



CURSO DE FISIOTERAPIA

PAMELA BONALDO

**ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS DE
PACIENTE COM CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

Sinop/MT

2023

CURSO DE FISIOTERAPIA

PAMELA BONALDO

**ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS DE
PACIENTE COM CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do **Departamento de Fisioterapia**, do Centro Universitário Fasipe - UNIFASIPE, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^ª. Ma. Jocemara Patricia Silva de Souza Parrela.

Sinop/MT

2023

PAMELA BONALDO

**ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS CUIDADOS
PALIATIVOS DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA: UMA
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Fisioterapia do Centro Educacional Fasipe – UNIFASIPE como requisito parcial para a obtenção de nota na disciplina de TCC II.

Aprovado em: ____/____/____.

Jocemara Patricia Silva de Souza Parrella
Professora Orientadora
Departamento de Fisioterapia – UNIFASIPE

Manoel O. Vidigal
Professor Avaliador
Departamento de Fisioterapia – UNIFASIPE

Élin Pizzatto
Professora Avaliadora
Departamento de Fisioterapia – UNIFASIPE

Fabiano Pedra Carvalho
Coordenador do Curso de Fisioterapia
Departamento de Fisioterapia – UNIFASIPE

**Sinop/MT
2023**

DEDICATÓRIA

Aos meus avôs, Antônio Beni (*in memoriam*) e Olívio Bonaldo (*in memoriam*) por todo incentivo, foram de extrema importância na minha trajetória. Dedico essa conquista aos meus pais, por sempre acreditarem em mim e me apoiarem, sem vocês não seria possível a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

- Primeiramente a Deus, por estar sempre ao meu lado, principalmente na rota entre cidades que fiz todos esses anos.

- Agradeço a minha família, em especial meus pais Conceição e Leonir que me ajudaram a chegar até aqui, sem medir esforços para que meu sonho se realizasse.

- Aos meus irmãos Paulo e Paula, que sempre me apoiaram e sempre viram um futuro promissor para mim e sempre me aconselhavam a seguir meus sonhos.

- Aos meus avôs Antônio (*in memoriam*) e Olírio (*in memoriam*) que foram minhas maiores inspirações para a elaboração deste trabalho.

- Ao corpo docente do curso de Fisioterapia, por todos os ensinamentos durante esta trajetória. Em especial a minha orientadora Jocemara pela paciência e por sempre está disposta a me ajudar e esclarecer dúvidas durante essa etapa, essa vitória também é sua!

- E aos meus amigos que contribuíram muito durante minha caminhada acadêmica, sou grata por terem vocês em minha vida.

EPÍGRAFE

Em todas as lágrimas há uma esperança.

Simone de Beauvoir

BONALDO, Pamela. Atuação fisioterapêutica nos cuidados paliativos de pacientes com câncer de mama: uma revisão de literatura. 2023. 55 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Universitário Fasipe – Unifasipe.

RESUMO

O carcinoma de mama é uma afecção decorrente da proliferação de células anormais da mama, originando um tumor no qual pode atacar outros órgãos. A fisioterapia sendo uma dentre outras ciências da saúde, visa o cuidado e o tratamento de distúrbios funcionais dos movimentos e seus resultados tanto orgânicos como sistêmicos no corpo humano, buscando restaurar, manter e/ou desenvolver a funcionalidade, buscando progredir no bem-estar do paciente. O cuidado paliativo pode ser aplicado em diversas doenças que levem o paciente a terminalidade, mas é geralmente utilizado na área oncológica. Isso porque cerca de 70% dos pacientes com câncer irão falecer acompanhados de sofrimento por resultado da doença. A busca da fisioterapia no cuidado paliativo é a independência funcional do paciente e o alívio dos sintomas acometidos pela enfermidade. Estimativas apontam de que cerca de 66.280 casos ocorreram no ano de 2022, represando uma taxa de 43,74% de ocorrências por 100 mil mulheres. Apenas 14% das pessoas que necessitam de cuidados paliativos os recebem, e ao menos, 80% dos pacientes oncológicos em fase terminal carecem dos cuidados paliativos, visto que não há mais chances para cura. A veemência dos cuidados é modificável, uma vez que o foco e os objetivos vão de maneira progressiva enfatizando intervenções modificáveis da doença até condutas que visam exclusivamente os cuidados paliativos. O objetivo em desenvolver tal estudo é discutir sobre a importância da fisioterapia e sua atuação diante dos cuidados paliativos de paciente com câncer de mama. Trata-se de uma revisão de literatura, no qual constitui seleções de artigos e literaturas científicas para a síntese de informações relacionadas a fisioterapia nos cuidados paliativos do câncer de mama. A redução da funcionalidade acompanha o percurso da grande parte das afecções que prejudicam a continuidade da vida, complementando às extensas modificações físicas, como emocionais, e, também espirituais, experimentadas pelos enfermos a partir do diagnóstico até o óbito. Nos cuidados paliativos, a fisioterapia busca para os pacientes com doença avançada uma melhor qualidade de vida, utilizando meios de condutas que visam a reabilitação funcional destes pacientes. Utilizando recursos dentro da terapia manual além de, exercícios ativos que visam o fortalecimento muscular, alongamentos, exercícios passivos, mobilizações articulares, técnicas de higiene brônquica, exercícios respiratórios e quando necessário, suporte de O₂ e ventilação mecânica. Conclui-se que a fisioterapia possui recursos para amenizar os sintomas psicológicos, físicos, sociais e espirituais, e contribui na melhora da qualidade de vida desses pacientes paliativos, todavia, é necessário se obter mais estudos que evidenciem essa relação. Ainda é pouco discutido o trabalho do profissional fisioterapeuta nos cuidados paliativos, principalmente dos pacientes oncológicos.

Palavras-chave: Câncer de Mama; Cuidados Paliativos; Fisioterapia.

ABSTRACT

Breast carcinoma is a condition resulting from the proliferation of abnormal cells in the breast, leading to the formation of a tumor that can spread to other organs. Physiotherapy, being one of the health sciences, aims at the care and treatment of functional movement disorders and their organic and systemic outcomes in the human body, seeking to restore, maintain, and/or develop functionality, thereby promoting the patient's well-being. Palliative care can be applied to various diseases that lead the patient to terminality, but it is commonly used in the field of oncology. This is because approximately 70% of cancer patients will die accompanied by suffering as a result of the disease. The aim of physiotherapy in palliative care is to promote the patient's functional independence and alleviate the symptoms caused by the illness. Estimates indicate that around 66,280 cases occurred in the year 2022, representing a rate of 43.74% occurrences per 100,000 women. Only 14% of people in need of palliative care receive it, and at least 80% of terminal cancer patients lack access to palliative care, as there are no further chances for a cure. The intensity of care is modifiable, as the focus and objectives progressively shift from disease-modifying interventions to those exclusively aimed at palliative care. The purpose of this study is to discuss the importance of physiotherapy and its role in palliative care for breast cancer patients. It is a literature review, which involves selecting articles and scientific literature to synthesize information related to physiotherapy in the palliative care of breast cancer. The decline in functionality accompanies the course of most conditions that impair the continuity of life, encompassing extensive physical, emotional, and spiritual changes experienced by patients from diagnosis until death. In palliative care, physiotherapy aims to improve the quality of life for patients with advanced disease, using various approaches that target the functional rehabilitation of these patients. These approaches include manual therapy techniques, active exercises for muscle strengthening, stretching, passive exercises, joint mobilizations, bronchial hygiene techniques, respiratory exercises, and, when necessary, oxygen support and mechanical ventilation. It is concluded that physiotherapy has resources to alleviate psychological, physical, social, and spiritual symptoms, contributing to the improvement of the quality of life for these palliative care patients. However, further studies are needed to provide evidence for this relationship. The role of physiotherapists in palliative care, especially for oncology patients, is still a topic that is not widely discussed.

Keywords: Breast Cancer; Palliative Care; Physiotherapy

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEM – Autoexame Das Mamas

ANCP – Academia Nacional De Cuidados Paliativos

AVD'S – Atividades De Vida Diárias

CA – Câncer

CM – Câncer de Mama

COFFITO – Conselho Federal De Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

ECM – Exame Clínico Das Mamas

HPV – Papilomavírus Humano

INCA – Instituto Nacional Do Câncer

LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MMG – Mamografia

OMS – Organização Mundial De Saúde

PUBMED – *National Center for Biotechnology Information*

SCIELO – *Scientific Eletronic Library Online*

TENS – Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Estrutura anatômica da mama feminina	18
Figura 2- Vascularização da mama	20
Figura 3- Autoexame da mama	25
Figura 4- Sintomas relacionados ao câncer de mama	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Taxas brutas e ajustadas de incidência por neoplasia maligna da mama, por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2023, segundo Brasil, regiões e Unidades da Federação.....	32
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Estágios de formação do câncer	21
Quadro 2 - Fatores de risco relacionados ao câncer de mama	23

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
1.1	Justificativa.....	15
1.2	Problematização	16
1.3	Objetivos.....	16
1.3.1	Objetivo Geral.....	16
1.3.2	Objetivos Específicos	16
1.4	Procedimentos metodológicos	17
2.0	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	Anatomia, Fisiologia e Histologia da Mama.....	18
2.2	Câncer de Mama	21
2.3	Fatores de risco associados ao Câncer de Mama	22
2.4	Formas de prevenção	24
2.5	Diagnóstico	28
2.6	Epidemiologia do câncer de mama	30
2.7	Fatores psicológicos de pacientes com câncer de mama	33
2.8	Atuação fisioterapêutica.....	35
2.8.1	Atuação fisioterapêutica na terapia da dor	36
2.8.2	Terapias Alternativas.....	38
2.8.3	Cuidados paliativos e a Fisioterapia.....	40
3.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
	REFERÊNCIAS	45

1. INTRODUÇÃO

O carcinoma de mama é uma afecção decorrente da proliferação de células anormais da mama, este, por sua vez, origina um tumor que pode atacar outros órgãos. Existem inúmeros tipos de neoplasias, alguns podem se desenvolver rapidamente enquanto outros não (INCA, 2021).

No Brasil, a neoplasia maligna de mama em mulheres é a mais incidente, em seguida, o carcinoma de pele não melanoma. Nas regiões Sul e Sudeste do país as taxas de ocorrência são mais elevadas, enquanto a região Norte do país a taxa é menor. Para o ano de 2022, a estima-se que ocorrerão 66.280 novas ocorrências dessa neoplasia (INCA, 2020).

Da mesma maneira que em outros países, o Brasil possui um tempo de acesso variável aos serviços de saúde, ocasionando um diagnóstico tardio, o que resulta em altas taxas de morbimortalidade (SOARES et al. 2015).

Além disso, com a progressão da doença e a falta de respostas terapêuticas e sintomas como fadiga, astenia, dor, anorexia e entre outras, ocasionam uma menor funcionalidade nas atividades físicas diárias (AVD's) e na qualidade de vida (JANNER. et al. 2020).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), Cuidado Paliativo é uma conduta que busca promover a qualidade de vida, tanto do paciente como de seus familiares, que juntamente enfrentam doenças que prejudicam a continuação da vida, por meio da precaução e do alívio da aflição. Contudo, requer uma identificação precoce, além de avaliar e tratar a dor e outras disfunções física, psicossocial e espiritual (WHO, 2002).

Segundo Silva (2019), até o ano de 2018 o Brasil possuía poucas instituições especializadas em cuidados paliativos, sendo elas, *oito hospices* e 131 hospitais. Embora, o atendimento seja executado com maestria, os serviços ainda são isolados, ocorrendo um atraso na integração e apoio pelo sistema de saúde brasileiro aos serviços.

Nesse contexto, a fisioterapia sendo uma dentre outras ciências da saúde, visa o cuidado e o tratamento de distúrbios funcionais dos movimentos e seus resultados, tanto orgânicos como sistêmicos no corpo humano, o qual busca restaurar, manter e/ou desenvolver a funcionalidade, bem como, a progressão do bem-estar do paciente (CREFITO 4, 2015).

O fisioterapeuta possui diversas funções dentro dos cuidados da saúde, é responsável por elaborar diagnósticos cinético-funcional, prescrever, planejar e organizar, além de avaliar os projetos fisioterapêuticos e fazer a supervisão (WILSON et al. 2017). No âmbito oncológico, o fisioterapeuta atua nos 4 pilares da oncologia, sendo eles: a promoção, o rastreamento, o tratamento e por último os cuidados paliativos (MUNARETTO, 2016).

Nos cuidados paliativos, o fisioterapeuta atua de forma complementar, contribuindo com o paciente a progredir de maneira ativa e se adaptando ao desgaste físico, impactos emocionais, sociais e espirituais de acordo com o progresso da doença até sua morte, seus princípios visam manter, preservar, aumentar e/ou restaurar a integridade dos órgãos, sistemas e funções (WILSON et al. 2015).

