realizada por dois revisores utilizando um instrumento padronizado para a coleta. Os resultados mostraram que a temática mapeada sobre prevenção secundária vem sendo melhor explorada nos últimos anos, ressaltando a escassez de pesquisas em estados do Norte e Centro-Oeste do Brasil. A presente revisão evidencia uma lacuna quanto avaliação da estratégia de *breast awareness*. Também observou-se que as mulheres muitas vezes não tinham conhecimento adequado sobre métodos de rastreamento. Esta revisão apontou evidências de alta prevalência da prática relacionada a prevenção secundária em todas as participantes incluídas nos estudos. Entretanto, ainda existe uma lacuna significativa na avaliação da atitude em relação aos métodos de rastreamento.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Detecção Precoce de Câncer; Brasil.

ABSTRACT

LUCENA, M.M. Knowledge, attitude and practice about breast cancer prevention by women in Brazil: a scoping review. 2023. 75f. Master's (Dissertation) - Faculty of Medicine, Paulista State University, Botucatu, 2023.

Breast cancer is the most frequent malignant neoplasm in females aged between 40 and 69 years, being the main cause of death among women in Brazil. Factors such as limited knowledge about breast cancer may be associated with delay in early detection and treatment. The aim of this scoping review is to examine and map studies that assessed the knowledge, attitudes and practices of women in Brazil regarding secondary prevention of breast cancer. The review included primary studies, carried out in Brazil, in different contexts and including women with and/or without breast cancer. An extensive search was carried out in multiple databases to identify research published in Spanish, French, English, Italian and Portuguese and no limits were established regarding the date of publications. Data extraction was performed by two reviewers using a standardized instrument for data collection. The results showed that the mapped theme on secondary prevention has been better explored in recent years, highlighting the scarcity of research in the North and Midwest regions of Brazil. The present review highlights a gap regarding the assess of the breast awareness strategy. It was also observed that women often did not have adequate knowledge about screening methods. This review pointed to evidence of high prevalence of practices related to secondary prevention in all participants included in the studies. However, there is still a significant gap in assessing attitudes towards screening methods.

Keywords: Breast Neoplasms; Knowledge, Attitudes and Practice in Health; Early Cancer Detection; Brazil.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEM.....	Auto Exame de Mama
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CEP	Comitês de Ética em Pesquisa
CM.....	Câncer de Mama
COVID-19.....	Doença do Coronavírus
ECM	Exame Clínico da Mama
IBGE.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA.....	Instituto Nacional do Câncer
JB I	Joanna Briggs Institute
MMG.....	Mamografia
PRISMA.....	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Figura 1. Fluxograma PRISMA da seleção do estudo e processo de inclusão	37
Quadro 1. Caracterização das publicações quanto ao ano, região do território nacional e tamanho da amostra	38
Quadro 2. Caracterização dos estudos classificados ao conceito CAP – Sinais e sintomas preocupantes do câncer de mama	39
Quadro 3. Caracterização dos estudos classificados ao conceito CAP – Autoexame de Mama	40
Quadro 4. Caracterização dos estudos classificados ao conceito CAP – Exame Clínico da Mama	44
Quadro 5. Caracterização dos estudos classificados ao conceito CAP – Mamografia	46
Quadro 6. Caracterização dos estudos classificados ao conceito CAP – população (mulheres com câncer de mama)	56
Quadro 7. Caracterização dos estudos classificados ao conceito CAP – estudos do tipo qualitativos	58

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO	30
3 MÉTODO	31
3.1 Critérios de inclusão	31
3.2 Aspectos Éticos	35
4 RESULTADOS	36
5 DISCUSSÃO	63
6 CONCLUSÃO	66
7 REFERÊNCIAS	67

1 INTRODUÇÃO

O câncer é a principal causa de morte e importante barreira para o aumento da expectativa de vida em todos os países (SUNG, 2021). Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2019, o câncer é a primeira ou segunda principal causa de morte antes dos 70 anos em 112 dos 183 países e ocupa o terceiro ou quarto lugar em outros 23 países.

Estima-se que ocorram anualmente 2,3 milhões de novos casos de câncer de mama feminino no mundo, representando 24,5% dos casos novos de câncer em mulheres e 11,7% de todos os casos de câncer no mundo. É também a causa mais frequente de morte nessa população, com 684.996 óbitos estimados para o ano de 2021 (15,5% dos óbitos por câncer em mulheres) (WHO, 2020). O câncer de mama feminino representa 1 em cada 4 casos de câncer e 1 em cada 6 óbitos por câncer, ocupando a primeira posição na incidência na grande maioria dos países (159 dos 185 países) e na mortalidade em 110 países (SUNG, 2021).

As taxas de incidência e mortalidade declinaram ou permaneceram estáveis nos países com renda alta e média-alta desde os anos 2000. Já nos países com renda mais baixa, as taxas de incidência e mortalidade continuam aumentando (GLOBAL BURDEN OF DISEASE CANCER COLLABORATION, 2018).

No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões do país, com taxas mais altas nas regiões Sul e Sudeste (INCA, 2022). Para o ano de 2023

foram estimados 73.610 casos novos, o que representa uma taxa de incidência ajustada de 41,89 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2023).

A taxa de mortalidade por câncer de mama no Brasil em 2020, ajustada pela população mundial, foi de 16,47 óbitos por 100.000 mulheres, com as maiores taxas nas regiões Sudeste e Sul, com 16,14 e 15,08 óbitos/100.000 mulheres, respectivamente (BRASIL, 2022). O câncer de mama é a primeira causa de morte por câncer na população feminina em todas as regiões do Brasil, exceto na região Norte, onde o câncer do colo uterino ainda ocupa o primeiro lugar.

Compreende-se o câncer de mama como um tumor heterogêneo que apresenta subtipos com diferentes comportamentos biológicos e características clínico patológicas e moleculares (CAREY *et al.*, 2006). Diante do aumento da incidência de câncer de mama e as dificuldades surgidas em seu tratamento em estádios avançados atribui-se significativa carga aos sistemas de saúde e gera um grande desafio para as políticas de saúde nos países de baixa e média renda (AHMADIAN, SAMAH, 2013; SHAMS, FAYAZBAKHSH, SAFARI, 2014).

Entre as mulheres norte-americanas, as taxas de mortalidade por câncer de mama vêm caindo desde os anos 1990 (SIEGEL *et al.*, 2022). Entre 1990 e 2019 observou-se uma redução de 42% na mortalidade por esta neoplasia. Esse declínio se deve à utilização de terapêuticas mais eficazes associadas ao rastreamento e diagnóstico precoce da doença (SIEGEL *et al.*, 2022). Diferentemente, no Brasil, observa-se aumento na taxa de mortalidade por câncer mamário nas últimas três décadas. Tendências gradativas de aumento da mortalidade por câncer de mama são conferidas no período de 1980-2012, nas cinco regiões do país. A partir do final da década de 1990, em algumas

capitais nota-se um declínio dos coeficientes de mortalidade, o motivo atribui-se às maiores chances de diagnóstico das mulheres residentes nas capitais (GIRIANELLI, GAMARRA, SILVA, 2014; PANIS *et al.*, 2018).

Nas últimas quatro décadas, observou-se uma redução de cerca de 40% da mortalidade por câncer de mama nos países de alta renda. A Iniciativa Global de Câncer de Mama da Organização Mundial da Saúde objetiva reduzir a mortalidade global por câncer de mama em 2,5% ao ano, evitando assim 2,5 milhões de mortes por câncer de mama globalmente entre 2020 e 2040 (WHO, 2021).

A sobrevida de pacientes com câncer de mama também varia enormemente no mundo. No estudo CONCORD-3, que incluiu mais de seis milhões de mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2000-2014 em 64 países, a probabilidade de sobrevida em cinco anos variou entre 66% na Índia e 90% nos Estados Unidos da América (EUA) (ALLEMANI *et al.*, 2018). O estudo CONCORD-3 também incluiu dados de registros de cânceres brasileiros. A probabilidade de sobrevida em cinco anos para pacientes com câncer de mama diagnosticados no Brasil aumentou ao longo do tempo, passou de 68,7% em 2000-2004 para 75,2% em 2010-2014 (ALLEMANI *et al.*, 2018).

A sobrevida das pacientes com câncer de mama depende principalmente do estágio clínico no momento do diagnóstico. Observa-se uma grande variação em nível mundial quanto aos estágios clínicos das pacientes com câncer de mama. Uma revisão sistemática realizada em países da África Subsaariana, a frequência mediana de estágio avançado no momento do diagnóstico foi de 74,7%, variando de 30,3% a 100% (JEDY-AGBA *et al.*, 2016). Mais recentemente, na Índia, aproximadamente 67% das pacientes com câncer de

mama foram diagnosticadas com doença locorregional ou metastática (MATHUR *et al.*, 2020). Em comparação, aproximadamente 13% dos casos de câncer de mama feminino nos EUA foram diagnosticados no estágio III ou IV entre 2004 e 2016 (BILANI *et al.*, 2020), e em um estudo realizado em duas regiões de saúde na Suécia entre 1989-2013 (n= 42.220), a frequência de estágio III/IV ao diagnóstico foi de 17% (NORDENSKJÖLD *et al.*, 2019). Já no Brasil, em estudo que incluiu mais de 40 mil mulheres com câncer de mama diagnosticadas entre 1995 e 2002 em todo o país, 45,3% dos casos foram diagnosticados em estágios avançados - III e IV (THULER; MENDONÇA, 2005). Em estudo mais recente, 40,2% dos casos diagnosticados entre 2001-2014 e incluídos na rede nacional de registros hospitalares de câncer estavam em estágio III ou IV no momento do diagnóstico (DOS-SANTOS-SILVA *et al.*, 2019). No Brasil, o diagnóstico do câncer de mama, muitas vezes, é realizado em fase tardia da doença (SCLOWITZ *et al.*, 2005; WÜNSCH FILHO *et al.*, 2008), exigindo condutas mais agressivas e que causam sequelas funcionais, emocionais e sociais (LUINI *et al.*, 2005; FERREIRA, 2008; PURUSHOTHAM *et al.*, 2005; LANGER *et al.*, 2007; LATOSINKY, 2008; KOOTSTRA *et al.*, 2010).

Bomb *et al.* (2014) consideram que o estágio da doença no diagnóstico é um fator norteador dos custos do tratamento, pois o tratamento para a doença mais avançada costuma ser mais agressivo comparado com o tratamento para os estágios iniciais. Um estágio mais avançado abrange maior utilização de recursos e terapia medicamentosa, além de piores resultados de saúde (LO-FO-WONG, 2015). A detecção precoce é condição determinante para a eficácia do tratamento do câncer de mama, o diagnóstico tardio e, por vezes, a terapêutica

inadequada contribuem para que o câncer de mama continue sendo a principal causa de morte entre as mulheres brasileiras (SILVA *et al.*, 2015).

Fatores de risco

O câncer de mama é uma doença complexa cuja gênese é multifatorial e envolve determinantes biológicos, ambientais e sociais (RENNA JUNIOR, 2018). O risco de mulheres desenvolverem câncer de mama é influenciado por uma série de fatores como: envelhecimento, estrogênio, história familiar, mutações genéticas e estilo de vida pouco saudável. Mulheres com histórico de câncer de mama em familiares de primeiro grau têm risco aproximadamente de duas vezes comparado com mulheres sem história familiar (MAVADDAT *et al.*, 2015). O excesso de adiposidade e o ganho de peso estão associados ao aumento do risco de câncer de mama na pós-menopausa em mulheres (LIGIBEL, BASEN-ENGQUIST, BEA, 2019).

Aproximadamente metade dos cânceres de mama se desenvolvem em mulheres que não têm nenhum fator de risco identificável para o câncer de mama além do sexo (feminino) e idade (acima de 40 anos). Determinados fatores podem aumentar o risco de câncer de mama, incluindo aumento da idade, obesidade, uso de álcool, histórico familiar de câncer de mama, histórico de exposição à radiação, história reprodutiva, uso de tabaco e terapia de reposição hormonal na pós-menopausa (WHO, 2021).

Os fatores endócrinos/história reprodutiva estão relacionados principalmente ao estímulo estrogênico, seja endógeno ou exógeno, incluem a história de menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos), menopausa tardia (após os 55 anos), primeira gravidez após os 30 anos,

nuliparidade, uso de contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal na pós-menopausa (INCA, 2021).

No que diz respeito aos comportamentos e intervenções relacionadas a redução ao risco de câncer de mama, pode-se citar: amamentação prolongada; atividade física regular; controle de peso; evitar o uso de álcool; evitar a exposição à fumaça do tabaco; evitar o uso prolongado de hormônios e; evitar exposição excessiva à radiação (WHO, 2021).

Sinais e sintomas

O Instituto Nacional do Câncer - INCA (2021) aponta que o câncer de mama pode ser percebido em fases iniciais, na maioria dos casos por meio dos seguintes sinais e sintomas: nódulo fixo, geralmente indolor, duro e irregular (essa é a forma como a doença se apresenta na maioria dos casos em que é percebida pela mulher). Qualquer nódulo diferente da nodulação normal da mama, em mulheres com 50 anos ou mais deve ser investigado, bem como os que persistirem por mais de um ciclo menstrual em mulheres com mais de 30 anos.

Outros sinais de câncer de mama são: nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho em mulheres adultas de qualquer idade, descarga papilar sanguinolenta unilateral, lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos, presença de linfadenopatia axilar, aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema (como pele com aspecto de casca de laranja) e retração na pele da mama.

A implementação eficaz de um programa de controle do câncer de mama inclui a capacidade de gerenciar doenças clinicamente detectáveis, realizando

de maneira equitativa para a população alvo, no caso, para todas as mulheres com sinais e/ou sintomas sugestivos de câncer de mama. A grande maioria desses cânceres avançados são inicialmente detectados pela própria paciente com base em mudanças que ela mesma identifica (UNGER-SALDANA *et al.*, 2015; ROMANOFF *et al.*, 2017). Uma vez que se apresente ao sistema de saúde com sinais e/ou sintomas na mama, os serviços de diagnóstico precisam estar disponíveis para que um diagnóstico rápido e preciso possa ocorrer.

