

SAÚDE DA MULHER

Edição XXVI

Capítulo 11

CÂNCER DE MAMA E SAÚDE DA MULHER: AUTOEXAME, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

NATHÁLIA CAETANI CARVALHO¹
SARAH MORGANA BENEDETTO¹
MARIANA BARCELOS NAZARI ANASTASIADIS¹
IZABELLA PPATERO ARGENTA¹

¹Discente – Medicina na Universidade Luterana do Brasil.

Palavras-Chave: Câncer de Mama; Diagnóstico Precoce; Autoexame.

DOI

10.59290/0398001612

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais frequente entre mulheres no mundo, representando um grande problema de saúde pública devido sua alta incidência de mortalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Esta patologia é considerada multifatorial, envolvendo predisposição genética, fatores hormonais e ambientes, o que reforça a necessidade de estratégias abrangentes de prevenção e diagnóstico precoce (GARCIA *et al.*, 2011). O diagnóstico precoce é essencial para um melhor prognóstico, pois a identificação da doença em estágios iniciais permite intervenções menos invasivas e maiores taxas de sobrevivência (SOUZA *et al.*, 2021).

O autoexame das mamas, apesar de não substituir métodos diagnósticos por imagem, é considerado complementar para a percepção de alterações suspeitas (OLIVEIRA *et al.*, 2020). A prática regular do autoexame auxilia diretamente na identificação rápida dos primeiros sinais da patologia, permitindo uma busca precoce de atendimento médico, principalmente em regiões carentes de recursos de saúde (SILVA *et al.*, 2010). Porém, para que essa prática seja considerada efetiva, é essencial que a técnica correta e a periodicidade da prática sejam divulgadas e incorporadas nas ações de educação em saúde (SILVA JUNIOR, 2021).

O diagnóstico do câncer de mama baseia-se na classificação histopatológica, que permite diferenciar subtipos de neoplasias como carcinoma ductal invasivo e carcinoma lobular invasivo, cada um com suas próprias características e prognósticos (KHAN, *et al.*, 2024). A diferenciação se torna essencial para definição do tratamento, visto que o subtipo tumoral influencia a resposta terapêutica e as taxas de recidiva (MENEZES *et al.*, 2024). Além disso, a avaliação clínica dos nódulos, a ser realizada pelo médico, considera critérios como consistência,

mobilidade, limites e presença de alterações cutâneas, que busca distinguir lesões benignas das lesões malignas (SANTOS *et al.*, 2021).

As terapias neoadjuvantes e adjuvantes auxiliam no manejo do câncer de mama, incluindo quimioterapia, hormonioterapia, terapia-alvo e radioterapia, como indicações que variam de acordo com o estágio do tumor e a biologia tumoral (PAIVA, *et al.*, 2020). Esses tratamentos visam reduzir o risco de recidiva da doença, controlar a progressão da doença e melhorar os desfechos clínicos (GARCIA JUNIOR *et al.*, 2011). Dessa forma, a prevenção, o diagnóstico precoce, a classificação correta e as terapias individuais são consideradas a base para o manejo do câncer de mama (SILVA JUNIOR, 2021).

Por fim, os resultados encontrados a partir da revisão foram divididos de forma a responder os objetivos específicos do estudo, sendo eles, descrever a importância do autoexame das mamas como estratégia de autoconhecimento corporal e detecção precoce de alterações suspeitas; classificar e caracterizar os principais tipos de câncer de mama, considerando aspectos histológicos, evolução clínica e prognóstico; identificar e diferenciar as características clínicas de nódulos mamários benignos e malignos, abordando critérios de avaliação e implicações para o diagnóstico precoce e apresentar as principais medicações utilizadas no tratamento neoadjuvante e adjuvante do câncer de mama, destacando indicações, mecanismos de ação e impacto nos desfechos clínicos.