1.1 Justificativa

Em concordância com o Instituto Nacional do Câncer (2018), em torno de 1,2 milhões de novas ocorrências de câncer têm de surgir no país, dentre os anos de 2018 e 2019. Estima-se que cerca de 66.280 casos incidiriam no ano de 2022, representando uma taxa de 43,74% de ocorrências por 100 mil mulheres (INCA, 2019).

O presente trabalho é de suma relevância para a comunidade, como foi supracitado, o avanço do câncer de mama vem crescendo no país gradativamente a cada ano, sendo o segundo maior fator de óbitos por meio da neoplasia maligna na população feminina. Em consideração a isso, é de grande relevância que a população brasileira tenha conhecimento sobre o que é a neoplasia maligna de mama.

Através do conhecimento sobre essa patologia, é possível obter um rápido diagnóstico oncológico, todavia, quando se encontra uma região metastática e não há mais nada a se fazer, a fisioterapia oncológica atua de maneira complementar através dos cuidados paliativos, que visa uma vida prolongada e um melhor bem-estar ao paciente, buscando minimizar os sintomas e aumentar sua funcionalidade.

1.2 Problematização

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a hipótese é de que apenas 14% das pessoas que carecem de cuidados paliativos os recebem, e, ao menos, 80% dos pacientes oncológicos em fase terminal carecem dos cuidados paliativos, visto que não há mais chances para cura (ATTY, 2018).

A realização dos cuidados paliativos é realizada por uma equipe multidisciplinar constituída por profissionais da área saúde: médicos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, odontólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outros, contudo, que sejam pessoas habilidosas, competentes e capazes de executar processos de cuidados correlacionados à área de sua atuação (BRASIL, 2017).

Ao longo da progressão da neoplasia, a veemência dos cuidados é modificável, uma vez que o foco e os objetivos vão de maneira progressiva enfatizando intervenções modificáveis da doença até condutas que visam exclusivamente os cuidados paliativos. Todavia, deve-se observar as demandas anunciadas tanto por familiares como por cuidadores, essencialmente em período de luto (BRASIL, 2017).

A fisioterapia composta dentre a equipe multidisciplinar dos cuidados paliativos visa minimizar os sintomas presentes na fase terminal do paciente oncológico, o qual visa ainda, promover uma melhor qualidade de vida a estes. Deste modo, fica o seguinte questionamento: Quais as condutas fisioterapêuticas na abordagem ao paciente com câncer de mama nos cuidados paliativos?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Discutir sobre a importância da fisioterapia e sua atuação diante dos cuidados paliativos de paciente com câncer de mama.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as estruturas anatômicas da mama e sua fisiologia;
- Expor sobre o câncer de mama e sua fisiopatologia;

- Apresentar dados estatísticos, fatores de risco associados ao Câncer de Mama;
- Abordar as formas de prevenção: precoce e tardia;
- Identificar a importância da atuação da fisioterapia nos cuidados paliativos visando o câncer de mama.

1.4 Procedimentos metodológicos

Segundo Brizola e Fantin (2016), a Revisão de Literatura é a ligação de ideias de autores distintos sobre um tema estabelecido, obtidas a partir de leituras e pesquisas realizadas pelo pesquisador. Sendo uma documentação desempenhada pelo pesquisador sobre o trabalho. Salienta-se que o trabalho que está sendo escrito não é algo totalmente original devido a revisão de literatura ser uma seleção crítica de obras que exprimem sobre uma temática, ou seja, por ser uma interlocução feita entre o pesquisador-escritor do trabalho e os autores por ele selecionados para debater a temática, resultando em um texto que não necessariamente seja inédito, mas sim analítico e crítico através de ideias estudadas sobre a temática definida para o trabalho.

O presente trabalho será desenvolvido entre os meses de agosto de 2022 a julho de 2023. Para a execução dos objetivos propostos neste trabalho será realizada uma revisão de literatura, no qual constitui seleções de artigos e literaturas científicas para a síntese de informações relacionadas a fisioterapia nos cuidados paliativos do câncer de mama. O critério de inclusão serão pesquisas que abordam o tema em português, inglês e espanhol, sendo em formato de artigos, dissertações e publicações no período de 2001 a 2023. Serão utilizadas como fontes de pesquisas: *PUBMED*, *LILACS*, *SCIELO*, além de livros especializados e pesquisa via web em sites do Ministério da Saúde, utilizando como palavras chaves: Fisioterapia, Câncer de Mama, Cuidados Paliativos. Foram utilizados para a realização dessa revisão de literatura 124 literaturas e cerca de 45 artigos.

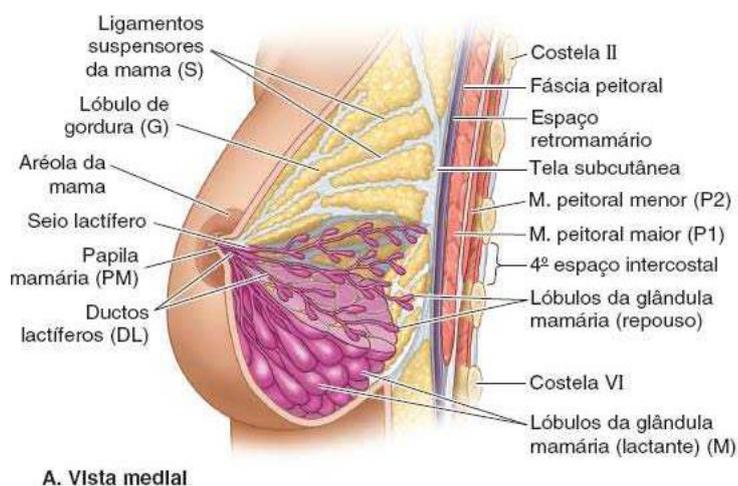
2.0 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão apresentados embasamentos teóricos acerca do tema, dissertando sobre a anatomia da mama feminina e sua fisiologia, bem como os tipos de câncer que poderão ser acometidos, seus riscos e formas de prevenção e por fim, como a fisioterapia atua nos cuidados paliativos no câncer de mama.

2.1 Anatomia, Fisiologia e Histologia da Mama

As mamas femininas (Figura 1) são estruturas glandulares localizadas na parede anterior e superior do tórax, são originadas de glândulas sudoríparas modificadas que não apresentam cápsula e bainha especial. Estão situadas na espessura do tecido celular subcutâneo, à frente dos músculos grande peitoral e serrátil anterior, entre a terceira e sétima costela, entre o bordo do esterno e a borda axilar média. (BERNARDES, 2010).

Figura 1. Estrutura anatômica da mama feminina.



Fonte: MOORE (2019).

As mamas localizam-se na parte externa e mais elevada da parede torácica anterior, sua base circular se estende na vertical entre a 2ª e a 6ª costela e na diagonal da margem lateral

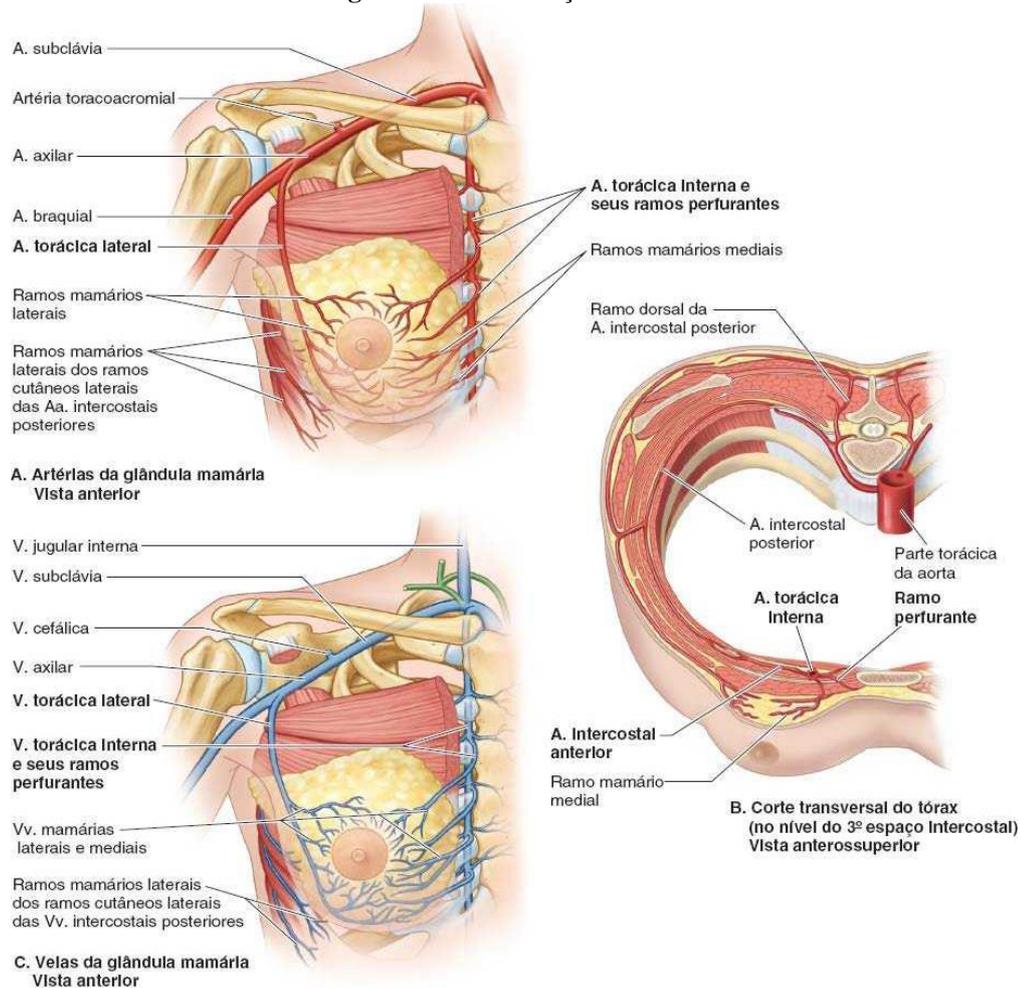
do esterno até a linha axilar média, porém, há uma pequena parte da glândula mamária que consegue se expandir através da borda ínfero-lateral do músculo peitoral maior até a axila (ligando-se aos músculos serrátil anterior e o músculo oblíquo externo) (NETTO, 2018).

A mama apresenta em sua superfície, uma aréola circular e pigmentada que possui um aspecto rugoso. Em seu interior há o mamilo, cujo é composto por diversos ductos rudimentares aplicados de maneira circular. Na parte externa de cada ducto localizam-se os ácinos (AKRAM et al. 2017).

O tecido glandular da mama consiste em inúmeros lobos da glândula mamária distintos, cada um abrangendo diversos lóbulos secretores. Os ductos que permitem que os lóbulos convergem configurando um único ducto lactífero em cada lobo. Nas proximidades da papila mamária, esses ductos se expandem e formam uma câmara cuja é intitulada por seio lactífero. Comumente, cerca de 15 a 20 seios lactíferos terminam na superfície de cada papila mamária. Os ligamentos suspensores da mama que são um tecido conectivo denso e envolvem o sistema de ductos, são originados na derme e revestem a mama. O que separa o complexo mamário dos músculos peitorais adjacentes é uma camada de tecido conectivo frouxo. O suprimento sanguíneo das glândulas mamárias é realizado através de ramos da artéria torácica interna (MARTINI; TIMMONS; TALLITSCH, 2009 p. 739).

Encontra-se por entre a mama e a fáscia peitoral um plano composto por tecido conjuntivo distendido, o espaço retromamário. Esse plano abrange pequena quantidade de gordura, possibilita que a mama possua certo grau de movimento na parte superior a fáscia peitoral. Uma pequena parte da glândula mamária é capaz de se ampliar através da borda inferolateral do músculo superficial, peitoral maior, em direção à fossa axilar, dando origem a um processo axilar ou chamado também de cauda de Spence. O processo axilar é capaz de aumentar no decorrer do ciclo menstrual. A glândula mamária está firmada à derme da pele sobrejacente por meio de ligamentos cutâneos consideráveis, sendo os retináculos da pele e por ligamentos suspensores da mama (Cooper). Tais condensações de tecido conjuntivo fibroso mais avançadas na glândula em sua parte superior contribuem na sustentação dos lobos e lóbulos da glândula mamária (MOORE, 2019).

Além de tecido glandular, a mama é formada também por gordura, tecido conjuntivo, vasos sanguíneos e linfáticos e por fibras nervosas (Figura 2). O suprimento sanguíneo principal é proveniente das artérias mamárias internas que compõem 60% desse suprimento, das artérias mamárias externas ou torácica lateral que compõe 30% e, os 10% restantes do suprimento é originário de pequenos ramos arteriais intercostais, da artéria toracodorsal, subescapular e toracoacromial (WINNIKOW, 2022).