O sofrimento ocasionado por essa doença crônica aproxima as mulheres do limite emocional, deparando-se com uma impotência iminente, noção de finitude, antecipando defesas e adquirindo mecanismos de enfrentamento que ultrapassam os limites da dimensão do organismo (TEIXEIRA, 2006).

Prevenção

A prevenção pode ser definida como todo ato que tem impacto na redução da mortalidade e morbidade das pessoas. Em 1976, Leavell e Clark estabeleceram três níveis de prevenção (BRASIL, 2013). A prevenção primária consiste em toda ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Já a prevenção secundária é a ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico, facilitando o diagnóstico definitivo, o tratamento e reduzindo ou prevenindo sua disseminação e os efeitos de longo prazo (ex.: rastreamento, diagnóstico precoce). Finalmente, a prevenção terciária é um conjunto de ações que visa reduzir em um indivíduo ou população os prejuízos funcionais consequentes de um problema de saúde, incluindo reabilitação.

A atenção primária à saúde (APS) é a principal porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e detém uma importante função no controle do câncer. Segundo a Política Nacional de Atenção Oncológica, a APS, formada pelas unidades básicas tradicionais e unidades de saúde da família são responsáveis por ações individuais e coletivas, direcionadas à promoção da saúde e prevenção do câncer, além do diagnóstico precoce e apoio ao tratamento e aos cuidados paliativos dos pacientes portadores da doença. A atenção secundária é responsável por ações de detecção precoce e a atenção terciária visa à reabilitação do indivíduo portador da afecção (BUSHATSKY *et al.*, 2014).

Em relação às estratégias para o controle do câncer da mama vale destacar, na prevenção primária ocorre a identificação e atuação sobre os fatores protetores e fatores de risco evitáveis, a prevenção secundária se responsabiliza pela detecção precoce e tratamento e na prevenção terciária incide a reabilitação e cuidados paliativos. As estratégias obtidas na prevenção secundária fomentam reduções nas taxas de mortalidade e, por esse motivo, são as que vêm recebendo maior atenção dos sistemas nacionais de saúde (SILVA, 2012).

A prevenção primária do câncer baseia-se em ações que visam minimizar ou eliminar a exposição aos fatores carcinogênicos e a ação destes na saúde do indivíduo (OLIVEIRA, KRETZMANN, 2011). As ações de promoção incluem medidas educativas acerca da prevenção do câncer de mama, direcionadas para o controle do peso corporal, abandono do uso do álcool, realização de atividade física; orientações tanto para os profissionais quanto para as mulheres acerca dos riscos da reposição hormonal; orientações acerca da detecção precoce, com

atenção aos sinais e sintomas clínicos da neoplasia; realização do diagnóstico precoce de lesões sugestivas e encaminhamento para os serviços especializados (BRASIL, 2017).

A detecção precoce do câncer constitui-se de duas estratégias, a primeira refere-se ao rastreamento, que tem por objetivo encontrar o câncer pré-clínico ou as lesões pré-cancerígenas, por meio de exames de rotina em uma população-alvo sem sinais e sintomas sugestivos do câncer rastreado e a segunda corresponde ao diagnóstico precoce, que busca identificar o câncer em estágio inicial em pessoas que apresentam sinais e sintomas suspeitos da doença (WHO, 2020).

Para o rastreamento do câncer de mama habitualmente são adotados três métodos: o autoexame mamário, o exame clínico da mama e a mamografia. Referente ao exame clínico das mamas, Migowski (2018) aponta em cinco revisões sistemáticas selecionadas sobre rastreamento com exame clínico das mamas concluíram que ainda não há evidências sobre a eficácia desta intervenção na redução da mortalidade por câncer de mama.

Até recentemente, o exame clínico da mama não havia sido avaliado sozinho como exame de rastreamento para câncer de mama. O primeiro ensaio clínico testando a eficácia do exame clínico da mama como rastreamento foi publicado recentemente. O estudo foi realizado em Mumbai, na Índia, e comparou a eficácia do exame clínico da mama com o rastreamento mamográfico. Os resultados encontrados mostram que o exame clínico da mama realizado a cada dois anos por profissionais de saúde da APS diminuiu significativamente o estágio clínico do câncer de mama ao diagnóstico e levou a uma redução não significativa de 15% na mortalidade por câncer de mama em

geral, porém uma redução significativa de quase 30% na mortalidade em mulheres com idade igual ou superior aos 50 anos. Não foi observada redução significativa da mortalidade em mulheres com menos de 50 anos. O estudo aponta que o exame clínico da mama pode ser considerado para o rastreamento do câncer de mama em países de baixa e média renda, demonstrando que o rastreamento por exame clínico da mama é eficaz na redução da mortalidade por câncer de mama em mulheres indianas com 50 anos ou mais sem qualquer sobrediagnóstico (MITTRA *et al.*, 2021).

Tratando-se do autoexame das mamas, a partir dos anos 1950, o autoexame passou a ser uma estratégia adotada com o objetivo de diminuir a frequência de tumores de mama em fase avançada. O autoexame das mamas caracteriza-se como uma palpação mensal regular e repetitiva como método estabelecido rigorosamente pela mulher na mesma época em cada mês, devendo estar devidamente treinada. Ensaios clínicos realizados no final da década de 1990 concluíram que o autoexame das mamas não reduzia a mortalidade pelo câncer de mama e possuíam evidências de danos em relação ao aumento do número de lesões benignas identificadas e aumento do número de biópsias realizadas (THORNTON; PILLARISSETTI, 2008). O Ministério da Saúde do Brasil atualmente se posiciona contrário ao ensino do autoexame como método de rastreamento do câncer de mama (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

Vários países têm adotado a estratégia de *breast awareness* como estratégia de diagnóstico precoce do câncer de mama. *Breast awareness*, também chamado *breast self-awareness*, ou seja, a consciência dos seios ou dos próprios seios é entendido como a mulher se familiariza com o próprio seio e suas mudanças ao longo da vida, encorajando-a a conhecer como seus seios

se parecem normalmente, para que tenham confiança em perceber qualquer mudança que possa ajudar a detectar um câncer mais cedo (THORNTON; PILLARISSETTI, 2008). Essa estratégia valoriza o autoconhecimento e a identificação precoce dos sinais/sintomas do câncer de mama. As últimas diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil classificam o *breast awareness* como recomendação fraca, ou seja, os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

O rastreamento mamográfico organizado de base populacional contribui para o diagnóstico do câncer de mama em estádios iniciais. No Brasil, o rastreamento para o câncer de mama é oportunístico, permitindo que a periodicidade se afaste da recomendada. O Ministério da Saúde do Brasil recomenda o rastreamento mamográfico bienal para mulheres entre 50 e 69 anos de idade (MIGOWSKI *et al.*, 2018). Em inquérito telefônico (VIGITEL) realizado nas capitais brasileiras em 2020 pelo Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), observou-se que a prevalência relatada de realização de mamografia nos dois anos anteriores à pesquisa, entre mulheres de 50 a 69 anos, foi de 78,0% (BRASIL, 2021). A frequência observada de realização do exame mamográfico nos dois anos anteriores à pesquisa acresce com o aumento do nível de escolaridade. A frequência foi 72,0% para as mulheres com oito ou menos anos de estudo e de 86,9% para aquelas com doze ou mais anos de estudo (BRASIL, 2021).

Nos últimos 15 anos, o debate sobre o controle do câncer de mama, seja do ponto de vista acadêmico, da gestão, dos cuidados assistenciais e da divulgação midiática no Brasil, tem ênfase no rastreamento mamográfico. A construção da centralidade da mamografia ocorreu gradualmente, tanto pela

legitimidade do discurso técnico-científico quanto pela viabilidade da implantação do rastreamento de massa no país. As novas diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil recomendam que a decisão de fazer ou não o rastreamento deve ser tomada em conjunto pelo profissional de saúde e pela usuária (MIGOWSKI *et al.*, 2018). Essa decisão compartilhada pode ser facilitada por materiais educativos, como o elaborado em conjunto com as novas diretrizes e que contou com a participação de usuárias (INCA, 2016).

O diagnóstico precoce consiste na identificação de pessoas com os sinais e sintomas da doença, sobretudo em estádios iniciais, com o objetivo de garantir a assistência à saúde de forma integral. Essa estratégia apoia-se no tripé: população alerta para os sinais e sintomas indicativos de câncer, profissionais capacitados na área e serviços de saúde preparados para um diagnóstico em tempo hábil (BRASIL, 2021). Como estratégia de saúde pública o diagnóstico precoce possibilita a redução do estágio de apresentação do câncer. Nessa etapa, ressalta-se a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos exames diagnósticos e serviços de saúde (ALMEIDA, 2016).

O Ministério da Saúde recomenda para o diagnóstico precoce do câncer de mama: estratégia de conscientização, ou seja, implementação de estratégias de conscientização para o diagnóstico precoce do câncer de mama (recomendação fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos); identificação de sinais e sintomas suspeitos, de modo que os seguintes sinais e sintomas sejam considerados como de referência urgente para serviços de diagnóstico mamário (recomendação fraca: os possíveis

benefícios provavelmente superam os possíveis danos) e confirmação diagnóstica em um único serviço, recomenda que toda a avaliação diagnóstica do câncer de mama, após a identificação de sinais e sintomas suspeitos na atenção primária, seja feita em um mesmo centro de referência (recomendação fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos, quando comparados à organização tradicional dos serviços de investigação diagnóstica) (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

O INCA (2021) refere que as estratégias de diagnóstico precoce devem ser desenvolvidas por: indivíduos atentos para as manifestações clínicas relacionadas ao câncer; trabalhadores da saúde também atentos às manifestações clínicas indicativas de câncer e qualificação para ajuizamento dos casos suspeitos; e serviços de saúde aparelhados e organizados para assegurar a ratificação diagnóstica adequada, com condições efetivas e com a precaução de garantir a integralidade e prosseguimento da assistência em todos os níveis de atenção à saúde.

Atenção Primária à Saúde

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) se constituiu como a principal estratégia de implementação e organização da APS. Instituído em 1994, o PSF foi delineado no primeiro documento ministerial como um programa, em seguida, passou a ser considerado uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, apresentando-se com potencial caráter substitutivo das práticas convencionais.

Compreende-se que o PSF incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e desponta como um novo paradigma na atenção à saúde, com

diretrizes que criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde, na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial mecanicista e biomédico. Desse modo, desde sua implantação, o PSF se propõe a um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e na comunidade (COSTA, G. D. *et al*, 2009).

Dada a crescente importância e função da APS na efetivação da linha de cuidado oncológica diante da maior capacidade de conhecer o território, organizar ações de rastreio, identificar casos suspeitos e viabilizar a melhor trajetória dentro do sistema de saúde, proporcionando elucidação diagnóstica em menor tempo e mais qualidade a cada uma dessas etapas. Tem-se a APS como a principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Logo, a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Conhecimento, atitude e prática

Denominados inquéritos Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) trazem viabilidade como ferramenta em pesquisas de comportamento em saúde, tais inquéritos objetivam a representação de uma população específica de estudo e abordam na coleta de informações sobre o que se sabe, se acredita e se faz sobre um assunto científico. As informações alcançadas permitem um diagnóstico educacional da população em estudo, podendo ser adaptado a diversas situações, possibilitando estratégias e intervenções voltadas à

necessidade do indivíduo ou da comunidade, além de aperfeiçoar o planejamento das ações de promoção da saúde (KALIYAPERUMAL, KIEC, 2004).

O modelo de pesquisa de CAP parte do pressuposto de que um comportamento em saúde se prende a um processo sequencial, isto é, possui origem na aquisição de um conhecimento cientificamente correto, que pode explicar a formação de uma atitude favorável e a adoção de uma prática de saúde (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2010).

O conhecimento adequado e a conscientização sobre fatores de risco, sinais/sintomas e importância da detecção precoce são determinantes para a redução da mortalidade relacionada ao câncer. De acordo com Zhong, B.L (2020) estudos apontam que a adesão pública à prevenção de doenças é em grande parte afetada por níveis de conhecimento, atitude e prática.

Os conceitos de CAP foram estabelecidos, conforme: *Conhecimento* - significa recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento. *Atitude* - essencialmente, ter opiniões, é, também, ter sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo – dimensão emocional. E por fim, *Prática* que se relaciona com a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social (MARINHO *et al*, 2003).

Justificativa

A incidência do câncer de mama no Brasil é alta (INCA, 2022), assim como a taxa de mortalidade que pode ser explicada pelo fato de que, em média, 60% dos tumores de mama no Brasil são diagnosticados em estádios avançados (BARROS *et al.*, 2012; THULER, MENDONÇA, 2005). A ausência de um programa de rastreamento mamográfico populacional organizado não explica completamente esse atraso no diagnóstico.

O câncer de mama vem delineando tendência descendente de mortalidade em países de alta renda, tal fato possa estar relacionado ao maior acesso a serviços de saúde, que possibilita a detecção precoce e o tratamento oportuno da doença, aumentando assim a sobrevida (FERLAY *et al.*, 2018).

Encontra-se estudos onde profissionais e usuárias encontram dificuldades para implementar estratégias eficientes de prevenção e rastreio. Em estudo realizado com profissionais da APS, constatou-se bom conhecimento sobre a forma de diagnóstico clínico e identificação dos fatores de risco. No entanto, questões sobre idade e periodicidade recomendadas para a realização de exames, educação em saúde e ações de promoção da saúde foram avaliadas como insuficientes (SANTOS *et al.*, 2020). Outros estudos apontaram que a população feminina possui um reduzido conhecimento acerca dos fatores de risco para o câncer de mama e entre as que conhecem ao menos um fator de risco, poucas adotaram práticas preventivas (BATISTON *et al.*, 2011; SANTOS, G. D., CHUBACI, R. Y., 2011).

Avanços terapêuticos nas últimas décadas vêm ampliando as possibilidades de enfrentamento da doença, porém a detecção precoce segue como desafio. É importante identificar outros motivos para o diagnóstico tardio

de grande proporção das neoplasias da mama nas mulheres brasileiras. Neste contexto, esta revisão de escopo irá examinar e mapear as publicações sobre os conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres no Brasil sobre prevenção secundária (diagnóstico precoce e rastreamento do câncer de mama).