Figura 2. Vascularização da mama

Fonte: MOORE (2019).

Em suma, a divisão da figura 2, diz respeito a vascularização da mama, diz-se:

A. glândula mamária é preenchida a partir de sua face medial em especial por ramos contudentes da artéria torácica interna e entre diversos ramos da artéria axilar, de preferência a artéria torácica anterior tanto superiormente quanto lateralmente.

B. a mama é altamente composta por ramos provindos das artérias intercostais.

C. a drenagem venosa forma-se basicamente pela veia axilar, que é a principal e também pelas veias torácicas internas (MOORE; DALLEY, AGUR, 2019).

Histologicamente, a classificação das neoplasias da mama mostra a diversidade estrutural desses tumores, que são hegemonicamente epiteliais. O tipo histológico mais habitual é o carcinoma ductal invasor (BRAY; MCCARRON, PARKIN, 2014). Este carcinoma representa em torno de 75% dentre as ocorrências de neoplasias malignas de mama. O que o

difere dos demais é não apresentação de alguma característica, constatada no restante dos dos casos identificados pelos exames de patologias. O mais correto é que o tumor seja identificado em fase inicial por meio da mamografia. O tratamento sendo realizado de modo correto, as possibilidades de se obter a cura podem ser superiores a 95% (NOVITA et al. 2022).

Em mulheres mais jovens, as mamas possuem uma porção maior de tecido glandular, tornando os órgãos mais fortes e compactos. Acerca da menopausa, o tecido mamário acaba se definindo e sendo modificado por tecidos gordurosos, até que se forme de maneira exclusiva por gordura e na fase pós-menopausa por resquícios de tecido glandular. A principal função da mama é a produção de leite para fins de amamentação, no entanto, possui psicologicamente uma imensa importância, primordialmente, tem seu papel na criação da autoimagem e autoestima. Além disso, atuam na função erógena e na atração sexual (BRASIL, 2002).

2.2 Câncer de Mama

Conforme o Instituto Nacional de Câncer (2019), o meio de formação do câncer denomina-se por carcinogênese em que há uma mutação no DNA da célula, que faz com que essa passe a receber informações erradas, o processo de formação do câncer ocorre em três estágios (Quadro 1).

Quadro 1. Estágios de formação do câncer

ESTÁGIO	DESCRIÇÃO
Estágio de iniciação	Ocorre quando o contato da célula normal com um agente carcinógeno que irá alterar o gene dessa célula.
Estágio de promoção	Célula sofrerá efeito de oncopromotores continuamente, que tornará maligna de forma grave e progressiva. Caso esse contato seja interrompido com o agente, é possível interromper esse processo.
Estágio de progressão	O câncer já instalado, gerando a multiplicação excessiva e descontrolada das células.

Fonte: INCA (2019).

O câncer de mama é um tumor maligno decorrente a alterações genéticas nas células das glândulas mamárias. Essas células são defeituosas e aumentam de forma desalinhada

levando desta maneira, à criação de caroço (nódulo) na mama, nódulos na axila que são os tecidos vizinhos, e, também em metástases à distância que se encontram em outras partes do corpo (WAITZBERG, PRIGENZI, 2016). A divisão do câncer de mama é resultante de onde se formou, de seu aumento, da sua capacidade de avanço, da assiduidade ou não dos receptores hormonais que desempenham com que hormônios como o estrogênio e/ou progesterona eventualmente leve a evolução do tumor, e, também da expressividade da proteína HER2 (proteína presente na parte externa das células mamárias, responsável pelo seu crescimento (ONCOGUIA, 2022)), estimulando o processo da divisão celular (CALEFFI, 2019).

Carcinoma Inflamatório: é raro, sendo representado de 1 a 5% dos cânceres de mama. Está dentre as mais graves formas de acometimento de câncer de mama. Sua característica principal é a existência de êmbolos tumorais presentes nos vasos linfáticos subdérmicos, que são representados por edemas, tumefação, calor, dor e eritema. Apresentam manifestações de inflamação como edema e vermelhidão, os quais são ocasionados por células cancerígenas que impossibilitam os vasos linfáticos na pele, fazendo com que a mama fique alongada. O que o difere das demais variedades de câncer de mama é que muitas vezes não há presença de nódulo e pode não ser evidenciado na mamografia, impossibilitando o diagnóstico. Tende a ocorrer em mulheres jovens e obesas. Em relação as mulheres brancas, as negras possuem maior tendência de acometimento desse carcinoma. Quando diagnosticado está sempre em um estágio localmente avançado, devido as células cancerígenas se desenvolverem na pele. Na grande maioria dos casos já está disseminado no momento do diagnóstico, o que leva a um tratamento mais dificultoso (ONCOGUIA, 2014).

2.3 Fatores de risco associados ao Câncer de Mama

Em conformidade com o Ministério da Saúde (2014), os fatores de risco mais relevantes para a evolução do câncer de mama são distribuídos em três amplas associações: ambientais, hormonais e genéticos. Os fatores de riscos (Quadro 2) estabelecem os grupos de pessoas expostas ao maior avanço do desenvolvimento do carcinoma de mama e deverão ser examinadas de maneira minuciosa e frequentemente (BONFIM, et al. 2009).

Quadro 2. Fatores de risco do câncer de mama.

FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS
Ser do sexo feminino, idade avançada Incidência maior em mulheres da raça branca (NETTO, 2018)	O risco de uma senhora de 70 anos é cerca de 10 vezes maior do que uma mulher feita de 30 anos de idade (BAIOCCHI, 2009).
Histórico familiar	Mulheres que possuem parentescos de primeiro grau (mãe, irmã, filha) com neoplasias, têm maiores chances da evolução do câncer de mama (BAIOCCHI, 2009).
Alterações genéticas hereditárias	Alterações nos genes BRCA-1 e BRCA-2 possuem maior risco de CA de mama, ovário e cólon. Irá depender da mutação genética e histórico familiar de câncer (BAIOCCHI, 2009).
Estresse, má alimentação e tabagismo	Defumados, carnes processadas, entre outros (NETTO, 2018).
Mamas densas	Possuem grande quantidade de tecido glandular que é responsável pelo aleitamento materno (BAIOCCHI, 2009).
Estrogênio produzido pelo organismo	Menstruação precoce com 11 anos de idade ou menos, menopausa tardia, final de gravidez ou não estar grávida pois os níveis de estrogênio são menores durante a gravidez. Primeira gravidez aos 35 anos de idade ou mulheres que nunca engravidaram (BAIOCCHI, 2009).
Alimentações ricas em gordura saturada	Em pacientes obesas, os níveis de conversão dos andrógenos e dos estrógenos aumentam, o que transcorre no tecido adiposo e a transição do colesterol em estrógenos por bactérias do intestino grosso (NETTO, 2018).
Terapia de reposição hormonal	Na menopausa fazer uso indiscriminado de estrógenos e progestágenos, utilizando em curtos intervalos de tempos (NETTO, 2018).
Exposição à radiação	O risco de câncer depende da dose de radiação e a idade no qual é ofertado. O risco maior é se o tratamento de radiação for utilizado durante a puberdade. Mulheres que herdaram as alterações nos genes BRCA1 e BRCA2, a exposição à radiação pode aumentar o risco (BAIOCCHI, 2009).
Radiações ionizantes	Efeito propriamente equilibrado à dose e contrariamente proporcional à idade (NETTO, 2018).
Consumo de álcool	De 30 a 70g de álcool/dia, o risco aumenta à medida que a quantidade ingerida aumenta (BAIOCCHI, 2009; NETTO, 2018).
Aleitamento Materno	Reduz a incidência ao câncer de mama (NETTO, 2018).
Uso prolongado de anticoncepcionais	Se manuseados em idade precoce e por mais de quatro anos antes da primeira gravidez (NETTO, 2018).
Menarca precoce e menopausa tardia	O estímulo estrogênico na ausência da progesterona cujo corre em ciclos anovulatórios durante a menarca e/ou menopausa, favorecendo a indução do câncer de mama (NETTO, 2018).

Fonte: BAIOCCHI (2009); NETTO (2018).

O entendimento das causas que ampliam os riscos do câncer de mama é o suporte para a formação de técnicas de precauções. Os fatores de riscos modificáveis do câncer de mama são: dieta, gravidez, amamentação, utilização de hormônios femininos exógenos, álcool em excesso, exercício físico regular e radiação ionizante (SAUTER, 2018).

2.4 Formas de prevenção

Segundo SAWADA (2021), “prevenir significa se antecipar e tentar evitar um mal ou, pelo menos minimizá-lo”. A prevenção vem sendo o principal meio de interferência na redução do surgimento do tumor e do processo da oncogênese.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) é responsável por administrar meios de prevenção e manejo desta patologia colaborando com o Ministério da Saúde em técnicas e materiais modernizados para o diagnóstico precoce. Entre as técnicas, o Instituto disponibiliza sugestões para a redução da mortalidade por intermédio do câncer de mama no país, visto que é apontado como o primeiro fator de morte em mulheres, sendo acometido em mulheres entre 20 e 69 anos (BERNARDES et al. 2019).

Sua classificação é separada em primária e secundária, sendo o objetivo da primária abster-se dos fatores de risco que estão ligados ao câncer de mama e adquirir de modo mais saudável, um melhor estilo de vida. Já na prevenção secundária, seu objetivo principal é a detecção e o tratamento de patologias que acarretam o surgimento do câncer, dentre essas patologias podem-se citar neoplasias assintomáticas e o Papilomavírus Humano (HPV) (JERÔNIMO et al. 2017; RODRIGUES et al. 2015).

É de suma relevância salientar que a detecção precoce do CA de mama através da instrução do autoexame de modo em que todos os profissionais da saúde atuam em contato com as mulheres e não somente os que agem nos planejamentos característicos da prevenção (SILVA et al. 2005). Por meio de informações a população feminina obtém entendimento sobre a posição usual e são capacitados a distinguir as alterações e informar ao médico para se realizar um exame detalhado (DERMIRKIRAN et al. 2007).

O câncer de mama é capaz de expor uma série de sintomas que podem ter alterações conforme a mulher, o que torna fundamental o conhecimento sobre os cuidados com a mama e a realização do autoexame das mamas para facilitar a identificação de qualquer tipo de alteração (Figura 3). O período mais adequado para realização da avaliação das mamas é após a menstruação, sendo esse, o momento em que as mamas se encontram menos inchadas. Em

relação às mulheres que estão em climatério, o exame pode ser feito em qualquer dia do mês (BONTRAGER, LAMPIGNANO, 2010).

Figura 3. Autoexame da mama



Fonte: NARDI, R. 2020

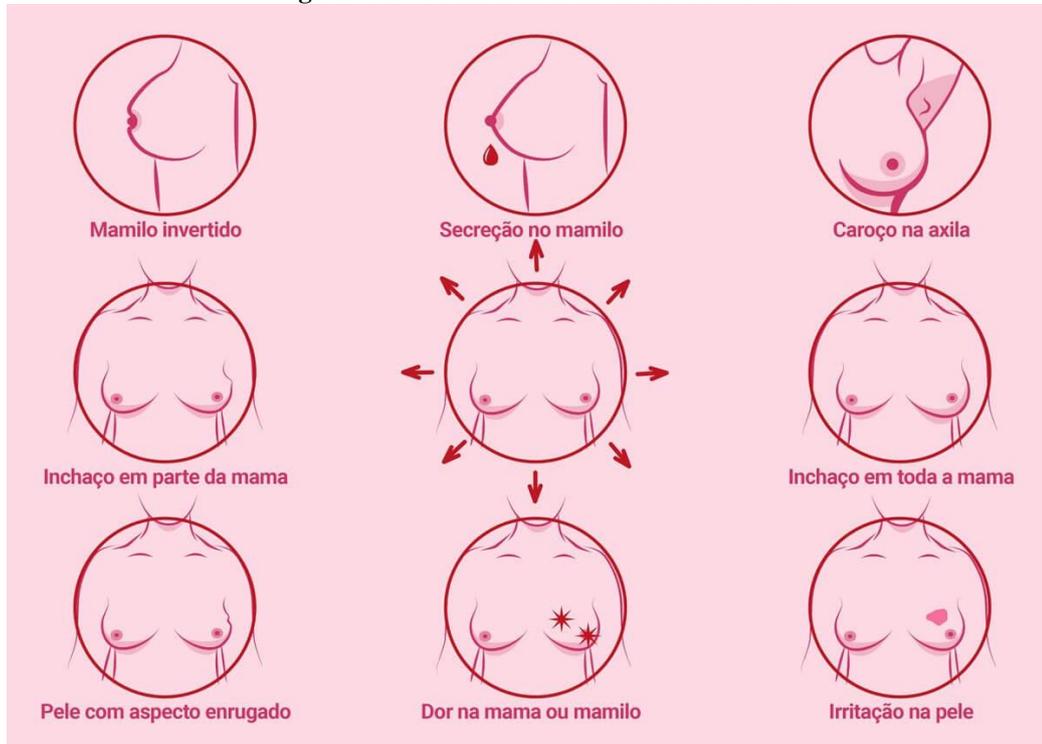
Através de alimentação saudável, atividade física, nutrição e gordura corporal adequada, é possível conter os riscos de crescimento de câncer de mama em mulheres. Por meio de medidas que conseguem auxiliar na prevenção primária da doença, estimulando a prática de atividades físicas, de modo adequado manter o peso corporal correto, desenvolver uma alimentação saudável e por fim, reduzir ou até mesmo evitar o consumo de bebidas alcoólicas (INCA, 2022).