2 OBJETIVO

Examinar e mapear evidências de estudos que avaliaram os conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres no Brasil em relação a prevenção secundária do câncer de mama.

3 MÉTODO

A presente revisão foi realizada seguindo a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI) para revisão de escopo (PETERS *et al.*, 2020) e a extensão PRISMA para revisão de escopo (TRICCO *et al.*, 2018). A revisão de escopo (*scoping study* ou *scoping review*) vem se tornando uma abordagem interessante de síntese do conhecimento para a área da saúde (LEVAC *et al.*, 2010). Compreende a incorporação abrangente de diferentes desenhos de estudo, sintetizando e resumindo evidências com o objetivo de informar práticas, programas e políticas, e fornecer direcionamento para futuras prioridades de pesquisa (COLQUHOUN *et al.*, 2014). A revisão foi conduzida de acordo com o protocolo registrado na plataforma Open Science Framework com o DOI 10.17605/OSF.IO/Z9MU2.

Perguntas de pesquisa

Quais são os conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres no Brasil sobre a prevenção secundária do câncer de mama?

3.1 Critérios de inclusão

3.1.1 Participantes

Esta revisão de escopo considerou todos os estudos que focavam em mulheres com ou sem história pessoal de câncer de mama. Os estudos que incluíram somente profissionais da saúde ou estudantes da área da saúde não foram incluídos.

3.1.2 Conceito

Esta revisão de escopo considerou todos os estudos que abordavam os conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres sobre prevenção secundária do câncer de mama. Foram tratados como prevenção secundária os sinais/sintomas de alerta do câncer de mama, autoexame das mamas, exame clínico das mamas e mamografia.

3.1.3 Contexto

Esta revisão de escopo considerou somente estudos realizados no Brasil, pois seus resultados podem orientar o desenvolvimento de políticas públicas locais.

3.1.4 Tipos de estudos

Esta revisão incluiu estudos qualitativos e quantitativos e métodos mistos para inclusão. Somente as informações do *baseline* (antes do início do seguimento) foram consideradas nos estudos de coorte e intervenção/experimental.

3.1.5 Estratégia de busca

A estratégia de busca abordou estudos publicados, não publicados e inéditos. Uma estratégia de busca inicial foi empregada, com uma pesquisa limitada para MEDLINE/Pubmed para identificar artigos sobre o tópico. As palavras do texto contidas nos títulos, resumos de artigos relevantes e os termos indexados foram utilizados para desenvolver uma estratégia de busca completa

em diferentes bases de informação (Anexo I). A estratégia de pesquisa, incluindo todas as palavras-chave identificadas e termos de índice, foi adaptada para cada fonte de informação incluída. A lista de referências de todos os estudos selecionados para avaliação crítica foi rastreada manualmente para tentar identificar estudos adicionais. Os autores de estudos incluídos foram contactados, caso houve a necessidade para buscar informações adicionais. Foram incluídos artigos publicados em português, inglês, espanhol, italiano e francês. Não houve restrições quanto ao tempo de publicação.

Fontes de informação

As bases de dados utilizadas foram: CINAHL (EBSCO), Embase (Elsevier), Medline (PUBMED), Web of Science (Clarivate Analytics), Scopus (Elsevier), PsycInfo (APA), Cochrane Library (Wiley), Science Direct (Elsevier) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A pesquisa de estudos não publicados e da literatura cinza foi realizada no Google Scholar. Os autores dos artigos foram contactados para solicitar dados em falta ou adicionais, se necessário.

3.1.6 Seleção do estudo

Após a busca, todas as citações identificadas foram carregadas no EndNote X9 (Clarivate Analytics, PA, EUA) e a duplicidade removida. A avaliação dos estudos identificados foi realizada por dois revisores (MML e CMN), que avaliaram títulos e resumos de estudos identificados usando o *software online* Rayyan (Qatar Computing Research Institute, Doha, Qatar) e verificaram a seleção em uma reunião de consenso. Estudos que potencialmente atenderam aos critérios de inclusão foram recuperados na íntegra e avaliados de forma cega

pelos mesmos revisores, considerando os critérios de inclusão e exclusão. As razões para a exclusão de documentos com texto completo que não atenderam aos critérios de inclusão foram registradas e relatadas na revisão do escopo. As discordâncias que surgiram entre os revisores em cada etapa do processo de seleção do estudo, foram resolvidas por meio de discussão entre os dois revisores. Os resultados da busca dos documentos foram relatados na íntegra na revisão de escopo e apresentados em um diagrama de fluxo nos moldes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA-ScR) (TRICCO *et al.*, 2018).

3.1.7 Extração de dados

Os dados extraídos incluíram detalhes bibliográficos e informações específicas para esta revisão de escopo. O instrumento de extração foi elaborado pelos autores. As informações inseridas constam nos seguintes tópicos: detalhes bibliográficos: título do estudo, primeiro autor e ano de publicação, localização geográfica. Detalhes do estudo: local do estudo, tamanho da amostra, tipo de amostragem, população do estudo, período de realização do estudo, idade da população, desenho do estudo e instrumento utilizado. Informações específicas para esta revisão de escopo: conhecimento dos sinais e sintomas preocupantes; conhecimento, atitude e prática subdivididos nas categorias: autoexame da mama, *breast awareness*, exame clínico da mama e mamografia.

Dados quantitativos foram obtidos a partir do relato de mulheres com ou sem câncer de mama. Com relação aos resultados qualitativos, foram

considerados, por exemplo, dados de entrevistas em profundidade e grupos focais.

3.1.8 Análise dos dados e apresentação

Com base nas diretrizes de revisão de escopo da JBI para ilustrar e resumir as principais conclusões, os dados foram apresentados em forma de tabela e gráficos, de forma separada para cada abordagem (PETERS *et al.*, 2020). Um resumo narrativo dos resultados também foi apresentado, destacando a relação entre os resultados e a questão e os objetivos da revisão do escopo. Os resultados extraídos foram organizados em categorias que refletem a questão de interesse, tais como conhecimentos, atitudes e práticas dos métodos de rastreamento estudados. As principais características de cada estudo incluído foram apresentadas, incluindo autor, ano, desenho do estudo, tamanho da amostra, metodologia e principais conclusões.

3.2 Aspectos éticos

Segundo a Resolução no. 510/2016 do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, as pesquisas a serem realizadas exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica não necessitam da aprovação por parte do Sistema CEP/CONEP.

4 RESULTADOS

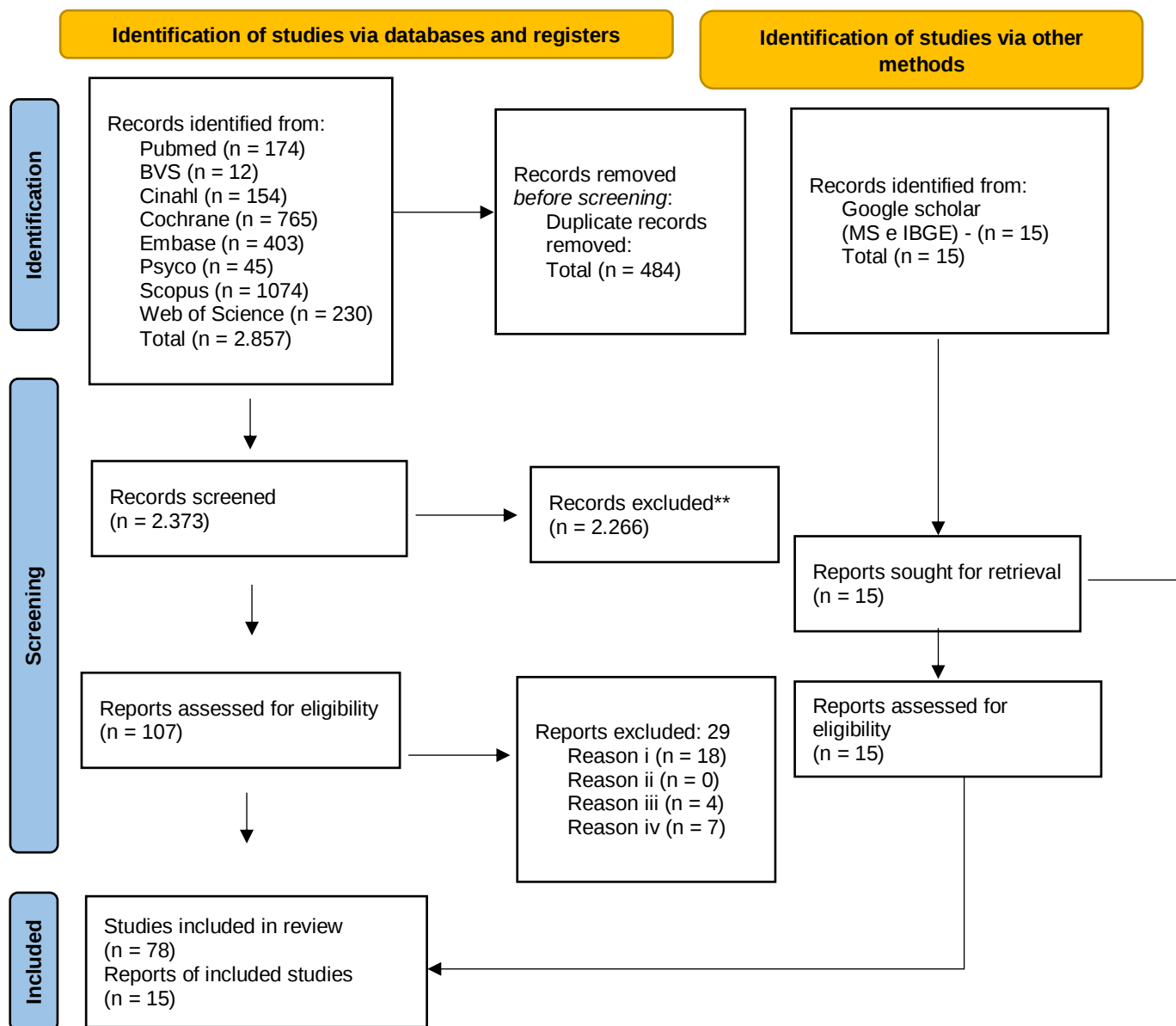
As estratégias de busca foram elaboradas por uma bibliotecária experiente (J.T.) e ainda refinadas através da discussão da equipe. Para identificar documentos potencialmente relevantes, foram pesquisadas as seguintes bases de dados bibliográficas em outubro de 2021: CINAHL (EBSCO), Embase (Elsevier), Medline (PUBMED), Web of Science (Clarivate Analytics), Scopus (Elsevier), PsycInfo (APA), Cochrane Library (Wiley) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Em cada base de dados foram gerados arquivos de exportação, que foram então importados para o EndNote X9.2 (Clarivate Analytics, PA, EUA), procedendo a exclusão de duplicados identificados automaticamente pelo gerenciador de referências e, também, a exclusão de trabalhos duplicados identificados manualmente.

Após a retirada das duplicatas, utilizando o *software online* Rayyan (Qatar Computing Research Institute, Doha, Catar) foram identificadas 2.373 citações a partir de pesquisas de bancos de dados eletrônicos e referências de artigos de revisão. Com base no título e no resumo, foram excluídos 2.266. Sendo 107 artigos de texto completos a serem recuperados e avaliados para elegibilidade. Destes, 29 foram excluídos pelas seguintes razões: (i) 18 não enquadram no conceito, (ii) 0 não enquadram no contexto (Brasil), (iii) 4 não enquadram na população e (iv) 7 não foram considerados como pesquisas originais (por exemplo, artigos de revisão, abstract). Os restantes 78 estudos foram considerados elegíveis para esta revisão.

A pesquisa de estudos não publicados e da literatura cinza foi realizada no mesmo período utilizando Google Scholar, CAPES Thesis Database (available at <https://catalogodeteses.capes.gov.br>) e BDTD (biblioteca digital

brasileira de teses e dissertações). Devido ao fator tempo, as teses não foram revisadas e a pesquisa do Google Scholar restringiu somente aos estudos realizados pelo Ministério da Saúde e o IBGE.

Figura 1. Fluxograma PRISMA da seleção do estudo e processo de inclusão



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

A Figura 1 apresenta o fluxograma do processo de triagem e estudos finais incluídos. Um total de 93 estudos foram identificados que atenderam aos critérios do estudo, incluindo 43 sobre conhecimento, 9 sobre atitude e 134 sobre prática por mulheres. A pesquisa de estudos não publicados e da literatura cinza foram contabilizadas em 15 estudos nesta revisão.

Nesta revisão foram descritos os detalhes bibliográficos e examinadas as categorias conhecimento, atitude e prática - CAP das mulheres relacionadas a prevenção secundária: sinais/sintomas de alerta do câncer de mama, autoexame das mamas, exame clínico das mamas e mamografia, como expostos nos Quadros apresentados na continuação.

Quadro 1. Caracterização das publicações quanto ao ano, região do território nacional e tamanho da amostra

Distribuição dos estudos incluídos segundo período de publicação, território nacional e tamanho amostral		
Características dos artigos	n	%
Período de publicação		
1992	1	0,93
2003 - 2008	16	14,88
2009 - 2014	34	31,62
2015 - 2021	42	39,06
Território Brasileiro (Divisão por regiões)		
Todas as regiões (Nacional)	19	17,86
Nordeste	29	27,26
Sudeste	26	24,44
Sul	15	14,10
Centro-Oeste	3	2,82
Norte	2	1,88
Tamanho amostral (de 10 a 90.846 mulheres)		
1-100	24	22,32
>100 a 1000	41	38,13
>1000 a 10.000	9	8,37
>10.000	19	17,67

Observa-se mapeamento de artigos entre os anos de 1992 a 2021 com aumento das publicações de estudos ao longo dos anos atuais. Em relação a territorialização dos estudos nas cinco regiões do Brasil, nota-se maior número de estudos ocorridos nas regiões Nordeste e Sudeste, apontando quantidades mínimas de estudos nas regiões Centro-Oeste e Norte. O mapeamento da revisão trouxe abrangência do tamanho amostral entre 10 a 90.846 mulheres com ou sem câncer de mama, sendo 41 estudos com amostra entre >100 a 1000 mulheres.