A ação multidisciplinar para a prevenção de desordens resultantes do procedimento deve ser efetuada em todas as etapas: no diagnóstico; no decorrer e em seguida ao tratamento; na reincidência da patologia, e, também nos cuidados paliativos. Em cada etapa é crucial identificar e entender as necessidades da mulher, os sinais e suas origens, e a consequência deles no seu dia a dia (ELUF, 2004).

São diversos os indicativos associados ao câncer de mama (Figura 4), podendo abranger nódulo palpável endurecido no seio, estando associado ou não à algia, nódulo palpável

na axila, no linfonodo, mudanças na pele da mama, ou seja, a pele encontra-se com aparência de casca de laranja e erupção de secreções pelo mamilo (WAITZBERG, PRIGENZI, 2016).

Figura 4. Sinais associados ao câncer de mama



Fonte: BRASIL (2021).

Tendo em vista a detecção precoce ao câncer de mama, há três meios de progressão para esse carcinoma, mamografia (MMG), exame clínico das mamas (ECM) e autoexame das mamas (AEM):

Consoante as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, a mamografia é o único exame da qual a aplicabilidade em programas de rastreamento mostra uma fundamentada eficácia no que diz respeito a uma prevenção e conseqüentemente a atenuação da mortalidade por carcinoma da mama. É recomendada a sua realização pelo menos uma vez em cada dois anos na população feminina com uma faixa etária entre 50 e 69 anos (INCA, 2015).

Antes de poder ser sentido um nódulo através da palpação, ela revela os estágios iniciais do câncer. Outro meio de sua utilização é através do rastreamento mamográfico para a verificação de sinais de doença e caso não apresente sintomas e alterações na mama. Vale salientar que, a mamografia pode não constatar que uma área incomum é câncer, mas concede

informações se serão exigidos outros exames. Os tipos de alterações que podem ser encontrados na MMG são as calcificações, os nódulos e massas.

Ainda que a relevância da contribuição da população indicada no rastreamento do câncer, uma forte triagem pode modificar o equilíbrio no meio de riscos e benefícios característicos a todos os meios de rastreio. Essa modificação aumenta a chance de ocorrer danos diretos relacionados ao método da triagem (EBELL, THAI e ROYALTY, 2018).

De acordo com MIGOWSKI et al (2018), a prática da ECM apresenta ausência de recomendação favoráveis ou contrárias à sua realização pelo Ministério da Saúde, pois há dúvidas quanto aos possíveis danos e benefícios dessa prática. No entanto, evidências comprovam que a realização rotineira como método de rastreamento pode ser uma complementação ao exame de mamografia. Dessa maneira, as diretrizes e recomendações têm indicado o ECM anual para mulheres com idade entre 40 e 49 anos, cuja sensibilidade ao exame de MMG é mais baixa (BRASIL, 2011).

São avaliados no ECM, sinais e sintomas que caracterizam um grupo de informações significativos para a detecção do câncer de mama. Verifica-se na inspeção, ou seja, na detecção visual: alterações no volume, simetria, alterações na textura e no formato da mama, além de retrações do mamilo ou enrugamento da pele. Na palpação verifica-se: detecção de nódulo ou caroço, cistos, presença de secreções expelidas pelo mamilo e presença de dor (INCA, 2017; BICKLEY, 2010).

Autoexame das mamas (AEM): a vantagem de se realizar o AEM se dá por meio da detecção de pequenos tumores ou ainda confinados à glândula mamária, além de ser um meio conveniente, útil e sem custo e de também de fácil execução. A descoberta de tumores com menor diâmetro leva a um tratamento menos mutilante. Além disso, existem indícios de que medidas elaboradas com o propósito de reduzir o estadiamento clínico causam benefício à sobrevivência e reduzem os custos do tratamento (BRITO et al, 2010). O objetivo principal do AEM é de maneira detalhada, fazer com que a mulher conheça suas mamas, tornando fácil a percepção de quaisquer alterações, podendo ser pequenos gânglios nas mamas e axilas, saída de secreções pelos mamilos, alteração da coloração da pele, dentre outros (MENDES et al, 2013).

É certo que AEM não deve substituir o ECM realizado pelo profissional da saúde, mas espera-se que, quando realizados pelas mulheres acarrete em ter conhecimento do seu corpo e essas mulheres poderão detectar alterações morfológicas se estiverem presentes, além de atuar

na detecção precoce, sendo provado o reconhecimento da chance da descoberta da patologia em seu estágio inicial. Todavia, a incompreensão pode ser constatada no aumento dos índices de CA de mama, dado que as mulheres não possuem uma adequada orientação quanto a realização do autoexame (SILVA, 2015).

Ressonância magnética: segundo ERGUVAN-DOGAN e WHITMAN (2006), na atualidade, a maior finalidade de seu uso tem sido em pesquisas de tumores primários que foram ocultados na mamografia e na ultrassonografia em pacientes com metástases axilares, no estadiamento do câncer, além do monitoramento da resposta à quimioterapia neoadjuvante, no rastreamento de pacientes com predisposição ou familiar ou genética para o câncer de mama, em respostas de casos com achados de imagens e clínicos duvidosos e na investigação de causas de descarga papilar em pacientes com mamografia e ultrassonografia, além de ductografia negativa.

Quando é encontrando um achado suspeito na ressonância magnética, e este por sua vez, esteve oculto ao exame clínico e em outros meios de imagem, a biópsia percutânea ou a cirurgia guiada pela ressonância, é indispensável para se obter o diagnóstico (DÓRSI et al. 2003; LEE et al. 2004). Procedimentos dirigidos pela ressonância possuem um alto custo e requerem maior tempo para a efetivação e possuem apenas alguns disponíveis. Além do mais, não tolera a efetivação da amostra, tangendo em casos com resultado benigno orientando um controle precoce, por motivos de erros de amostragem (KUHL, 2007).

2.5 Diagnóstico

O diagnóstico pode ser alcançado por intermédio de exames de rastreamento e diagnóstico precoce, sendo que, o primeiro é aquele efetuado em mulheres sem sinais ou sintomas de CA de mama (assintomáticas), com a função de detectar uma lesão pequena, já no segundo é detectar indivíduos com sinais e sintomas iniciais da patologia, prevalecendo pela qualidade e pela precaução da assistência em todos os estágios da linha de cuidado da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). A comprovação do diagnóstico só é feita, através da biópsia, técnica essa que compreende na remoção de uma parte do nódulo ou da lesão suspeita, onde em seguida o material retirado é examinado pelo patologista para a identificação do diagnóstico (INCA, 2019).

Conforme um estudo realizado por SOUZA et al. (2019), a duração média para a formação do diagnóstico com início na percepção da anormalidade, foi em torno de 275,1 dias.

Esse atraso para a execução do diagnóstico contribui de modo direto, na ocorrência do estadiamento avançado da patologia, salientando que as mulheres que participarem desse retardo podem ter as taxas de sobrevivência diminuídas. Todavia, esse retardo não está apenas relacionado com as barreiras geográficas, eles podem relacionar-se com a desarticulação dos serviços de atenção (BARBOSA et al. 2019).

De acordo FAYER et al (2020), o diagnóstico precoce é visto como aquele que é alcançado ainda na fase inicial da patologia, onde abrange aquelas mulheres que são sintomáticas. Já no rastreamento, é feito por meio do uso de exames, onde o próprio aponta neoplasia em mulheres que são assintomáticas, comumente é reconhecido através da mamografia.

Para a detecção precoce do CA de mama, ELUF (2004) recomenda que seja efetuado o rastreamento anual mediante a exame clínico da mama em mulheres com idade a partir 40 anos, procedimento este que deve ser efetuado em todas as consultas clínicas. Além de, rastreamento mamográfico em senhoras com idade entre 50 e 69 anos tendo intervalo de no máximo dois anos entre cada exame. Deve-se realizar exame clínico da mama e mamografia anual em mulheres em grupo de risco com maiores chances de avançar para o câncer de mama a partir dos 35 anos de idade. Para as mulheres que tiveram alterações nos exames realizados, garantir o acesso ao diagnóstico, e, também ao tratamento.

O exame clínico é uma parte crucial da propedêutica diagnóstica, sendo executado como parte do exame físico e ginecológico cujo consiste na base para solicitação dos exames complementares. Nesse contexto, os principais sinais e sintomas são: cistos do tipo “casca de laranja” na pele da mama, linfonodos axilares aumentados, dentre outros. Cabe ressaltar que a identificação da massa palpável nas mamas e, na grande maioria das vezes, não se associa com o câncer. Contudo, como em média de 10% das ocorrências há neoplasia relacionada, o diagnóstico diferenciado deve ser feito (VIEIRA, 2012).

Exame Clínico das Mamas (ECM): é um item primordial para o diagnóstico do câncer de mama, devendo ser executado como parte do exame físico e ginecológico que, está correlacionado a demais métodos propedêuticos como a mamografia, pode ampliar a sensibilidade e a natureza do diagnóstico, compondo-o com suporte para a requisição dos exames complementares (OHL, 2016). O exame é executado por um profissional da área da saúde, podendo ser um médico ou enfermeira os quais são habilitados para reconhecer diferentes tipos de anormalidades e sinais de alerta nas mamas (NATIONAL BREAST

CANCER FOUNDATION, 2018), podendo este exame ser um meio importante para a detecção substancial de casos de CA de mama, em contextos em que não exista o rastreamento mamográfico (USTFPS, 2009).

2.6 Epidemiologia do câncer de mama

O termo “epidemiologia” refere-se aos estudos acerca da população (PEREIRA, 2013), o que dentro da saúde é possível ser compreendido como uma temática acerca do que atinge a sociedade (GOMES, 2015 p.6). Portanto, é a ciência que analisa o procedimento de saúde e a doença populacional e sugere meios de prevenção, controle e a eliminação de distúrbios, além de conceder dados que colaborem para feitos de promoção de saúde (ROUQUAYROL, GOLDBAUM & SANTANA, 2013).

De acordo com PAREDES et al (2012), o CA de mama é determinado de forma mundial como uma das patologias que apresentam maior prevalência e incidência dentre as neoplasias malignas que afetam as mulheres, sendo o segundo tipo de neoplasia mais frequente, deixando de considerar as neoplasias de pele não melanoma.

As bases epidemiológicas que estão relacionadas ao CA de mama, estão correlacionadas às características clínicas que analisem desde o diagnóstico histopatológico/molecular até os tratamentos aplicados. Acerca às prováveis apresentações de ordem clínica, acometendo os carcinomas invasivos, o classificado como subtipo ductal é o que incide com maior predomínio em inúmeros estudos, cujo varia entre 50 e 80%, levando em consideração um avanço clínico do carcinoma tipo ductal in situ em 10 a 30% dos pacientes (KAMEO et al, 2021).

Em concordância com NASTRI, MARTINS, LENHARTE (2011), pode-se ter em mente que as mulheres que contêm pelo menos 75% ou mais de tecido fibroglandular, tendem a expor um risco de em média quatro a seis vezes maior para a evolução do CA de mama, quando associadas às mulheres da mesma idade, mas que expõem ao menos de 10% de tecido fibroglandular.

A ocorrência do CM apresenta-se de maneira superior em todo o mundo em virtude à expansão da expectativa de vida, do aumento da urbanização, e, também do uso de hábitos de vida ocidentais. Portanto, o câncer de mama é classificado como o segundo tipo de câncer mundialmente mais comum no sexo feminino. Sendo em média, mais de 80% das neoplasias de mama são originadas do epitélio ductal. Para tanto, ressalta-se que a sobrevida vem

aumentando nos países desenvolvidos, onde atualmente atinge cerca de 85% em 5 anos, e nos países cujo desenvolvimento atinge entre 50 e 60% em 5 anos (DIAS et al, 2017).

Em consonância com dados obtidos através da Organização Mundial da Saúde, as patologias não contagiantes são consideradas as maiores responsáveis das causas de óbitos e enfermidades na sociedade mundial. Nessa divisão de distúrbios, as que possuem maior capacidade de levar a morte estão ligadas às patologias cardiovasculares, às neoplasias, à diabetes, e patologias respiratórias (WHO, 2013).

Apesar de que os mais diferentes tipos de carcinoma equivalem a números preocupantes em torno do mundo, os países desenvolvidos tendem a uma incidência maior da patologia (AREM & LOFTFIELD, 2017). Ao se observar a população mundial feminina, percebe-se que o maior causador de óbitos em países que possuem uma renda média e alta, é o carcinoma (TORRE et al., 2017), sendo que, as neoplasias malignas mamárias são as que possuem a maior taxa de incidência, o equivalente a 25,2% (FERLAY et al., 2013).

Conforme TIEZZI, o câncer de mama esporádico (exceto fatores genéticos), é em todo o mundo o mais comum, equivalente a 90% dos casos desse tipo de neoplasia. Sendo este câncer correlacionado fortemente com a síntese de esteroides sexuais. Sendo assim, os fatores de risco intrínsecos a condições endócrinas moduladas pela função ovariana, como a menarca precoce, menopausa tardia e a gravidez, aumentam instantaneamente o surgimento de um carcinoma de mama.

Outrossim, estudos confirmam como fatores ambientais (tabagismo, uso de hormônios, TRH – terapia de reposição hormonal por tempo prolongado, obesidade, fumo e alcoolismo), induzem nessa incidência do CA de mama (SILVA, 2011; INUMARU, 2011; ANOTHAISINTAWEE, 2013).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), para o ano de 2023 são estimadas 73.610 ocorrências de CM no Brasil, o que condiz a uma taxa definida de incidência de 41,89 casos por 100.000 mulheres. As taxas brutas de ocorrência e o número de novos acontecimentos vistos são significativos para determinar a relevância da patologia no território e planejar ações locais. As taxas brutas e ajustadas de incidência de neoplasia maligna da mama, por 100 mil mulheres, consideradas para o ano de 2023; por regiões, estados e o Distrito Federal podem ser observadas na tabela 1.

Tabela 1. Incidência por neoplasia maligna da mama, a cada 100 mil mulheres.

Região / Unidade da Federação	Nº de casos	Taxa bruta	Taxa ajustada
Região Norte	2.410	24,99	27,73
Acre	100	22,21	26,20
Amapá	80	16,58	20,04
Amazonas	500	22,77	28,34
Pará	1.020	22,83	23,88
Rondônia	320	35,33	36,99
Roraima	70	22,09	27,73
Tocantins	320	38,58	35,72
Região Nordeste	15.690	52,20	42,11
Alagoas	690	39,23	34,89
Bahia	4.230	54,35	43,28
Ceará	3.080	63,92	54,13
Maranhão	1.060	28,76	28,29
Paraíba	1.180	55,40	41,37
Pernambuco	2.880	56,58	46,40
Piauí	860	50,31	41,89
Rio Grande do Norte	1.140	61,61	50,11
Sergipe	570	46,42	42,11
Região Centro-Oeste	4.950	57,28	47,30
Distrito Federal	1.030	62,70	49,76
Goiás	1.970	52,74	45,63
Mato Grosso	1.040	57,70	47,51
Mato Grosso do Sul	910	62,22	47,10
Região Sudeste	39.330	84,46	52,83
Espírito Santo	900	42,20	32,94
Minas Gerais	7.670	69,80	49,28
Rio de Janeiro	10.290	111,83	70,57
São Paulo	20.470	84,43	56,37
Região Sul	11.230	71,44	41,06
Paraná	3.650	60,76	41,06
Rio Grande do Sul	3.720	62,67	36,60
Santa Catarina	3.860	102,12	74,79
Brasil	73.610	66,54	41,89

Fonte: INCA, 2022

2.7 Fatores psicológicos de pacientes com câncer de mama

No Brasil, as existentes falhas nas estratégias de rastreio do carcinoma e as dificuldades no acesso ao tratamento, acarretam a probabilidade de um diagnóstico tardio, o que inúmeras vezes acarreta avançados diagnósticos do estágio tumoral, resultando em cirurgias mais agressivas, que são capazes de levar a sequelas físicas, sociais e psicológicas (BERTAN; CASTRO, 2009 *apud* BARBOSA et al., 2017).

A falta de conhecimento e de clareza de informações em relação ao CA dificulta no modo como o paciente lida com a patologia antes e após o seu diagnóstico, e abre espaço para o preconceito das pessoas próximas durante o tratamento. Nesse contexto, a mulher evita o rastreamento da doença, buscando a não realização de checagens de rotina ou um diagnóstico quando notado algo diferente em seus seios (GOUVÊA; COUTINHO, 2016).

Ao ser inspecionada a existência de um nódulo na mama, a mulher geralmente é direcionada para a realização de uma biópsia de mama, exame este que será responsável por identificar se o nódulo notado se trata de uma neoplasia mamária, se é benigno ou maligno e o estágio em que se localiza. Por mais que o exame seja considerado pouco invasivo, qualquer procedimento realizado no corpo vem acompanhado de experiências de ansiedade, dor e medo do desconhecido (COELHO, 2018).

Dentre as condutas de enfrentamento ao carcinoma, a espiritualidade e a religiosidade se destacam. Ambas as estratégias possibilitam a ressignificação de vivência, dado que, proporcionam ao paciente um novo sentimento à sua experiência de adoecimento e tratamento, modificando a maneira de enxergar sua trajetória, oferecendo alívio e bem-estar em casos difíceis e estressantes. Diante o exposto, é importante verificar quais são as outras possibilidades de estratégias de enfrentamento utilizadas pelas pacientes com carcinoma de mama a fim de torná-las mais prevalentes durante o tratamento (RIBEIRO et al, 2019).

A intervenção psicológica, independente da abordagem ou do tipo de terapia, colabora com a redução das médias de depressão e ansiedade, aumentando as estratégias de enfrentamento, bem como o espírito de luta, mostrando assim, que desempenha um papel fundamental durante o tratamento de carcinoma. O aconselhamento e a psicoeducação colaboram para manter e melhorar as médias de ansiedade e depressão em parâmetros não clínicos, além de incentivar a intervenção psicológica (SAHUQUILLO et al, 2020).

Os grupos de apoio podem emanar benefícios psicossociais, reduzindo o estresse, incrementando a qualidade de vida, melhorando o humor e permite a troca de informações e

vivências entre as pessoas envolvidas. Pacientes que participam de grupos de apoio apresentam melhores desfechos psicológicos (SANTOS; SOUZA, 2019).

Intervenções de abordagens biopsicossociais no decorrer do tratamento de carcinoma são de suma importância, visto que, contribuem com a compreensão do indivíduo em sua totalidade, decorrente de interação de fatores biológicos, sociais e psicológicos. Além de colaborar a concernir que a reabilitação de pacientes com o carcinoma de mama não se relacione apenas aos cuidados biomédicos, mas também aos psicossociais. O cuidado deve ser amplo e abranger aspectos sociais e emocionais. (CHAPARRO et al, 2018).

Cada mulher encara o câncer de mama de uma maneira diferente, se apegando a valores como família e fé para conquistar autoconfiança e autoestima para enfrentar a doença. Porém, o tratamento do câncer de mama restringe significativamente a vida social, pessoal e familiar da mulher, gerando uma quantidade significativa de ansiedade, o que geralmente requer um trabalho psicológico (GONZÁLEZ et al, 2018).

Dessa forma, a mulher fica suscetível a uma situação de vulnerabilidade emocional proveniente dos fatores de ansiedade, estresse e baixa autoestima, podendo resultar em um quadro de depressão. A depressão é uma doença que leva o indivíduo a fortes sentimentos de tristeza e culpa, não tendo mais interesse ou energia pelas suas atividades, e nem se sentindo mais merecedor de um valor especial. A gravidade dessa doença se intensifica pela possibilidade de um alto risco de suicídio. A doença se torna mais forte no período do tratamento em que a mulher se encontra mais exposta a fatores estressores, advindos da realização de procedimentos (PITMAN et al, 2018);

2.8 Atuação fisioterapêutica

A redução da funcionalidade acompanha o percurso da grande parte das afecções que prejudicam a continuidade da vida, complementando às extensas modificações físicas, como emocionais, e, também espirituais, experimentadas pelos enfermos a partir do diagnóstico até o óbito (STABENAU, 2015).

De acordo com Minosso (2016), as intervenções de reabilitação são técnicas relevantes para essa conduta, visto que, o declínio funcional cujo resulta em malefícios nas AVD'S e na capacidade de complementar as necessidades de saúde.

Segundo o COFFITO (2013), o “fisioterapeuta pode ser decretado como um profissional de grau elevado na área da saúde, pleno, independente que trabalha de forma isolada ou em equipe em todos os graus de colaboração à saúde, complementando a prevenção, promoção, evolução, recurso terapêutico e a melhora da saúde em seres, grupos de pessoas ou comunidades”. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (2001): A fisioterapia em oncologia é uma especialização com o intuito de preservar, manter, desenvolver e restaurar a completude cinético-funcional de órgãos e sistemas, bem como prevenir os distúrbios ocasionados pelo tratamento oncológico.

A resolução do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) nº 364, de 20 de maio de 2009, assegura o fisioterapeuta como parte da equipe multidisciplinar de paciente oncológico nos cuidados paliativos e reconhece a especialização de fisioterapia oncológica (BURGOS, 2017).

Segundo Faria (2010): Para o fisioterapeuta oncológico é primordial ter conhecimentos do estágio em que está o paciente, pois o mau manuseio dos recursos fisioterapêuticos será capaz de contribuir com a propagação celular nas redes linfáticas e sanguínea. Diante o exposto, o fisioterapeuta determinará a melhor conduta para intervenção, visando o tratamento e/ou o grau do estágio em que o câncer de mama está situado. Quanto mais tardio é obtido o diagnóstico, mais limitados serão os recursos utilizados pelo fisioterapeuta.

A definição dos cuidados paliativos teve seu início no movimento hospices, criado por Dame Cecily Saunders, que citou a filosofia do cuidado da pessoa que está morrendo, com a finalidade de amenizar o sofrimento físico, social, espiritual e psicológico (MCCOUGHLAN, 2003).

Segundo Gomes (2007): “Em português, paliar é uma terapia para acalmar, atenuar o aliviar por um momento um mal”. Etimologicamente, tem o sentido de fornecer um manto para esquentar “os que sentem frio”, pois não são capazes de ser agasalhados pela medicina curativa (PAIÃO; DE NADAI DIAS, 2012).

De acordo com a Revista Brasileira de Cancerologia (2005), busca-se com o benefício de a atuação da fisioterapia aliviar os sintomas, visando a preservação da vida deste paciente, dando possibilidades sempre que viável para promover sua independência.

Nos cuidados paliativos, a fisioterapia busca para os pacientes com doença avançada uma melhor qualidade de vida, ao utilizar meios de condutas que visam a reabilitação funcional destes pacientes (FLORENTINO et al. 2014). Além disso, utiliza recursos dentro da terapia manual além de, exercícios ativos que visam o fortalecimento muscular, alongamentos, exercícios passivos, mobilizações articulares, técnicas de higiene brônquica, exercícios respiratórios e quando necessário, suporte de O₂ e ventilação mecânica (MULLER et al., 2011).

2.8.1 Atuação fisioterapêutica na terapia da dor

Os principais sintomas que o paciente oncológico pode apresentar são dor e imobilidade, sendo comum também alterações na sensibilidade, linfedema, restrições na ADM, síndrome da rede axilar e fraqueza muscular. A queixa da dor é frequente em pacientes oncológicos, e reduzi-la deve ser uma dentre as prioridades do grupo multidisciplinar. Consiste em uma dor mista e pode ser situada no corpo todo tendo inúmeras origens (RANZI et al, 2019).

A dor oncológica é uma manifestação que causa incômodo e imperícia ao paciente. Os meios que levam a essa dor são decorrentes desde a invasão da neoplasia nos tecidos ósseos, sanguíneos, visceral e até a compressão de nervos, assim como as táticas terapêuticas, como cicatrizes, radioterapia e quimioterapia (FLORENTINO et al, 2012).

No que diz respeito a dor sentida pelo paciente, de acordo o Instituto Nacional de Câncer pode ter como causa: o próprio câncer, o que é mais comum: 46 a 92%; relacionada ao câncer: 12 a 29%; associada ao tratamento antitumoral: 5 a 20% e desordens concomitantes: 8 a 22%. Portanto, é necessária uma avaliação minuciosa da dor para que seja feito um tratamento compatível, sendo capaz de recorrer a utilização de mecanismos de avaliação (escalas de avaliação da dor) e seus níveis como forma de mensuração, e adicionalmente as escalas de funcionalidade (FLORENTINO et al. 2014). Além disso, a dor é composta por componentes

físicos, espirituais, mentais e sociais, cujo revelam a importância que é a atuação multiprofissional (INCA, 2001).