Quadro 2. Caracterização dos estudos classificados ao conceito CAP – Sinais e sintomas preocupantes do câncer de mama.

Sinais e sintomas preocupantes					
Nº tabela	Autor(es)	Amostra	C	A *	P *
1	da Graça et al., 2018	52	100% relacionavam o desenvolvimento do CM com surgimento de feridas e nódulos.		
5	Santos & Chubaci, 2011	98	71,4% (n=70) conhecem algum sintoma do câncer de mama. Entre aquelas que conheciam sintomas (n=70), 71,4% (n=50) referiram conhecer a presença de caroço ou nódulo, 4,3% (n=3) dor no seio, 8,6% (n=6) caroço e dor, 2,9% (n=2) caroço e sangue ou líquido no bico, 5,7% (n=4) caroço e ferida ou mancha e 7,1% (n=5) outras respostas.		
14	Schilling et al, 2017	478	Prevalência conhecimento sinais/sintomas: Nódulo na mama: 76,1%; hiperemia da pele da mama: 56,7%; desconforto local: 65,7%; retração do mamilo: 30,8%; secreção mamilo: 72,6%; mudança na forma e tamanho da mama: 58,4%		
41	Oliveira et al, 2017	243	Prevalência conhecimento sinais/sintomas do CM: 57,6% (n=140).		
51	Seabra et al, 2018	211	Sintomas atribuídos ao CM: cansaço (74,9%), perda de peso (69,2%), infecções (62,1%), perda de força (61,6%), aparecimento de manchas na pele (53,6%), dor (52,1%), tontura (51,2%), dificuldade para dormir (49,3%), cefaleia (42,2%), náusea (40,3%), dor no estômago (39,8%), dificuldade para respirar (39,3%), falta de ar (25,6%), diarreia (25,6%), tosse (21,3%), dor de garganta (20,4%) e inflamação nos olhos (12,8%).		
66	Silva et al, 2017	294	131 mulheres distribuídas em CGa (12,2%), CGd (12,0%), EGa (9,5%) e EGd (89,2%) apresentaram conhecimento adequado na 1ª fase - detecção de câncer de mama.		

* não houve análise nos conceitos atitude e prática relacionadas aos sinais e sintomas.

Diante da análise do conceito conhecimento sobre sinais e sintomas preocupantes do câncer de mama (CM), obteve-se 6 publicações com informações direcionadas a maiores prevalências ao conhecimento por mulheres

do surgimento de feridas e nódulos na mama, seguido do sintoma de desconforto ou dor no seio.

Quadro 3. Caracterização dos estudos classificados ao conceito CAP – Autoexame de Mama

Auto Exame de Mama (AEM)					
Nº tabela	Autor(es)	Amostra	C	A	P
1	da Graça et al., 2018	52	Conhecimento sobre AEM (função do exame): 17,30%		Prevalência de realização do AEM mensalmente: 40,38%
3	Molina et al., 2003	261			Prevalência de realização do AEM: 78,9% (n=206). Destas, 27% realizavam o exame na periodicidade recomendada:
5	Santos & Chubaci, 2011	98	Prevalência sobre conhecimento do AEM: 29,7% (n=33)		
6	Watanabe, A. Y., 2020	202	Prevalência sobre conhecimento do AEM: 93,1%. Prevalência conhecimento adequado (objetivo do exame) do AEM: 9,4% (n=19)		Prevalência de realização do AEM: 65,84%. Prevalência de realização do AEM adequadamente: 20,30% (n=41)
7	Almeida et al., 2016	88			Prevalência de realização do AEM alguma vez: 77,3% (n=68). Prevalência de realização do AEM mensalmente ou maior frequência: 33% (n=29)
8	D'Amorim, 1992	178	Prevalência de conhecimento AEM (ouviu falar): 90%. As fontes de informação foram: meios de comunicação, médicos, amigas, parentes, outros	98% consideravam o AEM útil e 59,2% o consideravam indispensável	Prevalência de realização do AEM alguma vez: 61,8%. Prevalência de realização do AEM mensalmente, cada 2 semanas ou semanalmente: 30,2%. Principais barreiras para não realização do AEM: comodismo, esquecimento, preocupação, possibilidade de falso alarme, falta de tempo, falta de confiança no exame
10	Davim et al., 2003	109			Prevalência de realização do AEM alguma vez: 75% (n=109).
13	Sclowitz et al, 2005	879			Prevalência "hábito de realizar o AEM": 83,5% (IC95%: 80,9-85,9%), dessas, 80,4% (IC 95%: 77,3-83,2) o realizavam ao menos uma vez ao mês

17	Amorim et al, 2008	290			Prevalência de realização do AEM (independente da frequência): 70,3% (n=204)
20	Brito et al, 2010	552	Prevalência sobre conhecimento sobre AEM: 67,8% (n=374). Prevalência sobre conhecimento adequado (função do procedimento, maneira e frequência de realização) sobre AEM: 41,3% (n=228)		
22	Freitas & Weller, 2016	417	Prevalência de conhecimento sobre realização do AEM: 83,45% (n=348)	97,60% (n=407) consideravam o AEM importante	Prevalência de realização do AEM: 79,3% (n=330)
23	Freitas Júnior et al., 2006	2073	Prevalência de conhecimento AEM (técnica de realização e periodicidade): 75%		Prevalência de realização AEM regularmente (mensalmente durante os três meses anteriores à entrevista): 51%
24	Silva et al., 2013	116	Prevalência de conhecimento AEM: 75,9%	94,3% (n=83) consideram o AEM importante para encontrar alterações nas mamas	Prevalência de realização AEM: 65,5%
29	Gonçalves et al, 2017	1596	Prevalência conhecimento AEM: 84,6% (n=1355)		
30	Silva et al, 2013	35			Prevalência de realização AEM: 80% (n=28)
33	Rezende Neta et al, 2011	45			Prevalência de realização do AEM no mês anterior à entrevista: 42,2% (n=19)
35	Lima et al, 2011	2888			Prevalência de realização AEM: 33,8% (n=975). Prevalência segundo faixa etária: 10-34 anos=29,6% e >34 anos=45,1%
39	Padovani et al, 2016	40	Prevalência conhecimento AEM: 97,5% (n=39)		Prevalência de realização do AEM periodicamente: 67,5% (n=27)
41	Oliveira et al, 2017	243	Prevalência conhecimento AEM: 18% (n=44)		Prevalência de realização AEM: 37,9% (n=92)
42	Araújo et al, 2010	37	Prevalência conhecimento AEM: 83,7%		Prevalência de realização AEM: 67,56% (8,1% realizavam semanalmente; 16,21% mensalmente; 21,62% bimestralmente; 5,4% trimestralmente e 5,4% semestralmente)
44	Brum et al, 2018	820			Prevalência realização AEM: 61,3% (n=503)
46	Bushatsky et al, 2014	261	Prevalência conhecimento AEM (ouviram falar): 86,6% (n=226)		Prevalência realização AEM: 49,4% (n=129). Prevalência realização AEM mensalmente: 7,2% (n=19)

47	Arruda et al, 2015	40			Prevalência realização AEM alguma vez na vida: 80% (n=32). Prevalência realização AEM mensalmente: 52,5% (n=21)
48	Bushatsky et al, 2014	247			Prevalência de realização AEM alguma vez na vida: 65,2% (n=161). Prevalência de realização AEM mensalmente: 30,5% (n=46)
50	Chianca et al, 2015	30			Prevalência de realização AEM: 76,7% (n=23). Prevalência de realização AEM diária ou semanalmente: 30% (n=9). 56,7% (n=17) receberam instrução de profissional da saúde de como realizar AEM e 100% (n=30) não tinham interesse em receber instrução de como realizar o exame
51	Seabra et al, 2018	211			Prevalência de realização AEM: 70,1% (n=148). Prevalência de realização AEM semanalmente ou mensalmente: 35% (n=74)
52	Palmero et al, 2007	253			Prevalência de realização AEM rotineiramente: 52,2% (n=132)
54	Lopes et al, 2016	525			Prevalência de realização AEM: 55,8% (n=292)
55	Andrade et al, 2005	2240			Prevalência de realização AEM "todo mês" ou "quase todo mês": 44% (n=975)
56	Marinho et al, 2003	663	Prevalência de conhecimento AEM: 95,3% (n=632). Prevalência de conhecimento adequado (afirmativas corretas quanto à utilidade do procedimento e à maneira de realizá-lo) do AEM: 7,4% (n=49)	Prevalência de atitude adequada (opinavam favoravelmente quanto à sua realização e justificavam esta opinião com uma afirmativa consistente) do AEM: 95,9% (n=604)	Prevalência de realização rotineira AEM: 83,3%. Prevalência de realização adequada AEM (respostas corretas quanto época de realização do exame e à frequência de realização do exame): 16,7% (n=111)
57	Carelli et al, 2007	101			Prevalência de realização do AEM (Grupo 1: 69,3% e Grupo 4: >96,8%). Prevalência de realização adequada do AEM (Grupo 1: 15,7% e Grupo 4: 25%)

61	Seabra et al, 2017	211			Prevalência de realização prévia AEM entre as mulheres sem HFC de CM (n=156): 67,3% (n=105). Prevalência de realização AEM regularmente entre as mulheres sem HFC de mama (n=156): 34,0% (n=53). Prevalência de realização prévia AEM entre as mulheres com HFC de CM (n=55): 78,2% (n=43). Prevalência de realização AEM regularmente entre as mulheres com HFC de mama (n=55): 38,2% (n=21)
62	Bim et al, 2010	885			Prevalência de realização AEM alguma vez: 62,6% (n=554). Entre aquelas que realizavam o exame, 24% o realizavam mensalmente
63	Bushatsky et al, 2015	84			Prevalência de realização AEM: 89,2% (n=75). Prevalência de realização AEM o exame ao menos uma vez ao mês nos 6 meses anteriores à pesquisa: 42,8% (n=36)
64	Matos et al, 2011	439			Prevalência de realização habitual AEM: 64,5% (n=283). Prevalência de realização AEM ao menos uma vez ao mês nos 6 meses anteriores à pesquisa: 76,7% (n=217)
67	Silva et al, 2009	104	28,8% (n=30) referiram conhecer AEM		Prevalência de realização AEM: 2,9% (n=3)
69	Silva et al, 2011	246	Prevalência de conhecimento de pelo menos 1 dos 7 passos do AEM: 56,9% (n=140). Prevalência de conhecimentos de cada uma das etapas: o CM: braços soltos (2,4%, n=6), braços levantados (14,6%, n=36), mãos na cintura (2,4%, n=6), palpação das mamas (41,9%), palpação do pescoço (2,0%, n=5), palpação da axila (3,3%, n=8), espremer o mamilo (2,8%, n=7)		
72	Bonfim et al, 2009	98			Prevalência de realização do AEM: 54,1% (n=53). Prevalência de realização Aem

					mensalmente: 27,6% (n=27).
75	Linard et al, 2008	200	100% das mulheres referem conhecer o AEM		Prevalência de realização AEM: 78,8% (n=156). Prevalência de realização AEM mensalmente: 44,4% (n=88) .
81	Vieira et al, 2017	216			75,7% (n=153) referiram realizar AEM regularmente
83	Inagaki et al, 2008	89			Prevalência de realização do AEM: 79,7% (n=71). Prevalência de realização do AEM mensalmente: 57,3% (n=51)

Foram obtidos 41 estudos que incluíram informações sobre conhecimento, atitude e prática por mulheres em relação ao autoexame de mama, destes a maioria (37) avaliou a prática, seguido de estudos sobre o conhecimento (17) e somente 4 avaliaram a atitude. A variação de prevalência apresentada pelas mulheres ao conceito conhecimento variou de 7,4% a 97,5%, enquanto que a atitude apresentou de 94,5% a 98% e a prática de 2,9% a 89,2%; envolvendo a temática CAP nota-se variação de prevalência dos 41 estudos de 2,9% a 98%. De modo a sugerir que a prática do autoexame de mama mostra-se significativa em comparação ao conhecimento e atitude das mulheres.