Para que se tenha um melhor tratamento, é de suma importância a identificação do tipo de dor, sendo assim, a classificação é feita com base nos sintomas, que são: generalizados, referidos, localizados, superficiais e profundos; podendo ser aguda ou crônica, de proveniência visceral, somática ou neuropática, e de acordo com a duração. Normalmente a dor somática é instalada, intensifica com movimentos, já em repouso há um certo alívio. Já na dor visceral, é profunda é mal situada, determinada pela distensão das vísceras e compreendida pelo paciente como dor em compressão. Na dor neuropática, ela é entendida como uma dor ardente e profunda, que é persistente ou até mesmo temporária e ocorre quando existe uma lesão do SNC ou no SNP. A dor psicogênica é possível estar associada a sintomas psicológicos, é uma dor rara, deve ser passada ao psiquiatra quando não se tem uma lesão identificada nos nociceptores (SAMPAIO, 2005).

A imobilidade se intensifica na fase terminal da patologia, sendo assim, é necessário que se tenha comprometimento da força muscular, da funcionalidade e flexibilidade, favorecendo com o surgimento da síndrome da imobilização. Essa síndrome prejudica a ADM e a coordenação motora, os músculos enfraquecem provocando dor em inúmeras partes do corpo. Com isso, mostra-se a importância do trabalho do profissional de fisioterapia nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos (BURGOS, 2017).

A eletroterapia na atuação para a diminuição da dor, obtém rápidos resultados e fornece alívio variante entre cada paciente (MARCUCCI, 2004). Para a diminuição da dor o uso das correntes TENS e a Corrente Interferencial, cuja ainda não se sabe qual variação de amplitude modulada de frequência (AMF) é mais eficaz.

A Eletroestimulação Nervosa Transcutânea é mais utilizada para fins analgésicos tanto para dor crônica como dor aguda, sendo simples e não invasiva. O alívio da dor acontece por meio das endorfinas liberadas para se juntarem aos receptores no SNC e SNP, fazendo com que o entendimento da dor reduza (FLORENTINO et al, 2012). A eletroterapia tras resultados rápidos, apesar de não tratar a dor oncológica por inteiro, contribui na contenção do uso de fármacos e seus efeitos colaterais (CUNHA & GARDENGHI, 2019).

No atual ambiente terapêutico, não é possível tratar a dor oncológica unicamente com o uso de recursos eletrofísicos, todavia, é possível reduzir de modo considerável a utilização de analgésicos e em consequência seus efeitos colaterais (IAHPC, 2003).

A terapia manual pode ser um dos métodos utilizados para complementar o alívio do quadro algico, contribuindo na diminuição da tensão muscular, na melhora da circulação tecidual e na diminuição da ansiedade do paciente (MARCUCCI, 2004). Sendo que da mesma forma auxilia para o alívio da tensão muscular gerada pela dor é a utilização de alongamentos, sendo extremamente eficaz (INCA, 2001).

Dessa forma, a crioterapia na terapia da dor possui uma eficácia comprovada (MARCUCCI, 2004), no entanto, não há relatos de estudos conclusivos referente a diminuição de dor oncológica através do método. Todavia, sua aplicabilidade é possível ser útil para dores musculoesqueléticas, sendo realizadas por meio de bolsa ou imersão em água gelada entre 2 e 3 vezes ao dia por um período de 15 a 20 minutos (INCA, 2001).

Outro recurso eficaz para a diminuição da dor é a termoterapia superficial, podendo ser bolsa térmica ou compressas de parafina, promovendo relaxamento muscular (CUNHA & GARDENGHI, 2019). Esse recurso deve ser aplicado no alívio algico e dos espasmos em pacientes em CP, além de auxiliar no relaxamento muscular absoluto, amenizando a compressão de tecidos no qual o tumor está comprimido e conseqüentemente resultando em um quadro de dor. Todavia, é contraindicada o uso da termoterapia diretamente na área do tumor. Visto que, a vasodilatação desenvolvida pelo calor pode dissipar células tumorais pela corrente sanguínea ou pela via linfática. Portanto, as áreas que estão dessensibilizadas e lesionadas também são contraindicadas o seu uso (FLORENTINO et al, 2012).

Além disso, o calor profundo também é um método contraindicado pelo mesmo fato ora mencionado. Portanto, caso não haja sensibilidade na área que será tratada com a termoterapia, o uso do recurso também é contraindicado (CUNHA & GARDENGHI, 2019).

A fisioterapia voltada aos cuidados paliativos recorre a outros recursos com intuito de atingir outros objetivos que não sejam apenas orientadas a dor. Portanto, é de suma importância serem realizados no paciente oncológico terminal, higiene brônquica, mobilizações articulares, fortalecimento muscular, e, também quando necessário, a ventilação mecânica. Esses recursos da fisioterapia buscam aliviar complicações futuras, colaborando com a qualidade de vida desses pacientes (BURGOS, 2017).

2.8.2 Terapias Alternativas

De acordo com SHIN N & PARK J (2018), existem inúmeras formas de tratamento paliativo que são capazes de reduzir os efeitos colaterais dos medicamentos em combate com o

câncer e de outras formas aprimorar a qualidade de vida de seus pacientes. Pode-se citar para melhora do quadro álgico, náuseas e vômitos, a acupuntura, acupressão e a hipnoterapia, para redução de distúrbios de humor e um melhor bem-estar pode-se utilizar a aromaterapia, massagem terapêutica e a musicoterapia. Todavia, há de se ter ciência ao fato de que as terapias complementares devam ser apresentadas como uma forma paliativa capaz de melhorar a qualidade de vida e não como uma cura para sua patologia.

Dentre as terapias complementares, o SUS oferta gratuitamente inúmeras formas, sendo acupuntura, ioga, terapia de movimento de dança, osteopatia, aromaterapia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrada, terapia de bioenergia, terapia de familiar, cromoterapia, hipnoterapia, cura por imposição de mãos, terapia de ozônio, dentre outros (BRASIL, 2023).

Com a introdução da política das práticas integrativas e complementares pelo Ministério da Saúde teve como o objetivo de trazer algo novo e que pudesse contribuir de maneira positiva para as condutas no SUS, e que pudesse de forma abrangente para a comunidade. As principais dificuldades a serem enfrentadas pelo uso dessas práticas são a falta de compreensão quanto ao uso das atividades das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e a carência da compreensão de que os usos dessas atividades tendem a estar de acordo com as necessidades dos utilizadores (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

Essa implementação ganhou espaço no Brasil desde 1986 a partir da oitava Conferência Nacional de Saúde. Para tanto, seu incentivo foi evidenciado pela OMS, mediante o estudo dessas práticas e medicina tradicionais para um bom resultado, qualidade e garantia de sua eficácia, assegurando um melhor conhecimento para sua segurança (TELESI JUNIOR, 2016).

Assim sendo, as práticas integrativas e complementares, denotam muitas respostas positivas no organismo, estudos apresentam resultados satisfatório ao que tange os efeitos dessas práticas em pessoas no uso exagerado de álcool e outras drogas, favorecendo um melhor resultado nessas pessoas que passam por esse tipo de problema. Dentre eles, diminui a ansiedade, causando uma melhor condição de saúde e diminuindo a utilização de drogas, favorecendo uma vida mais saudável, diminuindo sentimentos negativos e pensamentos suicidas, proporcionando um bem-estar e qualidade de vida melhor e uma satisfatória saúde mental (SOUZA et al, 2017).

2.8.3 Cuidados paliativos e a Fisioterapia

Originário do termo em latim *pallium*, o conceito de paliar é proteger. Seu objetivo é aliviar tanto a dor como o sofrimento, de origem física psicológica, social e/ou espiritual. Ofertar cuidados paliativos não significa que não há mais nada a se fazer, por sua vez, preconiza o diagnóstico de uma patologia crônica grave que ameaça a vida. Dessa forma, uma equipe multidisciplinar atua na enfermidade cuidando daquele que está debilitado, e, também daquele que o cerca. Todavia, além de sintomas físicos, a doença vem acompanhada também por questões profundas de ordem social, psicológica e espiritual (PALIATIVO, 2022).

Em 1950, Cecily Sauder atestou um novo modo de cuidar, no qual a finalidade não era apenas a cura de determinada patologia, mas sim o cuidar até o término de sua vida. Essa concepção foi dada à medicina paliativa, que impulsiona toda uma equipe para amenizar os sintomas e reduzir a dor (BURGOS, 2017). O cuidado paliativo pode ser adotado em diversas disfunções que levem o paciente a terminalidade, mas é usualmente usufruído na parte oncológica. Isso porque cerca de 70% dos pacientes com câncer falecem seguidos de sofrimento resultante da doença (CARDOSO et al, 2013). Um dentre outros principais objetivos do cuidado paliativo é a independência funcional do paciente e o alívio dos sintomas acometidos pela enfermidade (CUNHA & GARDENGHI, 2019).

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS, 2007, p. 48).

De acordo com o Ministério da Saúde (2019) os cuidados paliativos dispõem de princípios, sendo eles: proporcionar o alívio da dor e demais sinais grosseiros; precaver episódios de novas dificuldades; contribuir na melhora da qualidade de vida e levar seguramente o curso da doença; compreender os aspectos espirituais e psicossociais ao cuidado do paciente; dispor ainda, suporte multiprofissional para servir as necessidades dos pacientes e de seus parentes, inserindo o apoio ao luto; não antecipar ou adiar a passagem natural da morte; encarar as inseguranças, as expectativas, as necessidades e as perspectivas; começar os cuidados o mais antecipado possível, em conjunto com as investigações fundamentais seguidamente da diagnose e a terapia modificadora da doença e por fim, instruir o paciente para a autodeterminação na condução do término de sua vida.

O paciente em cuidados paliativos oncológicos se vê em dois locais distintos: hospital, sendo primordial para controlar os sintomas característicos como dor, vômito e/ou hemorragia; e, também em sua casa, devido ao aconchego do meio familiar sendo nesses locais que se sentem mais seguros. Nestes dois locais, é necessário a execução de adequações por parte dos familiares, tornando-os propício para a colaboração nos cuidados do paciente, que, por sua vez, enfrenta este momento de sofrimento e vivencia a proximidade da morte (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Cumprido ressaltar que a assistência não é finalizada com a morte do paciente, ou seja, essa, também, é ofertada ao luto familiar pelo tempo que for preciso. Tanto o paciente como seus familiares possuem direito à melhores informações sobre sua condição e as opções de tratamento, visto que, as decisões a serem tomadas, devem ser compartilhadas com ambos, de forma a respeitar tanto os valores culturais quanto os étnicos (GOMES; OTHERO, 2016).

Os cuidados paliativos não são definidos por eutanásia, no entanto, caracteriza-se como adoção de medidas não farmacológicas, por entre abordagens de assistência ao paciente, consiste no controle dos sinais e sintomas tanto físicos como psicológicos. Isto é, quando não há mais formas de se obter respostas ao tratamento (HERMES; LAMARCA, 2013).

Segundo MULLER et al. (2011) é estressante, árduo e complexo a função do fisioterapeuta com pacientes oncológicos, mas que com o decorrer do tempo torna-se recompensador. De acordo com CARDOSO et al. (2013), os profissionais que atendem no local do CP se sentem impotentes em face da incapacidade de cura, pois foram constituídos para viabilizar prevenir a morte, todavia, com a destreza adquirida na prática hospitalar, tendem a resignificar a morte e a entender que ela faz parte do caminho natural da vida.

A filosofia dos CP é que se respeitem a dignidade e o desejo do paciente até o momento de seu falecimento, o que abrange o amparo profissional para amenizar os sintomas psíquicos, físicos, e espirituais dele. Para que seja eficaz, é fundamental o trabalho de um grupo multiprofissional cujo é composta por médico, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social e religioso, dentre outros (REIS JUNIOR & REIS, 2017; PINTO et al, 2013).

Nesse contexto, pode-se entender que o ato de cuidado surge de uma equipe humanizada, cientes das necessidades do paciente, no qual através de assistências corretas de informações transmitem apoio psicológico ao familiar e que de forma reflexa também passam a dar apoio ao paciente fragilizado (BARBOSA; SILVA, 2007).