Quadro 4. Caracterização dos estudos classificados ao conceito CAP – Exame Clínico da Mama

Exame Clínico da Mama (ECM)					
Nº tabela	Autor(es)	Amostra	C	A	P
3	Molina et al., 2003	261			Prevalência de realização ECM: 76,2% (n=199)
5	Santos & Chubaci, 2011	98	Prevalência sobre conhecimento do ECM: 9,9% (n=11)		
9	Rodrigues et al., 2015	67511			Prevalência de realização ECM previamente: 74,75%. Prevalência de realização ECM no ano anterior à pesquisa: 39,66%

13	Sclowitz et al, 2005	879		Prevalência de realização ECM na última consulta ginecológica: 83,3% (IC 95%: 80,6-85,7)
17	Amorim et al, 2008	290		Prevalência de realização ECM no ano prévio à entrevista: 61,8%
24	Silva et al., 2013	116		Prevalência de realização ECM pelo menos uma vez na vida: 44,8% (n=52)
29	Gonçalves et al, 2017	1596	Prevalência conhecimento ECM: 12% (n=191)	
31	Romeiro-Lopes et al, 2013	456		Prevalência de realização ECM: 70,8% (n=323)
32	Novaes & Mattos, 2009	4621		Prevalência de realização ECM pelo menos uma vez na vida: 80,9% (n=3739). Prevalência de realização MMG nos 2 anos anteriores à entrevista: 64,5% (n=2981)
33	Rezende Neta et al, 2011	45		Prevalência de realização ECM no mês anterior à entrevista: 42,2% (n=19)
35	Lima et al, 2011	2888		Prevalência de realização ECM: 35,2% (n=1018). Prevalência segundo faixa etária: 10-34 anos=30,7% e >34 anos=47,8%
41	Oliveira et al, 2017	243	Prevalência de conhecimento sobre ECM: 18% (n=44)	Prevalência de realização do ECM: 49% (n=119)
44	Brum et al, 2018	820		Prevalência de realização ECM: 88,5% (n=726)
46	Bushatsky et al, 2014	261		Prevalência de realização ECM: 13,8%
47	Arruda et al, 2015	40		Prevalência realização ECM alguma vez na vida: 42,5% (n=17)
48	Bushatsky et al, 2014	247		Prevalência de realização ECM alguma vez na vida entre mulheres 50-69 anos (n=58): 29,3% (n=17)
52	Palmero et al, 2007	253		Prevalência de realização anual ECM: 76,3% (n=193)
53	Barreto et al, 2012	3.608		Prevalência de realização ECM: 58,9% (n=2126). Prevalência de realização ECM segundo faixa etária: 40-49 anos (68,7%), 50-69 anos (15%) e >=70 anos (31,1%)
54	Lopes et al, 2016	525		Prevalência de realização ECM alguma vez: 59,0% (n=309)
62	Bim et al, 2010	885		Prevalência de realização ECM alguma vez: 49,3% (n=436). Entre aquelas que realizavam o exame, 28% o realizavam anualmente
64	Matos et al, 2011	439		Prevalência de realização ECM na última consulta ginecológica: 71,5% (n=314)
66	Silva et al, 2017	294		Prevalência de prática ECM adequada (realização anual) 67,3% (n=198)
67	Silva et al, 2009	104		Prevalência de realização ECM: 18,3% (n=19)
68	Oliveira et al, 2014	348		Prevalência de realização ECM alguma vez: 24,1% (n=84). Prevalência de realização ECM nos últimos 3 anos anteriores à entrevista: 15,5%

72	Bonfim et al, 2009	98		Prevalência de realização do ECM: 67,3% (n=66). Prevalência de realização do ECM anualmente: 43,9% (n=43).
83	Inagaki et al, 2008	89		Prevalência de ECM alguma vez na vida: 83,1% (n=74). Prevalência de realização do ECM semestralmente ou anualmente: 70,8% (n=63)
97	Brasil, IBGE, 2015	60.202 domicílios com indivíduos >=18 anos (não informa o número de mulheres)		Prevalência de realização de ECM alguma vez na vida entre as mulheres >=18 anos: 63,4%. Prevalência de realização de ECM no ano anterior à pesquisa entre as mulheres ≥18 anos: 31,4%.
98	Brasil, IBGE, 2021	90.846 domicílios com indivíduos >=15 anos (não informa o número de mulheres)		Prevalência de realização de ECM alguma vez na vida entre as mulheres >=18 anos: 69,5%. Prevalência de realização de ECM no ano anterior à pesquisa entre as mulheres ≥18 anos: 33,7%.

Um total de 28 pesquisas sobre o método do exame clínico da mama foram identificados, não houve estudos que avaliaram a atitude das mulheres em relação ao ECM, sobre o conhecimento encontrou-se 3 estudos descrevendo a variação de prevalência entre as mulheres de 9,9% a 18%, enquanto em relação a prática das mulheres, 26 estudos identificaram uma prevalência de realização variando entre 13,8% a 88,5%.

Quadro 5. Caracterização dos estudos classificados ao conceito CAP – Mamografia

MAMOGRAFIA (MMG)					
Nº tabela	Autor(es)	Amostra	C	A	P
2	Marchi et al., 2010	460 (327 atendidas em serviços públicos e 133 em serviços privados)			Prevalência de realização de MMG nos dois anos anteriores a pesquisa: 68%. Maior prevalência de MMG nos dois anos anteriores entre as mulheres com plano de saúde
3	Molina et al., 2003	261			Prevalência de realização MMG: 35,6% (n=93)
4	Vieira et al., 2015	17.964			Prevalência de realização de MMG previamente: 57,9% (n=10404)
5	Santos & Chubaci, 2011	98	Prevalência sobre conhecimento da MMG: 55% (n=61). Fontes de informação	53,8% (n=42) apresentam preocupação com a saúde	Prevalência de realização de MMG previamente: 77,6%. Motivos para não

			sobre MMG: profissionais da saúde, palestras, meios de comunicação, amigos e família	como motivo para realizar a MMG	realização da MMG: não teve recomendação médica, nunca terá a doença, não teve sintomas e medo
6	Watanabe, A. Y., 2020	202	Prevalência de conhecimento sobre MMG: 100% (n=202). Prevalência conhecimento sobre MMG considerado adequado (idade de início e periodicidade): 21,8% (n=44)		
7	Almeida et al., 2017	88			Prevalência de realização de MMG previamente: 93,2% (n=82). Entre aquelas que realizaram o exame (n=82), 61% (n=50) realizaram entre 1-5 exames, 19,5% (n=16) entre 6-10 vezes e 19,5% (n=16) realizaram >10 exames
8	D'Amorim, 1992	178			24% realizaram mamografia anteriormente
9	Rodrigues et al., 2015	67511			Prevalência de realização MMG previamente: 67,07%. Prevalência de realização MMG no 2 anos anteriores à pesquisa: 51,49% realizou no ano anterior à pesquisa
13	Sclowitz et al, 2005	879			Prevalência de realização da MMG "alguma vez na vida": 70% (IC95%: 66,8-73,0), dessas, 83,7% (IC 95%: 80,5-86,6) realizaram a última MMG há dois anos ou menos
16	Souza et al, 2017	241			Prevalência de realização da MMG alguma vez na vida: 61,4% (n=148). Prevalência de realização da MMG nos dois anos anteriores a entrevista: 44,4% (n=107)
17	Amorim et al, 2008	290			Prevalência de realização da MMG alguma vez na vida: 57,5%. Prevalência de realização da MMG nos dois anos prévios à entrevista: 49,2%
18	Barbosa et al, 2019	10.571			Prevalência de realização da MMG nos dois anos anteriores à entrevista: 79,4%. Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à entrevista, segundo região de residência: Norte:74,6% (IC95% 70,1 – 79,1); Nordeste:75,7% (IC95% 73,2 – 78,3); Centro-

					Oeste:76,0% (IC95% 73,0 – 78,8); Sul:80,6% (IC95% 78,0 – 83,2) e Sudeste:81,2% (IC95% 79,0 – 83,3)
24	Silva et al., 2013	116			Prevalência de realização MMG pelo menos uma vez na vida: 69,8% (n=81).
25	Marinho et al., 2008	663	Prevalência conhecimento sobre MMG: 93,5% (n=620). Prevalência conhecimento considerado adequado (disponibilidade, uso do exame e como o exame é praticado) sobre MMG: 7,4% (n=49)	Prevalência atitude adequada em relação à MMG (opinião favorável e a apoiavam): 90,8% (n=602)	Prevalência de realização MMG previamente: 38% (n=252). Prevalência de realização MMG de forma adequada (método e intervalo entre MMG <=2 anos): 35,7% (n=237)
26	Reyes-Ortiz et al., 2007	1167			Prevalência de realização MMG: 34,4% (n=401). Prevalência de realização MMG nos 2 anos anteriores à pesquisa: 30,2%
29	Gonçalves et al, 2017	1596	Prevalência conhecimento MMG: 28,6% (n=456)		
30	Silva et al, 2013	35			Prevalência de realização MMG: 71,4% (n=28)
31	Romeiro-Lopes et al, 2013	456			Prevalência de realização MMG nos 2 anos anterior à entrevista: 72,8%
32	Novaes & Mattos, 2009	4.621			Prevalência de realização MMG pelo menos uma vez na vida: 72,1% (n=3332).
33	Rezende Neta et al, 2011	45			Prevalência de realização MMG nos 2 anos anterior à entrevista: 40% (n=18)
35	Lima et al, 2011	2.888			Prevalência de realização MMG entre mulheres >34 anos idade (n=767): 7,5% (n=218)
36	Theme Filha et al, 2016	8.536			Prevalência de realização MMG alguma vez na vida: 68,4% (n=5839). Prevalência de realização MMG há menos de 2 anos anteriores à entrevista: 54,4% (n=4647)
39	Padovani et al, 2016	40			Prevalência de realização da MMG anualmente: 57,5% (n=23)
40	Brito et al, 2011	246	Prevalência de conhecimento sobre MMG: 91,9%. Prevalência de conhecimento adequado sobre MMG (disponibilidade, uso do exame e como ele é praticado): 24%		

41	Oliveira et al, 2017	243	Prevalência de conhecimento adequado sobre MMG (conhecem significado e a periodicidade): 59,7% (n=145)	Atitude adequada sobre MMG (solicitam o exame): 45,3% (n=110)	Prevalência de realização do MMG: 58,7% (n=94)
44	Brum et al, 2018	820			Prevalência de realização MMG entre mulheres >50 anos (n=274): 97,1% (n=266)
45	Schneider et al, 2013	914 mulheres adultas e 985 mulheres idosas	Prevalência de conhecimento adequado sobre MMG (resposta correta em 9 das 9 perguntas): entre as mulheres adultas 23,1% acertaram todas as questões (média de acerto 7,2 questões) e entre as idosas 15,3% acertaram todas as questões (média de acerto 6,4 questões)		
46	Bushatsky et al, 2014	261			Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre mulheres de 50-69 anos: 51,87% (n=14)
47	Arruda et al, 2015	40			Prevalência realização MMG alguma vez na vida entre mulheres com mais de 40 anos (n=13): 77% (n=10)
48	Bushatsky et al, 2014	247			Prevalência de realização MMG alguma vez na vida entre mulheres 50-69 anos (n=58): 82,8% (n=48). Prevalência de realização MMG nos 2 anos anteriores à entrevista entre mulheres 50-69 anos (n=58): 62,1% (n=36)
50	Chianca et al, 2015	30			Prevalência de realização MMG anteriormente: 76,7% (n=23). Prevalência de realização MMG ≤1 ano anterior à entrevista: 20% (n=6)
51	Seabra et al, 2018	211			Prevalência de realização MMG anteriormente: 93,8% (n=198). Prevalência de realização MMG no ano anterior à entrevista: 76,9% (n=159)
52	Palmero et al, 2007	253			Prevalência de realização MMG pelo menos uma vez na vida entre mulheres ≥40 anos (n=182): 92% (n=167) d. Prevalência de realização anual MMG entre mulheres ≥40 anos (n=182): 84% (n=153)
53	Barreto et al, 2012	3.608			Prevalência de realização MMG: 49% (n=1767). Prevalência de realização MMG segundo faixa etária: 40-

					49 anos (53,8%), 50-69 anos (56,8%) e ≥ 70 anos (26,2%)
54	Lopes et al, 2016	525			Prevalência de realização MMG anual: 54,1% (n=284). Prevalência de realização MMG anual segundo faixa etária: 40-49 anos (47,6%), 50-59 anos (57,1%), 60-69 anos (61,9%) e ≥ 70 anos (48,3%)
61	Seabra et al, 2017	211			Prevalência de realização prévia MMG entre as mulheres sem HFC de CM (n=155): 94,8% (n=147). Prevalência de realização MMG no ano anterior à pesquisa entre as mulheres sem HFC de CM (n=155): 75,5% (n=117). Prevalência de realização prévia MMG entre as mulheres sem HFC de CM (n=52): 88,5% (n=46). Prevalência de realização MMG no ano anterior à pesquisa entre as mulheres com HFC de CM (n=52): 71,2% (n=37)
62	Bim et al, 2010	885			Prevalência de realização MMG alguma vez: 24,2% (n=214). Prevalência de realização MMG anualmente ou semestralmente: 9% (n=77)
63	Bushatsky et al, 2015	84	46,4% (n=39) referiram que a MMG deve ser iniciada ≥ 40 anos e 4,8% (n=4) afirmaram ser ≥ 50 anos.		
64	Matos et al, 2011	439			Prevalência de realização MMG pelo menos uma na vida: 79,0% (n=347). Prevalência de realização MMG nos dois últimos 2 anos anteriores à pesquisa: 66,7% (n=293)
67	Silva et al, 2009	104			Prevalência de realização MMG: 1,0% (n=1)
68	Oliveira et al, 2014	348			Prevalência de realização MMG pelo menos uma vez: 13% (n=45). Prevalência de realização MMG nos últimos 2 anos anteriores à entrevista: 5,5%

71	Leal et al, 2005	2.265			Prevalência de realização MMG alguma vez na vida entre mulheres de 40-69 anos: 54,1% (n=611). Prevalência de realização MMG nos 3 anos anteriores à pesquisa entre mulheres de 40-69 anos: 47,2% (n=533) o realizaram. A frequência de realização da MMG alguma vez varia de acordo com o tamanho do município, sendo menos frequente nos municípios <50.000 hab (41,2%) e maior em municípios >=400.000 hab (69%)
72	Bonfim et al, 2009	98			Prevalência de realização MMG: 23,5% (n=23). Prevalência de realização MMG bianualmente: 7,1% (n=7).
76	Tiensoli et al, 2020	12.483			Prevalência de realização da MMG nos dois anos anteriores à pesquisa: 78,2%
77	Freitas & Weller, 2018	193	Conhecimento sobre MMG avaliado em 3 perguntas: "a realização da MMG aumenta a chance de encontrar um nódulo na mama?": 98,45% concordam com a afirmativa; "a realização da MMG diminui o risco de morrer por câncer de mama?": 86,01% concordam; "a MMG pode inibir o câncer de mama?": 26,42% concordam.		
78	Schneider et al, 2014	EpiFloripa adulto (n=447) e EpiFloripa idoso (n=510)			Prevalência de realização de MMG pelo menos uma vez na vida: mulheres adultas=89,9% (IC95%: 86,9-92,6); mulheres idosas=90,7% (IC95% 88,1-93,1). Prevalência de realização de MMG anualmente: mulheres adultas=43,5% (IC95%: 38,9-48,2) e mulheres idosas=38,3% (IC95%: 34,0-42,6)
81	Vieira et al, 2017	216			Prevalência de realização de MMG pelo menos alguma vez na vida: 77,5% (n=165). Prevalência de realização de MMG nos dois anos anteriores à pesquisa: 49,0% (n=102)
83	Inagaki et al, 2008	89			Prevalência de realização de MMG alguma vez na vida: 53,9% (n=48). Prevalência de realização MMG anualmente ou

					bienalmente: 47,2% (n=42)
84	Brasil, Ministério da Saúde, 2009	32.704 mulheres ≥18 anos (não informaram o no. de mulheres entre 50-69 anos)			Prevalência de realização de MMG alguma vez na vida entre as mulheres de 50-69 anos: 82,2% (IC95% 80,3 - 84,1%). Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos: 70,8% (IC95% 68,6 - 73,0%). Maior frequência entre aquelas com idade entre 50-59 anos e aquelas com maior nível de escolaridade
85	Brasil, Ministério da Saúde, 2010	32.918 mulheres ≥18 anos (não informaram o no. de mulheres entre 50-69 anos)			Prevalência de realização de MMG alguma vez na vida entre as mulheres de 50-69 anos: 86,0% (IC95% 84,4 - 87,6%). Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos: 71,3% (IC95% 69,3 - 73,6%). Maior frequência entre aquelas com idade entre 50-59 anos e aquelas com maior nível de escolaridade
86	Brasil, Ministério da Saúde, 2011	33.575 mulheres ≥18 anos (não informaram o no. de mulheres entre 50-69 anos)			Prevalência de realização de MMG alguma vez na vida entre as mulheres de 50-69 anos: 86,9% (IC95% 85,3 - 88,5%). Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos: 72,6% (IC95% 70,6 - 74,6%). Maior frequência entre aquelas com idade entre 50-59 anos e aquelas com maior nível de escolaridade
87	Brasil, Ministério da Saúde, 2012	31.503 mulheres ≥18 anos (não informaram o no. de mulheres entre 50-69 anos)			Prevalência de realização de MMG alguma vez na vida entre as mulheres de 50-69 anos: 87,6% (IC95% 86,4 - 89,3%). Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos: 73,3% (IC95% 71,4 - 75,3%). Maior frequência entre aquelas com idade entre 50-59 anos e aquelas com maior nível de escolaridade