Dessa maneira, os cuidados paliativos devem englobar as informações primordiais para melhor compreensão e manuseio de desordens e sinais estressantes tanto pertinentes ao tratamento quanto ao progresso da patologia. Sendo neste contexto que o fisioterapeuta se encaixa, na equipe multidisciplinar, atuando de modo complementar nos CP a fim de auxiliar na minimização da sintomatologia, aumentando a qualidade de vida e a funcionalidade do paciente oncológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado com paciente oncológico em estado terminal busca atenção e supervisão da equipe multidisciplinar cujo objetivo é suprir as necessidades psicológicas, espirituais e físicas. Em concordância com os artigos utilizados e revisados, fora possível captar que, o fisioterapeuta executa um papel essencial na equipe. Seu trabalho tem potencial para que o paciente disponha do mínimo de dor durante o tratamento, recorrendo a técnicas como eletroterapia, termoterapia, massoterapia, aromaterapia, dentre outras. Além de que, fora observado que o fisioterapeuta pode atuar tanto na parte preventiva de complicações respiratórias quando nas osteomioarticulares que possam vir a surgir ao longo do tratamento desse paciente terminal.

A dor, a perda de funcionalidade e o linfedema são os quesitos onde constatou-se as principais queixas das mulheres com CA de mama, sendo fatores que são resultantes de uma pior qualidade de vida. Portanto, é de extrema importância a atuação do profissional da fisioterapia nesta área, pois encontra-se resultados efetivos que contribuem e minimizam esses sintomas através de técnicas e de um atendimento humanizado.

Com relação aos cuidados paliativos, identifica-se que a fisioterapia possui recursos para amenizar os sintomas: psicológicos, físicos, sociais e espirituais, e contribui na melhora da qualidade de vida desses pacientes paliativos, todavia, é necessário se obter mais estudos que evidenciem essa relação. É dever também do profissional de fisioterapia tornar esse período o mais humanizado possível tanto na relação saúde e paciente quanto na relação paciente e família. Cabe destacar a importância da atuação da equipe multidisciplinar que tenha conhecimento sobre essa área paliativa oncológica, entretanto, os profissionais necessitam ser mais capacitados e mais estudos devem ser realizados.

Ainda é pouco discutido o trabalho do profissional fisioterapeuta nos cuidados paliativos, especialmente dos pacientes oncológicos. Dessa forma, a partir da graduação, é

necessário que seja mais investido na capacitação de profissionais para atuar na área do cuidado paliativo, pois essas condutas requerem equilíbrio emocional e discernimento profissional em seu cotidiano.

Para finalizar, sugere-se que sejam realizados mais estudos com o intuito de abordar sobre a fisioterapia nos cuidados paliativos, para acabar com o grande tabu que ainda existe referente aos cuidados paliativos, os quais não se trata de eutanásia, mas sim uma garantia que o paciente e sua família vivam esse momento da melhor maneira possível e o mais humanamente adequado.

REFERÊNCIAS

AKRAM, Muhammad et al. Awareness and current knowledge of breast cancer. **Biological research**, v. 50, n. 1, p. 1-23, 2017.

ALVES, J.S **Utilização da imagiologia para diagnóstico e rastreamento de câncer de mama**. Orientador: Victor Hugo Pereira da Silva. 2022.1. 15f. Trabalho de Conclusão de Curso (Biomedicina), Joinville, 2022.1.

AMADE, K. A. B., **Anatomofisiologia da mama feminina, oncogenes, influência da nutrição, meio ambiental, hábitos – o estado da arte**. Orientadora: Anabela Pereira Neves. 2021. 41 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde, Lisboa, 2021.

ANDRADE, C. G.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M.E.L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência. saúde coletiva** 18 (9) • Setembro, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006>. Acesso em: 10 abr. 2023.

ANOTHASINTAWEE, T. et al. Risk factors of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. **Asia-Pacific Journal of Public Health**, Hong Kong, v. 25, n. 5, p. 368-387, 2013. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1010539513488795>. Acesso em: 01 maio 2023.

ARACAVAL, M. M., **O papel da ultrassonografia direcionada nas alterações detectadas pela ressonância magnética de mamas**. Orientador: Rubens Chojniak. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Fundação Antônio Prudente, São Paulo.

AREM, H., & LOFTFIELD, E, 2017. **Cancer Epidemiology: A Survey of Modifiable Risk Factors for Prevention and Survivorship**. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(3), 200–210. doi:10.1177/1559827617700600.

ATTY, A.; Tomazelli, J, 2018. **Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil**. *Saúde Debate*. v.42, n.116, 2018, p. 226.

BAIOCCHI, J. M. T. **Câncer de mama**, São Paulo, 2009 – 2022. Disponível em: <https://www.oncofisio.com.br/quais-sao-os-fatores-de-risco-para-o-cancer-de-mama>. Acesso em: 28 de setembro de 2022.

BARBOSA, A.P; RICACHENEISKY, L.F; DAUDT, C. **Prevenção e rastreamento de neoplasias femininas: mama e colo do útero**. *ACTA MÉDICA VOL. 39, N. 2 (2018)*, p. 340.

BARBOSA, P; CESCA, R; PACÍFICO, T; LEITE, I. Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama pós-intervenção cirúrgica em uma cidade da zona da mata de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saúde. Matern. Infant.**, e Recife, v. 17, n 2, p. 401 – 416, 2017.

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v1n2/pt_1519-3829-rbsi-17-02-0385.pdf. Acesso em: 07 maio 2023.

BARBOSA, Y; OLIVEIRA, A; RABELO, P; SILVA, F; SANTOS, A. **Fatores associados à não realização de mamografia:** Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev. Bras. Epidemiol, v.22, n. 190069, 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/arti-cle/rbepid/2019.v22/e190069>. Acesso em: 07 maio 2023.

BATISTA, G.V; MORREIRA, J.A; LEITE, A.L; MOREIRA, C.I.H. **Câncer de mama:** fatores de risco e métodos de prevenção. Research, Society and Development, v. 9, n. 12, e15191211077, 2020 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i12.11077>. Acesso 07 maio 2023.

BERNANDES, A. **Anatomia da mama feminina.** Disponível em: http://www.fspeg.com/fotos/editor2/cap_33.pdf. Acesso em: 27 out. 2022.

BERNARDES, N. B., et al. **Câncer de mama X diagnóstico.** Revista Multidisciplinar e de Psicologia.v.13, n. 44, p. 878. 2019 - ISSN 1981 - 1179 Edição eletrônica. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 28 out. 2022.

BONFIM, I. M. et al. Identificando fatores de risco e as práticas de autocuidado para detecção precoce do câncer de mama em familiares de mastectomizadas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 10, n. 1, p. 45-52, 2009.

BICKLEY, L. S. **Bates: propedêutica médica** /Lynn S. Bickley, Peter G. Szilagy; [revisão técnica Nephtali Segal Grinbaum; tradução Fernando Diniz Mundim... [et al.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogann, 2010.

BONTRAGER KENNETH, L.; LAMPIGNANO JOHN P. **Tratado de posicionamento radiológico e anatomia associada:** tratado de posicionamento radiológico e anatomia associada. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

BURGOS, D. B. L. (2017). **Fisioterapia paliativa aplicada ao paciente oncológico terminal.** *Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde*. 21(2), 117-22.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor.** Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Detecção precoce.** 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Câncer de mama.** 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/mama>. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cuidados Paliativos.** Direção educacional de Lidiane Aparecida Sousa. Especialistas na temática: Taís Marina de Souza, Laila Carine Ferreira Lodi Junqueira. Brasília: SE/UNA-SUS, 2017. Livro digital p.04 - 06.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Falando sobre câncer de mama.** 2002. Assunto: Câncer de mama. p.19. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_cancer_mama1.pdf. Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério Da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), **A situação do câncer de mama no Brasil: Síntese de dados dos sistemas de informação, 2019.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer: **Ações de Controle do Câncer de mama.** Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/acoes-de-controle/tratamento> Acesso em: 30 jan. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Incidência.** 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/assuntos/incidencia> Acesso em: 14 out. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Incidência.** 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/dados-e-numeros/incidencia> Acesso em: 29 set. 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil.** Rio de Janeiro: 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva (INCA). **Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>. Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL, Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Sila (INCA). **Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama.** 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//parametros-tecnicos-deteccao-precoce-cancer-de-mama.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Práticas integrativas complementares.** 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics> Acesso em: 23 maio 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção do câncer de mama.** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/acoes/prevencao> Acesso em: 07 nov. 2022.

BRAY, F.; MCCARRON, P.; PARKIN, D.M. **The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality**. *Breast Cancer Research*, v. 6, n. 6, p. 4. 229-39, 2014.

BRITO, L. M. O. *et al.* Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade no Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, [São Paulo], v. 32, n. 5, p. 241-246, maio 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000500007>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/nCYp5V8xysyQnLMxBnx9HLr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 de maio 2023.

BRIZOLA, J; FANTIN, N. **Revisão da literatura e revisão sistemática da literatura**. *Revista de Educação do Vale do Arinos*. Vol. 3, n° 2, 2016, p. 27.

BURGOS, D. B. L. **Fisioterapia paliativa aplicada ao paciente oncológico terminal**. 2017. *Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde*. 21(2), 117-22.

CALEFFI, M. **Tipos de câncer de mama**. 2019. Disponível em:

<https://femama.org.br/site/blog-da-femama/tipos-de-cancer-de-mama/>. Acesso em: 14 nov. 2022.

CARDOSO, D. H. et al. (2013). Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto Contexto Enfermagem*. 22(4), 1134-41.

COELHO, B. A. Impacto do *Mindfulness* em mulheres submetidas a biópsia de mama: avaliação de parâmetros quantitativos e qualitativos dos marcadores de estresse. Lisboa: **Universidade Estadual Botucatu**, 2018.

COFFITO. **Definição de fisioterapeuta**. 2013. Apud: MORAES, J. S. S. Fisioterapia oncológica nos cuidados paliativos. 2021. p. 13. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2341. Acesso em: 14 nov. 2022.

CREFITO 4, Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Definição de fisioterapia**. 2015. Disponível em: <https://crefito4.org.br/site/definicao/>. Acesso em: 30 set. 2022.

CUNHA, C. V. & GARDENGHI, G. **A fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer—uma revisão baseada em evidências**. 2019. *CEAFI*. 11-12.

CHAPARRO, J; CORREDOR, J; FAUSTINO, Y. Breakind paradigms, new breast câncer rehabilitation methods from occupational therapy: case report. **Case reports**. v. 4, n. 2, p 78-90, 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2462-85222018000200078&lang=pt. Acesso em: 07 maio 2023.

DE ASSIS LAHOZ, Manoela et al. Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomizadas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 4, p. 423-430, 2010.

DERMIRKIRAN, F., et al. How do nurses and teachers perform breast selfexamination: are they reliable sources of information? *BMC Public Health*. V. 07, p.96, 2007.

DIAS, A, A. et al. Atualização sobre os principais aspectos relacionados ao câncer de mama, **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, Vol. 4, nº 2, p. 5-17, 2017.

D'ORSI C.J, et al. **Breast imaging reporting and data system: ACR BI-RADS-mammography**. 4th ed. Reston-VA: American College of Radiology; 2003. Disponível em <http://www.acr.org/accreditation/mammography/overview/overview.asp>. Acesso em: 08 maio 2023.

EBELL M, THAI T, ROYALTY K. **Cancer screening recommendations: an international comparison of high-income countries**. *Public Health Reviews*. 2018;39(1).

ELUF, J. N. **Controle do câncer de mama** – documento de consenso. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2004, São Paulo. p. 77, 78 e 84. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/229087734> Acesso em: 03 nov. 2022.

ERGUVAN-DOGAN B, WHITMAN G. J. Breast ultrasound MR imaging correlation. **Ultrasound Clin** 2006; 1:593-601.

FARIA, L. **As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama**. 2010. *História, ciências, saúde-manguinhos*, v. 17, n. 1, p. 69-87.

FAYER, V. A, et al. Controle do câncer de mama no estado de São Paulo: uma avaliação do rastreamento mamográfico, **Cadernos Saúde Coletiva**, Vol. 28, nº 1, p. 140-152, 2020.

FERLAY, J. et al. (2013). **Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012**. *International Journal of Cancer*, 136, 359-386. Recuperado. Disponível em: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/04/Ferlay_et_al-2015-International_Journal_of_Cancer.pdf. Acesso em: 04 maio 2023.

FLORENTINO, D. et al. (2012). A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**. 11(2), 50-57.

GOMES, A.L.Z.; OTHERO, M.B. Cuidados paliativos. **Estud. av.** 30 (88) • Setembro a dezembro. 2016 • <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>

GOMES, C. et al. **Reabilitação em hemiplegia**. In: LIANZA, S. *Medicina de reabilitação*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

GOMES, E. C. S. (2015). **Conceitos e ferramentas da epidemiologia** / Elaine Christine de Souza Gomes. Recife: Ed. Universitária da UFPE. Recuperado. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/3355/1/3con_ferra_epidemio_2016-2.pdf. Acesso em: 10 maio 2023.

GONZÁLEZ, C.M. *et al.* Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión teórica. **Psicología y Salud**. v.28, n.2, jul-dez, 2018.