88	Brasil, Ministério da Saúde, 2013	28.059 mulheres >=18 anos (não informaram o no. de mulheres entre 50-69 anos			Prevalência de realização de MMG alguma vez na vida entre as mulheres de 50-69 anos: 89,6% (IC95% 88,6 - 91,2%). Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos: 77,4% (IC95% 75,7 - 79,2%). Maiores frequência entre aquelas com idade entre 50-59 anos e a aquelas com maior nível de escolaridade
89	Brasil, Ministério da Saúde, 2014	32.653 mulheres >=18 anos (não informaram o no. de mulheres entre 50-69 anos			Prevalência de realização de MMG alguma vez na vida entre as mulheres de 50-69 anos: 89,7% (IC95% 88,5 - 90,9%). Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos: 78,0% (IC95% 76,4 - 79,6%). Maior frequência entre aquelas com idade entre 50-59 anos e aquelas com maior nível de escolaridade
90	Brasil, Ministério da Saúde, 2015	25.332 mulheres >=18 anos (não informaram o no. de mulheres entre 50-69 anos			Prevalência de realização de MMG alguma vez na vida entre as mulheres de 50-69 anos: 90,8% (IC95% 89,6 - 92,0%). Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos: 77,8% (IC95% 76,0 - 79,6%). Maior frequência entre aquelas com idade entre 50-59 anos e aquelas com maior nível de escolaridade
91	Brasil, Ministério da Saúde, 2016	32.653 mulheres >=18 anos (não informaram o no. de mulheres entre 50-69 anos			Prevalência de realização de MMG alguma vez na vida entre as mulheres de 50-69 anos: 91,9% (IC95% 90,8 - 93,0%). Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos: 78,1% (IC95% 76,5 - 79,8%). Maiores frequência entre aquelas com idade entre 50-59 anos e aquelas com maior nível de escolaridade

92	Brasil, Ministério da Saúde, 2017	32.952 mulheres >=18 anos (não informaram o no. de mulheres entre 50-69 anos			Prevalência de realização de MMG alguma vez na vida entre as mulheres de 50-69 anos: 94,0% (IC95% 93,1 - 95,0%). Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos: 78,2% (IC95% 76,5 - 79,9%). Maior frequência entre aquelas com idade entre 50-59 anos e aquelas com maior nível de escolaridade
93	Brasil, Ministério da Saúde, 2019	33.530 mulheres >=18 anos (não informaram o no. de mulheres entre 50-69 anos			Prevalência de realização de MMG alguma vez na vida entre as mulheres de 50-69 anos: 94,0% (IC95% 93,1 - 94,9%). Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos: 78,5% (IC95% 76,9 - 80,0%). Maior frequência entre aquelas com idade entre 50-59 anos e aquelas com maior nível de escolaridade
94	Brasil, Ministério da Saúde, 2019	33.356 mulheres >=18 anos (não informaram o no. de mulheres entre 50-69 anos			Prevalência de realização de MMG alguma vez na vida entre as mulheres de 50-69 anos: 93,9% (IC95% 93,1 - 94,8%). Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos: 78,0% (IC95% 76,6 - 79,3%). Maior frequência entre aquelas com idade entre 50-59 anos e aquelas com maior nível de escolaridade
95	Brasil, Ministério da Saúde, 2020	34.089 mulheres >=18 anos (não informaram o no. de mulheres entre 50-69 anos			Prevalência de realização de MMG alguma vez na vida entre as mulheres de 50-69 anos: 93,5% (IC95% 92,6 - 94,4%). Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos: 76,9% (IC95% 75,4 - 78,3%). Maior frequência entre aquelas com idade entre 50-59 anos e aquelas com maior nível de escolaridade

96	Brasil, Ministério da Saúde, 2021	17.320 mulheres >=18 anos (não informaram o no. de mulheres entre 50-69 anos			Prevalência de realização de MMG alguma vez na vida entre as mulheres de 50-69 anos: 94,9% (IC95% 93,9 - 96,0%). Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos: 78,0% (IC95% 75,4 - 80,1%). Maior frequência de MMG entre aquelas com idade entre 50-59 anos e aquelas com maior nível de escolaridade
97	Brasil, IBGE, 2015	60.202 domicílios com indivíduos >=18 anos (não informa o número de mulheres)			Prevalência de realização de MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos: 54,3% (IC 95% 52,4 - 56,2%). Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos residentes nas capitais brasileiras: 66,6% (IC 95% 64,4 - 68,8%). Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos segundo regiões do país: Norte (32,7%), Nordeste (41,6%), Sudeste (62,2%), Sul (59,7%) e Centro Oeste (48,4%).
98	Brasil, IBGE, 2021	90.846 domicílios com indivíduos >=15 anos (não informa o número de mulheres)			Prevalência de realização de MMG alguma vez na vida entre as mulheres de 50-69 anos: 75,8%. Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos: 58,3% (IC 95% 56,9 - 59,7%). Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos residentes nas capitais brasileiras: 67,3% (IC 95% 65,3 - 69,3%). Prevalência de realização MMG nos dois anos anteriores à pesquisa entre as mulheres de 50-69 anos segundo regiões do país: Norte (43,2%), Nordeste (49,5%), Sudeste (65,2%), Sul (58,8%) e Centro Oeste (56,6%). Entre as mulheres de 50-69 anos que realizaram MMG nos dois anos anteriores à pesquisa,

					50,4% realizaram o exame no SUS. Prevalência de realização de MMG alguma vez na vida entre as mulheres de 40-49 anos: 60,0%.
--	--	--	--	--	--

Em relação à mamografia, dos 93 estudos selecionados, 63 avaliaram o conceito CAP. Destes, 9 estudos trouxeram dados sobre conhecimento, 3 sobre atitude e 57 consideraram a prática das mulheres. Mapeou-se a prevalência das mulheres em relação a prática com variação entre 1,0% e 97,1%, sendo as maiores prevalências em estudos nos estados do Rio Grande do Sul, Pernambuco, Minas Gerais e Santa Catarina.

Quadro 6. Caracterização dos estudos classificados ao conceito CAP – população (mulheres com câncer de mama).

ESTUDOS QUANTITATIVOS (MULHERES COM CM)					
Nº tabela	Autor(es)	Amostra (com CM)	C	A	P
AEM					
43	Silva et al, 2011	18	Prevalência conhecimento AEM (ouviam falar): 100% (n=18)		Prevalência de realização do AEM: 88,88% (n=16). 87,50% iniciou essa prática após os 35 anos de idade. Nenhuma das mulheres realizava todas as etapas do AEM corretamente; 77,77% descobriu o câncer de mama através do AEM.
59	Leite et al, 2012	23	Prevalência de conhecimento AEM (sabem realizá-lo): 44,2%		Prevalência de realização AEM antes do diagnóstico de CM: 69,6% (n=16). Prevalência de realização mensal AEM antes do diagnóstico de CM: 26,1% (n=6)
60	Silva et al, 2013	206			Prevalência de realização AEM: 67,5% (n=139). Prevalência de realização AEM mensalmente: 48,5% (n=100)
ECM					
43	Silva et al, 2011	18	Prevalência conhecimento ECM (ouviam falar): 83,33% (n=15)		Prevalência de realização do ECM: 77,77% (n=14). Prevalência de realização do ECM anualmente: 61,1% (n=11)
60	Silva et al, 2013	206			Prevalência de realização prévia ECM em consultas ginecológicas: 61,4%
82	Bertoni et al, 2019	545			Prevalência de ECM regularmente (não definiu regularidade): 57,2% (n=257)
MMG					
43	Silva et al, 2011	18	Prevalência conhecimento MMG (ouviam falar): 100% (n=18)		Prevalência realização MMG alguma vez na vida: 50% (n=9). 88,88% iniciaram a prática MMG após os 35 anos de idade

			falar): 94,44% (n=17)	
58	Tramonte et al, 2016	156		Prevalência de realização MMG anual/bienalmente entre mulheres >=40 anos (n=131): 37,4% (n=49)
59	Leite et al, 2012	23		Prevalência de realização MMG antes do diagnóstico de CM: 60,9% (n=14). Prevalência de realização MMG anualmente antes do diagnóstico de CM: 47,8% (n=11)
60	Silva et al, 2013	206		Prevalência de realização MMG previamente: 70,9% (n=146). Prevalência de realização MMG anualmente ou bienalmente: 55,3% (n=114)
82	Bertoni et al, 2019	545		Prevalência de MMG regularmente (não definiu regularidade): 55,6% (n=223)

No Quadro 6 foram categorizados separadamente as pesquisas quantitativas realizadas com amostra de mulheres diagnosticadas com câncer de mama revelando total de 5 estudos, destes não houve nenhum que avaliou o conceito atitude, 2 estudos avaliaram conhecimento sobre o AEM, o ECM e a MMG apresentando variação de prevalência nas mulheres de 44,2% a 100%. Em sua maioria, encontrou-se nos 5 estudos prevalência da prática variando entre 26,1% a 88,88% em AEM, ECM e MMG por mulheres na região do Sudeste, somente uma pesquisa de amostra nacional.

No Quadro 7 são apresentadas as pesquisas qualitativas incluídas na revisão. Identificou-se 11 pesquisas qualitativas, que apresentam análises do conceito CAP; sendo 2 relacionadas ao conhecimento de sinais e sintomas e 4 sobre o AEM, não foi obtido estudos que examinasse o conhecimento sobre o ECM e a MMG. A atitude aparece como conceito analisado em 2 pesquisas sobre o AEM. Já a temática prática se apresenta na maioria dos estudos (9), caracterizando a ocorrência das práticas de rastreamento do AEM, do ECM e da MMG por mulheres nas regiões do Nordeste, Sudeste e Sul.

Quadro 7. Caracterização dos estudos classificados ao conceito CAP – estudos do tipo qualitativos.

ESTUDOS QUALITATIVOS						
Nº tabela	Autor(es)	Amostra (sem CM)	Amostra (com CM)	C	A	P
Sinais e sintomas preocupantes						
27	Silva, R.M. et al., 2018		26	Tradução do texto em inglês: "Eu não tenho câncer, meu problema não é câncer, era somente um caroço..., mas ele continuou crescendo, crescendo [...]. Não era "aquela coisa", era somente um caroço que cresceu, mas era benigno. Depois que uma secreção escura apareceu, o médico suspeitou e pediu para retirá-la". "Eu notei um tipo de "glândula" na minha mama, mas minha mãe estava um pouco doente e eu tinha que cuidar dela" [...] Esperei até eu não poder escondê-lo mais [...]"		
70*	França et al, 2015	72		Algumas participantes (não foi informado o número) apresentam conhecimento limitado sobre detecção precoce do CM, conhecimento limitado sobre AEM e resistência em relação ao conhecimento sobre CM e sobre detecção precoce.		
AEM						
11	Nascimento , 2009		10	As entrevistadas possuíam conhecimento sobre a existência e importância do AEM, porém, muitas não o praticavam de forma correta ou desconheciam a periodicidade e técnica indicada. Referiram a importância de disseminar a informação entre as mulheres	AEM apresenta principalment e sinônimo de prevenção e cuidado com a própria saúde.	
15	Fialho, 2004	34				Algumas (não informado número) referiram realizar AEM de forma assistemática, somente 4 (11,7%) o realizavam entre o 5o. e 7o. dia do ciclo menstrual. Motivos para a não realização do AEM: não sei fazer, nunca me ensinaram, tenho medo de encontrar alguma coisa e me ensinaram, mas esqueço, às vezes até faço, mas só quando dói. Solicitou para as mulheres realizarem o AEM:

19*	Gonçalves et al, 2009		58			Prevalência de realização ECM antes do diagnóstico do CM: 39,7% (n=23). Prevalência de realização ECM anualmente antes do diagnóstico do CM 32,8% (n=19)
49	Viegas et al, 2021	20				Aspectos positivos: compreenderam a multidisciplinaridade e na USF, o comportamento acolhedor e a assistência com cuidado e atenção. Aspectos negativos: insegurança do atendimento prestado por algumas enfermeiras (realização do ECM) e atendimento inadequado realizado por alguns médicos
MM						
19*	Gonçalves et al, 2009		58			Prevalência de realização MMG antes do diagnóstico do CM: 41,2%(n=24). Prevalência de realização MMG anual antes do diagnóstico do CM: 31,0% (n=18)
27	Silva, R.M. et al., 2018		26			Tradução do inglês: "Eu estava com medo de fazer o exame que pressionada a mama e machuca" "Eu costumava a fazer exames regulares, mas eu tinha medo de ir buscar o resultado"

28	Gomes et al, 2018	13				Motivos para a não realização da mamografia: dificuldade de acesso à mamografia (necessidade de enfrentar filas para consulta médica com vistas à obtenção do pedido do exame, longa distância entre residência e serviços que realizam mamografia, médicos não solicitam mamografia, falta de ações de educação em saúde enfatizando a importância da mamografia para a detecção precoce do câncer de mama), crenças sobre o cuidado com a mama (por não apresentar sinais e sintomas acreditam que não necessitam da mamografia, medo de descobrir câncer de mama), vergonha e desconforto frente ao procedimento (vergonha de expor a mama durante procedimento, desconforto ocasionado pelo mamógrafo)
49	Viegas et al, 2021	20				Escolha do serviço para realização da MMG baseado na delicadeza durante exame e dor. Insegurança do atendimento prestado por algumas enfermeiras (devolução do resultado MMG)

73	Cabral et al, 2019		35			Grupo 1 (n=7): mulheres com idade entre 51-69 anos, alto nível de escolaridade e atendimento em serviço privado: consciência da necessidade de acompanhamento regular. Grupo 2 (n=13): mulheres com idade entre 35-58 anos, nível de escolaridade intermediário e atendimento no SUS e no sistema privado: conhecimento sobre cuidado com a saúde e intenção de realização de MMG regularmente - desejo às vezes frustrado devido a dificuldade de acesso ao exame. Grupo 3 (n=15): mulheres com idade entre 43-79 anos, escolaridade <8anos e atendimento no SUS: menor frequência de consultas ginecológicas e realização de MMG.
79*	Hermel et al, 2016		109. Estudo quantitativo: Grupo 1 (n=39); Grupo 2 (n=72). Estudo qualitativo (n=4 mulheres com CM participantes no estudo quanti)			Grupo 2 (n=72): mulheres do projeto de seguimento /preventivo mamográfico

*Estudos quanti/qualitativos

5 DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão de escopo relataram evidências variadas sobre o conhecimento, atitude e prática (CAP) em relação à prevenção secundária do câncer de mama no Brasil. Considera-se o CAP da população crucial para contribuir para a detecção precoce e tratamento oportuno da doença, assim como significativo para políticas e esforços de intervenção.