GOUVÊA, A.; COUTINHO I. Os sentidos e os efeitos sociais da informação televisiva em saúde: um estudo de recepção com pacientes do câncer de mama. **RECIIS – Rev. Eletron. Comum. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.10, n.1, jan-mar. 2016.

HERMES, H.R.; LAMARCA, I.C. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** 18 (9) • Setembro. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>. Acesso em: 20 nov. 2022.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE. **Manual of palliative care**. IAHPC, 2003. Disponível em: <http://www.hospicecare.com> Acesso em: 03 maio 2023.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZbRRyNH4HRLXSbFNMms6RgM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 30 abr. 2023.

JANNER, C. L, et al. **Atenção Integrada entre terapia ocupacional e fisioterapia em mulheres com câncer de mama**: revisão integrativa. Revista científica do Hospital de Aeronáutica de Canoas. Vol. 1, nº 1, 2020, p.27.

JERÔNIMO, A. F. de A., Freitas, Â. G. Q., & Weller, M. **Risk factors of breast cancer and knowledge about the disease: An integrative revision of Latin American studies**. 2017. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(1), 135–149. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.09272015>. Acesso em: 08 maio 2023.

KAMEO, S, Y.; et al. Perfil clínico-epidemiológico de mulheres em tratamento oncológico de carcinoma ductal invasivo da mama, **Research, Society and Development**, Vol. 10, nº 1, 2021.

KUHL C. The current status of breast MR imaging part I. Choice of technique, image interpretation, diagnostic accuracy, and transfer to clinical practice. *Radiology* 2007; 244 (2): p. 356-378.

LEE J. M. et al. before reexcision surgery in patients with breast cancer. **AJR Am J Roentgenol** 2004; 182:473-80.

MARCUCCI, F C, I. **O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer**. 2004. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 51, n. 1, p. 67-77.

MARTINI, H. F.; TIMMONS, J. M.; TALLITSCH, B. R. **Anatomia Humana**. 6. ed. Tradução: Luís Garcia Alonso. São Paulo, 2009. p. 739.

- MENDES, L. C; SILVEIRA, C. F; SILVA, Sueli Riul da. Conhecimento de mulheres a respeito do exame de papanicolaou e do autoexame das mamas. **Rev. enferm. atenção saúde**, p. 4-17, 2013.
- MCCOUGHLAN M. **A necessidade de cuidados paliativos**. 2003. Mundo Saúde (1995). p. 6-14.
- MIGOWSKI, A. et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III - Desafios à implementação. **Cadernos de Saúde Pública**, 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE e Instituto Nacional do Câncer, **ATUALIZAÇÃO EM MAMOGRAFIA: para técnicos em radiologia**. 2ed., 2019. p. 16-171
- MINOSSO, J. S. M.; SOUZA, L. J.; OLIVEIRA M. A. C. **Rehabilitation In Palliative Care**. Texto Contexto Enferm, 2016; 25(3): e1470015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001470015>. Acesso em 05 maio 2023.
- MOORE, K. L.; DALLEY, A. F.; AGUR, A. M. R. **MOORE: anatomia orientada para a clínica**. 8º ed. Tradução: Cláudia Lúcia Caetano de Araújo, Rio de Janeiro, 2019, p. 523 - 536.
- MÜLLER, M, C. et al. **A prática do autoexame das mamas em mulheres de uma comunidade universitária**. 2005. PsicoUSF, v. 10, n. 2, p. 185-190.
- MÜLLER, A. M., Scortegagna, D. & Moussalle, L. D. (2011). Paciente oncológico em fase terminal: percepção e abordagem do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 57(2), 207-15.
- MUNARETTO, J. **Como atua o fisioterapeuta oncológico?** 2016. Disponível em: <http://fisioterapia.com/como-atua-o-fisioterapeuta-oncologico/>. Acesso em: 28 set. 2022.
- NADAL, B. S; J. B, S. G. **A atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de mama na atenção primária**. UniAtenas. Centro Universitário Atenas. Disponível em: http://www.atenas.edu.br/uniatenas/assets/files/magazines/A_ATUACAO_DO_ENFERMEIRO_NA_PREVENCAO_DO_CANCER_DE_MAMA_NA_ATENCAO_PRIMARIA.pdf Acesso em: 17 nov. 2022.
- NARDI, R. **Autoexame das mamas**. 2020. Disponível em: <https://drarosanadenardi.com.br/autoexame-das-mamas/>. Acesso em: 03 nov. 2022.
- NASCIMENTO, M. V. N.; OLIVEIRA, I. F. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. **Estudos de Psicologia**, Nata, v. 21, n. 3, p. 272-281, 2016.
- NASTRI, C. O.; MARTINS, W. P.; LENHARTE, R. J. Ultrassonografia no rastreamento do câncer de mama, **FEMINA**, Vol. 39, nº 2, p. 97-102, 2011.

NATIONAL BREAST CANCER FOUNDATION INC. **What's The Difference Between A Breast Self-Exam And A Clinical Breast Exam?** National Breast Cancer Foundation, Inc; 2018.

NETTO, A. U. **Oncologia**. MedResumos: 2018. 8p.

NOVITA, G., et al. **O que é carcinoma ductal invasivo**. Câncer de Mama Brasil. Disponível em: <https://www.cancerdemamabrasil.com.br/o-que-e-carcinoma-ductal-invasivo/> Acesso em: 11 de nov. de 2022.

OHL, I. C. B; OHL, R. I. B; CHAVAGLIA, S. R. R; GOLDMAN, R. E. Public actions for control of breast cancer in Brazil: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2016.

ONCOGUIA. **Câncer de mama inflamatório**, 2014. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer-de-mamainflamatorio/1386/34/>. Acesso em: 14 out. 2022.

PAIÃO, R. C. N.; DE NADAI DIAS, L. I. **A atuação da fisioterapia nos cuidados paliativos da criança com câncer**. 2012. Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, v. 16, n. 4, p. 153-169.

PALIATIVO. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, São Paulo. 2022. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao> Acesso em: 14 nov. 2022.

PAREDES, C. G.; et al. Complicações em reconstrução de mama com retalho pediculado do músculo reto abdominal transverso, **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, Vol. 27, nº 4, p. 552-555, 2012.

PEREIRA, M. G. (2013) *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

PITMAN, A. *et al.* Depression and anxiety in patients with cancer. **BMJ**, v.361, abr. 2018.
RIBEIRO, G; CAMPOS, C; ANJOS, A. Spirituality and religion as resources for confronting breast cancer/Espiritualidade e religião como recursos para o enfrentamento do câncer de mama. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. v.11, n.4 p. 849-856, 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/6667/pdf>. Acesso em: 07 maio 2023.

PINTO, J. L., et al, (2013). **Fisioterapia no paciente oncológico sob cuidados paliativos**. (Trabalho de Conclusão de Curso). Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, Brotas, BA.

RANZI, C. et al, 2019. **Effects of exercises on pain and functional capacity in hospitalized cancer patients**. BrJp. 2(3), 255-259.

REIS JÚNIOR, L. C. & REIS, P. E. A. M. (2017). Cuidados paliativos no paciente idoso: o papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar. **Fisioterapia em Movimento**. 20(2), 127-35.

RODRIGUES, D.; PATROCINIO, L. A. B.; SAWADA, M. I. B. A. C.; SANTOS, R. A. S. **Mamografia** Posicionamento e controle de qualidade. In: SAWADA, M. I. B. A. C. **Introdução**. São Paulo, 2021. 216p.

RODRIGUES, J. D, et al. Análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, p. 3163-3176, 2015.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M.; SANTANA, E. W. P. (2013). **Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças**. In Rouquayrol, M. Z & Gurgel, M. (Orgs.), *Epidemiologia & saúde* (7a ed, p.11-24). Rio de Janeiro: Medbook.

SARTORI, A. C. N., BASSO, C. S **Câncer de mama: uma breve revisão de literatura**. PERSPECTIVA, Erechim. v. 43, n.161, 13p, março. 2019.

SAMPAIO, L. R., MOURA, C. V. M. & RESENDE, M. A. (2005). Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 51(4), 339-46.

SAUTER E. Breast Cancer Prevention: Current Approaches and Future Directions. *European Journal of Breast Health*. 2018.

SAHUQUILLO, G; PERES, A; BELTRÁN, A. Estudio de la efectividad de la intervención psicológica em pacientes com câncer de mama localizado. **Psicooncologia: investigación y clínica bipsicosocial em oncologia**. v. 17, n, 1, p. 59-71, 2020. Disponível em: <https://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=16967240&AN=143580341&h=qey75EPX5uA2JFhnWQFnpZ94jgjdLpMFRu71FJ8gVRFssMwJLxPBJ9%2bOPI88Wt1SbxHbdQehDnkR991tGYptcw%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrorCrlNotAuth&resultLogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d16967240%26AN%3d143580341>. Acesso em: 07 maio 2023.

SANTOS, M; SOUZA, C. Intervenções Grupais para Mulheres com Câncer de Mama: Desafios e Possibilidades. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 35, 2019. Disponível em: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/68241/4564456553140>. Acesso em: 07 maio 2023.

SAWADA, M. I. B. A. C. **Mamografia**. 2021. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=uhcsEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=Mamografia+&ots=VdU_LZxBbC&sig=-x7J48x-LVVdNMSwDinii15MnKw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 12 nov. 2022.

SCHWINGEL, G., **Atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos e tratamento de pacientes com câncer de mama: uma revisão de literatura**. Caxias do Sul: FSG Centro Universitário, 2021. E-book.

SILVA, L. E., et al. **A função do fisioterapeuta nos cuidados paliativos e os recursos utilizados para melhoria de qualidade de vida do paciente oncológico em estado terminal.** Research, Society and Development, v. 10, n. 16, e190101623148, 2021. DOI. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsdv10i16.23148>. Acesso em: 15 nov. 2022.

SILVA, P. A. et al. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2011, v.64, n.6, pp. 1016-1021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000600005> Acesso em: 02 maio 2023.

SILVA, J. O. et al. Educação em saúde para prevenção do câncer de mama no município de Piri-piri-PI: atuação do pet-saúde. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, n. 4, p. 203-205, 2015.

SOARES L.R, et al. [Female breast cancer mortality in Brazil according to color]. Rev Bras Ginecol Obs [Internet]. 2015;37(8):388–92. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26312395>. Acesso em: 18 nov. 2022.

SOUZA, L. P. S, et al. Práticas Integrativas e Complementares no Cuidado à Saúde Mental e aos Usuários de Drogas. **Id online Rev. Mult. Psic**, v. 11, n. 38, p. 1981-1179, 2017.

SHIN N; PARK J. **Effect of auricular acupressure on nausea, vomiting, and retching in patients with colorectal cancer receiving chemotherapy.** Korean J Adult Nurs., 2018; 30 (3): 227 -34.

STABENAU HF, MORRISON LJ, GAHBAUER EA, LEO-SUMMERS L, ALLORE HG, GILL TM. **Functional Trajectories in The Year Before Hospice.** Ann Fam Med. 2015;13(1):33-40.

TORRE, L. A.; ISLAMI, F.; SIEGEL, R. L.; WARD, E. M. & JEMAL, AHMEDIN. (2017). **Global Cancer in Women: Burden and Trends.** *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 26(4), 444-457. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-16-0858

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos avançados**, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. SCREENING FOR BREAST CANCER. U.S. **Preventive Services Task Force recommendation statement.** Annals of internal medicine. Philadelphia. 2009.

VIEIRA, C.S., et al. **Oncologia Básica.** Teresina, PI: Fundação Quixote, 2012.

VIEIRA, Sabas Carlos. **Oncologia básica para profissionais de saúde / Sabas Carlos Vieira.** – Teresina: EDUFPI, 2016. 172 p. (p. 59).

WAITZBERG, A, F, L; PRIGENZI, K, C, K. **Câncer de mama**, 2016. Sociedade Brasileira de Patologia. Disponível em: <https://www.sbp.org.br/cancer-de-mama/> Acesso em: 04 nov. 2022.

WILSON C. M, et al. **The Role of Physical Therapists Within Hospice and Palliative Care in the United States and Canada**. 2017. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®; 34(1): p. 34–41.

WILSON C.M, et al. The Role of Physical Therapists Within Hospice and Palliative Care in the United States and Canada. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, 2015. 34(1): 34–41.

WINNIKOW, E. P; **Anatomia da mama**, 2022. Sociedade Brasileira de Mastologia.

Disponível em:

https://centrodemama.com.br/paginas/pacientes_e_publico/anatomia_da_mama Acesso em: 04 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – **Active ageing: a policy framework**. Department of Health Promotion. Geneva, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO - Early Detection. Geneva, 2007. **Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes**. p.48 Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43743/9241547338_eng.pdf Acesso em: 28 de março de 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2013). **Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020**. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=6C32DEC3361AA726A3FB6F7F4D918917?sequence=1. Acesso em: 23 nov. 2022.