Os estudos incluídos revelaram que as mulheres apresentam conhecimento positivo, não sempre adequado, relacionado aos sinais e sintomas de alerta e aos métodos de rastreamento mamográfico. O câncer de mama pode ser percebido em fases iniciais, nesta revisão poucos estudos avaliaram a prevalência sobre o conhecimento de sinais e sintomas do câncer de mama, resultando no conhecimento pelas mulheres sem abrangência, estas identificam em sua maioria a presença do nódulo.

Estudos sobre o método do ECM foram os menos encontrados, sugerindo baixas evidências do CAP deste exame no Brasil. Um estudo transversal realizado entre mulheres de pelo menos 18 anos que passaram por triagem cervical em unidades de saúde do município do Rio de Janeiro mostrou associações significativas entre idade e razão para a visita ginecológica, onde a prevalência de não realização do ECM foi marcadamente maior em mulheres com 40 anos ou mais quando a visita foi motivada por queixas ginecológicas (MARTINS *et al.*, 2015).

Nesta revisão observa-se um grande número de estudos investigando essa prática, significando que pesquisadores e profissionais da saúde no país continuam a valorizá-la. Também identificou-se uma alta prevalência da prática

do AEM entre as mulheres estudadas, mesmo que a periodicidade e técnica utilizada não sejam recomendadas.

Apesar da grande difusão do ensino do método de AEM na segunda metade do século XX, a consistência dos resultados de dois grandes ensaios clínicos e das revisões sistemáticas sobre o tema fez com que, nos últimos dez anos, o ensino do AEM deixasse de ser recomendado no meio acadêmico e pelos programas de rastreamento na maior parte do mundo (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2012). Assim, considera-se importante a divulgação desta informação nas universidades, serviços de saúde e entre a população com o escopo de difundir o *breast awareness*, ou seja, a consciência da própria mama, identificando os sinais e sintomas do CM e a necessidade da busca do serviço de saúde o mais prontamente possível em caso de detecção de alguma alteração suspeita. Também é importante a divulgação sobre a epidemiologia do CM, o seu tratamento e a possibilidade de cura.

Grande parte dos estudos investigou a MMG como método de rastreamento, condizente com a difusão das evidências sobre o efeito do rastreamento mamográfico na redução da mortalidade pelo CM. A maioria dos estudos de base populacional identificados que investigaram a prevalência de realização de MMG foram realizados nas capitais brasileiras, onde existe maior acesso ao exame mamográfico. É importante que os gestores compreendam que somente a implementação de um programa de rastreamento organizado a nível populacional, implementação da linha de cuidado para o CM e estruturação dos serviços de saúde possivelmente poderá conseguir reduzir a mortalidade por esta neoplasia.

Se faz conveniente apontar que a pandemia da doença do coronavírus - COVID-19 impactou globalmente a realização de exames e procedimentos cirúrgicos. A decorrência da pandemia, não somente se restringiu ao sistema de saúde, como também se estendeu aos cuidados de pacientes oncológicos. Conforme os resultados de uma pesquisa sugere que houve redução de 1.705.475 MMG no Brasil somente em 2020, o que representa uma baixa de cerca de 40% em relação ao ano anterior. A redução de mais de dois milhões de MMG observadas durante os anos de 2020 e 2021 no Brasil é alarmante. Os motivos que levaram a população a deixar de realizar os exames rotineiros ou de diagnóstico, causando a diminuição expressiva da sua prática, foram diversas: medo de contrair a infecção de COVID-19, suspensão de atendimentos e realocação de profissionais de saúde para setores do combate à pandemia, entre outras (DEMARCHI *et al*, 2022).

Limitações do estudo

Não checamos inteiramente a literatura cinzenta que inclui publicação não revisada por pares ou documentos/relatórios produzidos em todos os níveis de governos e acadêmicos devido ao tempo limitado de finalização do mestrado, e, portanto, pode-se ter perdido alguns estudos elegíveis. Também podemos ter excluído por engano alguns artigos na primeira fase de triagem de revisão de títulos e resumos onde as informações CAP não foram mencionadas.

6 CONCLUSÃO

A presente revisão de escopo mostrou que a temática mapeada sobre prevenção secundária vem sendo melhor explorado nos últimos anos, principalmente em decorrência da ampliação dos programas de prevenção. Cabe ressaltar a escassez de pesquisas em estados do Norte e Centro-Oeste do Brasil. A presente revisão evidencia significativa lacuna quanto avaliação da estratégia de *breast awareness*. Também observou-se que as mulheres muitas vezes não tinham conhecimento adequado sobre métodos de rastreamento. Embora a prática não dependa apenas de conhecimento, alto nível de conhecimento pode levar a uma atitude positiva e alta prática.

Esta revisão apontou evidências de alta prevalência da prática relacionada a prevenção secundária em todas as participantes incluídas nos estudos. Entretanto, ainda existe uma lacuna significativa na avaliação da atitude em relação aos métodos de rastreamento, sugerindo que as intervenções devem ir além de conhecimento e prática, mas compreender como as mulheres são afetadas positivamente pelas atitudes. Portanto, é importante fortalecer a educação em saúde, a divulgação de informações recomendadas e a conscientização sobre a conhecimento, atitude e prática da prevenção ao câncer de mama para possibilitar uma redução na mortalidade por esta doença.

7 REFERÊNCIAS

ALLEMANI, C.; MATSUDA, T.; DI CARLO, V., *et al.* CONCORD Working Group. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. **Lancet**, v. 391, n. 10125, p.1023-1075, 2018.

ALMEIDA, A. I. M. **Conhecimento, atitude e prática acerca da detecção precoce do câncer de mama no âmbito da Estratégia de Saúde da Família**. 2016. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **O atlas: consulta** [Internet]. 2010. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta>. Acesso em: 03 maio 2021.

AHMADIAN, M.; SAMAH, A.A. Application of health behavior theories to breast cancer screening among asian women. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 14, p. 4005-13, 2013.

AZEVEDO, A. C.; CANELLA, E. O.; DJAHJAH, M. C.; KOCH, H. A. Conduta das funcionárias de um hospital na adesão ao programa de prevenção do câncer de mama. **Radiol Bras**, v. 45, n. 4, p.215-218, 2012.

BARROS, A. F.; UEMURA, G.; MACEDO, J. L. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. **Femina**, v. 40, n.1, p. 31-36, 2012.

BARBOSA, Y. C. *et al.* Fatores associados à não realização de mamografia: pesquisa nacional de saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 22, e190069, 2019.

BATISTON AP, TAMAKI EM, SOUZA LA, SANTOS MLM. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, v.11, n. 2, p.163-171, 2011.

BILANI, N.; ZABOR, E. C.; ELSON, L.; ELIMIMIAN, E. B.; NAHLEH, Z. Breast Cancer in the United States: A Cross-Sectional Overview. **J Cancer Epidemiol**, v. 30, n. 2020, p. 6387378, 2020.

BOMB, M.; HIOM, S.; KUMAR, H. *et al.* Saving lives, averting costs. **Cancer Research**, UK, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018:

incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 07 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. **Brasília: Ministério da Saúde**, p. 160, 2017.

BUSHATSKY, M.; LIMA, K.; MORAES, L. X. *et al.* Câncer de mama: ações de prevenção na atenção primária à saúde. **Rev enferm UFPE on line**, Recife. v. 8, n. 10, p. 3429-36, 2014.

CAREY, L. A.; PEROU, C. M.; LIVASY, C. A. *et al.* Race, breast cancer subtypes, and survival in the Carolina Breast Cancer Study. **JAMA**, v. 295, n. 21, p. 2492-2502, 2006.

COHN, W.; NOVICOFF, W.; DEANMM; GUTERBOCK, T.; REXRODE, D.; EGGLESTON, C. *et al.* Are women willing to change breast cancer screening guidelines. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**, v. 24, n. 4, p. 765, 2015.

COLQUHOUN, H. L.; LEVAC, D.; O'BRIEN, K. K. *et al.* Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. **J Clin Epidemiol**, v. 67, n. 12, p. 1291-4, 2014.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M.; FERREIRA, M. L.; REIS, J. R.; FRANCESCHINI, S. C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enferm**, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.

DEMARCHI, P. K. H; MAURER, E.; PIERINI, N.I.; LAMMEL, B.L. *et al.* O Impacto da Pandemia da Covid-19 no Volume de Mamografias no Brasil: uma Análise de Previsão Baseada nos Números Históricos. **Rev. Bras. Cancerol**, v. 68, n. 3, e-232566, 2022.

FERLAY, J.; ERVIK, M.; LAM, F.; *et al.* Global Cancer Observatory: Cancer Today. **Lyon: International Agency for Research on Cancer**, 2018.

FERREIRA, B.P.S.; PIMENTEL, M. D.; SANTOS, L. C.; DI FLORA, W.; GOBBI, H. Morbidade entre a pós - biópsia de linfonodo sentinela e a dissecação morbididade. **Rev. Ass. Med. Bras**, v. 54, n. 6, p. 517-21, 2008.

GIRIANELLI, V. R.; GAMARRA, C. J.; SILVA, G. A. Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil. **Rev Saúde Públ**, v. 48, n. 3, p. 459- 467, 2014.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE CANCER COLLABORATION, FITZMAURICE, C.; AKINYEMIJU, T. F.; AL LAMI, F. H. *et al.* Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. **JAMA Oncol**, v. 4, n. 11, p. 1553-1568, 2018.

INCA - **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf. Acesso em: 20 abr. 2021.

INCA - **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Detecção precoce do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2021.

INCA - **Instituto Nacional de Câncer (Brasil)**. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa_2023.pdf. Acesso em: 07 jan. 2023.

JEDY-AGBA, E.; MCCORMACK, V.; ADEBAMOWO, C.; DOS-SANTOS-SILVA, I. Stage at diagnosis of breast cancer in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Glob Health**, v. 4, n.12, p. 923-e935, 2016.

KOOTSTRA, J. J.; HOEKSTRA-WEEBERS, J. E.; RIETMAN, J. S.; VRIES, J.; BAAS, P. C.; GEERTZEN, J. H. B. *et al.* A longitudinal comparison of arm morbidity in stage i-ii breast cancer patients treated with sentinel lymph node biopsy, sentinel lymph node biopsy followed by completion lymph node dissection, or axillary lymph node dissection. **Annals of Surgical Oncology**, v. 17, n. 9, p. 2384–94, 2010.

LANGER, I.; GULLER, U.; BERCLAZ, G.; KOECHLI, O. R.; SCHAEER, G.; FEHR, M. K. *et al.* Morbidity of sentinel lymph node biopsy (sln) alone versus sln and completion axillary lymph node dissection after breast cancer surgery: a prospective swiss multicenter study on 659 patients. **Annals of Surgery**, v. 245, n. 3, p.452–61, 2007.

LATOSINSKY, S.; DABBS, K.; MOFFAT, F. Evidence-based surgery canadian association of general surgeons and american college of surgeons evidence-based reviews in surgery. 27. Quality-of-life outcomes with sentinel node biopsy versus standard axillary treatment in patients with. **Canadian Journal of Surgery**, v. 51, n. 6, p. 483–485, 2008.

LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; O'BRIEN, K. K. Scoping studies: advancing the methodology. **Implement Sci**, v. 5, p. 69, 2010.

LEE, B. L.; LIEDKE, P. E.; BARRIOS, C.H.; SIMON, S. D.; FINKELSTEIN, D. M.; GOSS, P. E. Breast cancer in Brazil: present status and future goals. **Lancet Oncol**, v. 13, p. 95-102, 2012.

LIGIBEL, J. A.; BASEN-ENGQUIST, K.; BEA, J.W. Weight Management and Physical Activity for Breast Cancer Prevention and Control. **Am Soc Clin Oncol Educ Book**, v. 39, p. 22-33, 2019.

LO-FO-WONG, D.N.N; SITNIKOVA, K.; SPRANGERS, M.A.G.; DE HAES, H.C.J.M. Predictors of health care use of women with breast cancer: A systematic review. **Breast Journal**, v. 21, n. 5, p. 508–13, 2015.

LUINI, A.; GATTI, G.; BALLARDINI, B.; ZURRIDA, S.; GALIMBERTI, V.; VERONESI, P. *et al.* Development of axillary surgery in breast cancer. **Annals of Oncology**, v. 16, p. 259–262, 2005.

MARMOT, M.G.; ALTMAN, D.G.; CAMERON, D.A. *et al.* The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. **Br J Cancer**, v. 108, p. 2205-40, 2013.

MATHUR, P.; SATHISHKUMAR, K.; CHATURVEDI, M. *et al.* Investigator Group. Cancer Statistics, 2020: Report From National Cancer Registry Programme, India. **JCO Glob Oncol**. v. 6, p. 1063-1075, 2020.

MARTINS, L. F.; DE ALMEIDA, L. M.; SZKLO, A. S.; TUPINAMBÁ, H. A.; SZKLO, M.; COELI, C. M. The association between scheduling a gynecologic clinical visit and clinical breast examination in Rio de Janeiro. **Int J Gynaecol Obstet**, v.131, p.289-292, 2015.

MAVADDAT, N.; PHAROAH, P.D.; MICHAILIDOU, K. *et al.* Prediction of Breast Cancer Risk Based on Profiling With Common Genetic Variants. **JNCI**, v. 107, p. 5, 2015.

MIGOWSKI, A.; STEIN, A.T.; FERREIRA, C.B. *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil I – Métodos de elaboração. **Cad Saúde Pública**, 2018.

MIGOWSKI, A. R. *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. **Cad Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 2018.

MITTRA, I.; MISHRA, G. A.; DIKSHIT, R. P.; GUPTA, S.; KULKARNI, V. Y.; SHAIKH, H. K. *et al.* Effect of screening by clinical breast examination on breast cancer incidence and mortality after 20 years: prospective, cluster randomised controlled trial in Mumbai. **BMJ**, v. 372, n. 256, 2021.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (Estados Unidos da América). International

Cancer Screening Network. Breast Cancer Screening Programs in 26 ICSN Countries, 2012: Organization, Policies, and Program Reach. Bethesda, [2012]. Disponível em: <http://appliedresearch.cancer.gov/icsn/breast/screening.html>. Acesso em: 19 jan. 2021.

NORDENSKJÖLD, A. E.; FOHLIN, H.; ARNESSON, L. G.; EINBEIGI, Z.; HOLMBERG, E.; ALBERTSSON, P. *et al.* Breast cancer survival trends in different stages and age groups - a population-based study 1989-2013. **Acta Oncol**, v. 58, n.1, p. 45-51, 2019.

OLIVEIRA, F. C.; KRETZMANN, C. K. **Determinantes da realização de exame preventivo de mamografia por parte da mulher brasileira.** In: Anais do X Encontro Brasileiro de Economia da Saúde; Porto Alegre, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Estimativas Globais de Saúde 2020: Mortes por Causa, Idade, Sexo, por País e por Região, 2000-2019. Disponível em: who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death. Acesso em: 21 de abr. 2021.

PAIVA, E. P.; MOTTA, M. C.; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 88-93, 2010.

PANIS, C.; KAWASAKI, A. C.; PASCOTTO, C. R.; *et al.* Revisão crítica da mortalidade por câncer usando registros hospitalares e anos potenciais de vida perdidos. **Einstein** (São Paulo), v. 16, n. 1, p. 1-7, 2018.

PETERS, M. D.; MARNIE, C.; TRICCO, A. C.; POLLOCK, D.; MUNN, Z.; ALEXANDER, L. *et al.* "Updated Methodological Guidance for the Conduct of Scoping Reviews". **JBI Evid Synth**, v. 18, n. 10, p. 2119–2126, 2020.

POLÍTICA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER. Relatório de Políticas e Programas de Governo. 2019

PURUSHOTHAM, A. D.; UPPONI, S.; KLEVESATH, M. B.; BOBROW, L.; MILLAR, K.; MYLES, J. P. *et al.* Morbidity after sentinel lymph node biopsy in primary breast cancer: results from a randomized controlled trial. **Journal Of Clinical Oncology**, v. 23, n. 19, p. 4312–21, 2005.

RENNA JUNIOR, N. L.; SILVA, G. de A. Diagnóstico Tardio de Câncer de Mama no Brasil: Análise de Dados de Registros de Câncer de Base Hospitalar (2000-2012). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, pág. 127-136, 2018.

ROMANOFF, A.; CONSTANT, T. H.; JOHNSON, K. M.; *et al.* Association of Previous Clinical Breast Examination with Reduced Delays and Earlier-Stage Breast Cancer Diagnosis Among Women in Peru. **JAMA Oncol**, v. 3, p. 1563-1567, 2017.

SANTOS, C. S.; ARAÚJO, A. C.; REZENDE E SILVA, F. M.; QUADROS, K. A.;

SANTOS, R. C.; ANDRADE, S. N. Conhecimento sobre câncer de mama entre enfermeiros da atenção primária de Divinópolis/MG. **Rev. Nursing**, v. 23, n. 267, p. 4452 – 4458, 2020.

SANTOS GD, CHUBACI RYS. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde colet**, v. 16, n. 5, p. 2533-2540, 2011.

SIEGEL, R. L.; MILLER, K. D.; FUCHS, H. E.; JEMAL, A. Cancer statistics, 2022. **CA Cancer J Clin**, v. 72, n.1, p. 7-33, 2022.

SILVA, R. C. **Evidências científicas e análise comparada de programas de rastreamento: elementos para a discussão de pré-requisitos ao rastreamento organizado de câncer de mama no Brasil**. 2012. Tese. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2012.

SILVA, P. F. et al. Associação entre as variáveis sociodemográficas e estadiamento clínico avançado das neoplasias da mama em hospital de referência no Espírito Santo. **Rev. Bras. Cancerol**, v. 3, n. 59, p. 361-367, 2013.

SHAMS, M.; FAYAZBAKHS, A.; SAFARI, M. Revisão de estudos realizados sobre a eficácia das intervenções educacionais em saúde para corrigir o comportamento da mulher na realização do autoexame das mamas. **Res básicas de câncer de Clin**, v. 6, p. 2-9, 2014.

SCLOWITZ, M. L.; MENEZES, A. M.; GIGANTE, D. P.; TESSARO, S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 340–9, 2005.

SUNG, H.; FERLAY, J.; SIEGEL, R. L.; LAVERSANNE, M.; SOERJOMATARAM, I.; JEMAL, A.; *et al.* Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J Clin**, v. 71, p. 209-249, 2021.

TEIXEIRA, C. L. Um corpo que dói: Considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. **Lat. Am. J. Fundam. Psychopathol**, v. 6, n. 1, p. 21-42, 2006.

THULER, L.C.; MENDONÇA, G. A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n. 11, p. 656-60, 2005.

THORNTON, H.; PILLARISSETTI, R. R. 'Breast awareness' and 'breast self-examination' are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do?. **Eur J Cancer**, v. 44, n. 15, p. 2118-21, 2008.

TRUFELLI, D. C.; MIRANDA, V. C.; SANTOS, M. B.; FRAILE, N. M.; PECORONI, P. G.; GONZAGA, S. F. *et al.* Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Rev Assoc Med Bras**.

v. 54, n. 17, p.72-76, 2008.

TRICCO, A. C.; LILLIE, E.; ZARIN, W.; O'BRIEN, K. K.; COLQUHOUN, H.; LEVAC, D. *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Ann Intern Med**, v. 169, n. 7, p. 467-73, 2018.

TAHERGORABI, Z.; MOHAMMADIFARD, M.; SALMANI, F.; MOODI, M. Breast cancer screening behavior and its associated factors in female employees in South Khorasan. **J Educ Health Promot**, v. 10, p. 102, 2021.

UNGER-SALDANA, K.; MIRANDA, A.; ZARCO-ESPINOSA, G.; MAINERO-RATCHELOUS, F.; BARGALLO-ROCHA, E.; MIGUEL LAZARO-LEON, J. Atraso no sistema de saúde e seu efeito no estágio clínico do câncer de mama: Estudo Multicentro. **Câncer**, v. 121, p. 2198-2206, 2015.

URBAN, L. A.; SCHAEFER, M. B.; DUARTE, D. L.; SANTOS, R. P.; MARANHÃO, N. M.; KEFALAS, A. L. *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 rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. **Radiol Bras**, v. 45, n. 6, p. 334-339, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. **WHO**; 2020. Disponível em: [who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghle-leading-causes-of-death](https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghle-leading-causes-of-death). Acesso em: 21 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. **Globocan**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>. Acesso em: 20 abr 2021

WÜNSCH-FILHO, V.; ANTUNES, J. L.; BOING, A. F.; LORENZI, R. L. Perspectivas da investigação sobre Determinantes Sociais em Câncer. **Rev Saúde Col**, v. 18, n. 3, p. 427-50, 2008.

Anexo I: Estratégia de pesquisa

PubMed busca realizada em 14 de outubro 2021.

Search	Query	Records retrieved
#1	((((((((((((((((((("breast neoplasms"[MeSH Terms])) OR ("breast cancer"[Title/Abstract])) OR ("breast neoplasms"[MeSH Terms])) OR ("breast tumors"[Title/Abstract])) OR ("breast tumor"[Title/Abstract])) OR ("breast carcinoma"[Title/Abstract])) OR ("breast carcinomas"[Title/Abstract])) OR ("human mammary neoplasms"[Title/Abstract])) OR ("mammary cancer"[Title/Abstract])) OR ("malignant neoplasm of breast"[Title/Abstract])) OR ("breast malignant neoplasm"[Title/Abstract])) OR ("breast malignant neoplasms"[Title/Abstract])) OR ("malignant tumor of breast"[Title/Abstract])) OR ("breast malignant tumor"[Title/Abstract])) OR ("breast malignant tumors"[Title/Abstract])) OR ("cancer of breast"[Title/Abstract])) OR ("cancer of the breast"[Title/Abstract])) OR ("tumeurs du sein"[Title/Abstract]))	
#2	((((((((((("knowledge"[Title/Abstract]) OR ("health knowledges"[Title/Abstract])) OR ("attitude"[Title/Abstract])) OR ("attitudes"[Title/Abstract])) OR ("opinions"[Title/Abstract])) OR ("opinion"[Title/Abstract])) OR ("attitude to health"[MeSH Terms])) OR ("health behavior"[MeSH Terms])) OR ("health attitude"[Title/Abstract])) OR ("health attitudes"[Title/Abstract])) OR ("practice"[Title/Abstract])) OR ("behaviors"[Title/Abstract])) OR ("health related behavior"[Title/Abstract]))	
#3	((("signs and symptoms"[MeSH Terms]) OR ("signs"[Title/Abstract])) OR ("symptoms"[Title/Abstract])) OR ("signes et symptomes"[Title/Abstract])) OR ("mammography"[MeSH Terms])) OR ("breast self examination"[MeSH Terms])) OR ("early detection of cancer"[MeSH Terms])) OR ("early diagnosis"[MeSH Terms])) OR ("diagnostic precoce"[Title/Abstract])) OR ("mass screening"[MeSH Terms])) OR ("mass screenings"[Title/Abstract])) OR ("screening"[Title/Abstract])) OR ("screenings"[Title/Abstract])) OR ("cancer early detection"[Title/Abstract])) OR ("cancer screening"[Title/Abstract])) OR ("cancer screening tests"[Title/Abstract])) OR ("cancer screening test"[Title/Abstract])) OR ("early diagnosis of cancer"[Title/Abstract])) OR ("cancer early diagnosis"[Title/Abstract])) OR ("awareness"[MeSH Terms])) OR ("awarenesses"[Title/Abstract])) OR ("situational awareness"[Title/Abstract])) OR ("situation awareness"[Title/Abstract])) OR ("cancer awareness"[Title/Abstract])) OR ("breast cancer awareness"[Title/Abstract])) OR ("breast awareness"[Title/Abstract])) OR ("breast self examination"[Title/Abstract]))	

	OR ("palpation"[MeSH Terms]) OR ("clinical breast examination"[Title/Abstract]) OR ("breast examination"[Title/Abstract]) OR ("breast examinations"[Title/Abstract]) OR ("clinical examination"[Title/Abstract]) OR ("clinical breast exam"[Title/Abstract]) OR ("cbe"[Title/Abstract]) OR ("physical examination"[MeSH Terms]) OR ("gynecological examination"[MeSH Terms]) OR ("gynecological examinations"[Title/Abstract]) OR ("gynecological exam"[Title/Abstract]) OR ("gynecological exams"[Title/Abstract]) OR ("mammographies"[Title/Abstract]) OR ("digital mammography"[Title/Abstract]) OR ("digital mammographies"[Title/Abstract]) OR ("prevention and control"[Title/Abstract]) OR ("preventive measures"[Title/Abstract]) OR ("prevention"[Title/Abstract]) OR ("control"[Title/Abstract]) OR ("secondary prevention"[MeSH Terms]) OR ("secondary preventions"[Title/Abstract]) OR ("secondary disease prevention"[Title/Abstract])	
#4	((("woman"[Title/Abstract]) OR ("women"[Title/Abstract])) OR ("female"[Title/Abstract]))	
#5	((((((((((((((((((((((("brazil"[All Fields]) OR ("brasil"[All Fields])) OR ("s o paulo"[All Fields])) OR ("rio de janeiro"[All Fields])) OR ("espírito santo"[All Fields])) OR ("rio grande do sul"[All Fields])) OR ("santa catarina"[All Fields])) OR ("parana"[All Fields])) OR ("minas gerais"[All Fields])) OR ("bahia"[All Fields])) OR ("sergipe"[All Fields])) OR ("alagoas"[All Fields])) OR ("pernambuco"[All Fields])) OR ("ceara"[All Fields])) OR ("rio grande do norte"[All Fields])) OR ("maranhao"[All Fields])) OR ("para"[All Fields])) OR ("amapa"[All Fields])) OR ("amazonas"[All Fields])) OR ("acre"[All Fields])) OR ("rondonia"[All Fields])) OR ("mato grosso"[All Fields])) OR ("distrito federal"[All Fields])) OR ("tocantins"[All Fields])) OR ("goias"[All Fields])) OR ("mato grosso do sul"[All Fields]))	
#6	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5	174
No Limits		