MÉTODO

O presente capítulo foi elaborado a partir de uma Revisão Narrativa acerca da literatura especializada da área. Como bases de dados na obtenção dos principais materiais para a elaboração do capítulo, foram utilizadas as bases *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Google Acadêmico, Portal BVS e Literatura

Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Ainda, foi dada prioridade para a seleção de pesquisas experimentais, revisões e teses publicadas nos últimos cinco anos. Como palavras-chave nas buscas foram eleitas: Câncer de mama; Diagnóstico precoce; Autoexame. Após as etapas de seleção dos materiais. Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas, revisões narrativas e teses publicadas nos últimos cinco anos (2019–2024), disponíveis integralmente em português, inglês ou espanhol, e que abordassem diretamente aspectos relacionados à prevenção, diagnóstico precoce, classificação histopatológica, e características clínicas de nódulos e terapêuticas adjuvantes ou neoadjuvantes do câncer de mama. Foram excluídas publicações duplicadas, artigos de opinião, resumos simples de congressos, cartas ao editor, estudos com recorte temporal anterior a 2010, bem como aqueles que não apresentavam metodologia clara ou não atendiam aos objetivos da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Autoexame das Mamas: importância e técnica correta

O autoexame das mamas (AEM) é reconhecido mundialmente como uma estratégia de autoconhecimento corporal e monitoramento contínuo da saúde mamária. Ao realizar o exame de forma regular, a mulher se familiariza com a aparência e a textura das mamas, o que favorece a percepção precoce de alterações suspeitas como nódulos, retrações, alterações de pele ou secreções anormais (CASTRO, *et al.*, 2021). Segundo uma análise retrospectiva realizada por Hackett *et al.* (2024) a partir de prontuários médicos nos Estados Unidos, 25 dos 26 casos de câncer de mama confirmados foram identificados pelas próprias pacientes durante o autoexame das mamas, demonstrando que essa prá-

tica contribui para a percepção de alterações e para busca por avaliação médica diagnóstica.

Embora o autoexame não substitua métodos de rastreamento como a mamografia ou ecografia mamária, apresenta-se como complemento a exames, principalmente em regiões onde a cobertura e/ou disponibilidade de exames de imagem é limitada (THOMPSON, *et al.* 2023). Em contextos onde existe uma baixa disponibilidade de recursos diagnósticos, a realização regular do autoexame é utilizada como estratégia adicional para aumentar a probabilidade de detecção de alterações em estágios iniciais, quando as chances de atingir um tratamento bem-sucedido são maiores (INCA, 2022). Além disso, o AEM representa uma forma de empoderamento, incentivando a participação ativa da mulher no cuidado com sua própria saúde (CASTRO *et al.*, 2021).

Segundo Köksoy *et al.*, 2022, o exame deve ser realizado em duas fases, a primeira sendo uma inspeção visual que deve ser realizada de frente a um espelho, onde a mulher deve observar as mamas e posicionar os braços em diferentes posições, primeiramente relaxados, em seguida erguidos e, por fim, apoiados na cintura, a fim de observar alterações na simetria, forma, superfície cutânea e mamilos; e, em seguida, a palpação, etapa em que deve ser realizada a investigação a partir do toque mamário. Conforme orienta Thompson *et al.* (2023), a palpação do autoexame deve ser feita utilizando a polpa dos dedos, reproduzindo movimentos circulares, lineares ou radiais, desde a região da clavícula até o sulco infra mamário, incluindo aréolas e prolongamento axilar, a fim de identificar possíveis nódulos, endurecimentos ou regiões dolorosas. Recomenda-se que o exame seja realizado uma vez ao mês, preferencialmente de 7 a 10 dias após o início da menstruação, pois é nesse período que a mama se apresenta menos sensível e com menor influência hormonal (KÖKSOY *et al.*, 2022).

Apesar do autoexame das mamas não ser considerado um método isolado de rastreamento de alterações mamárias, sua aplicação regular e correta pode contribuir para a detecção precoce de alterações e para o fortalecimento do autocuidado feminino. Ao favorecer a familiaridade com o próprio corpo e estimular a busca por atendimento médico diante de achados suspeitos, o AEM configura-se como uma prática de baixo custo, acessível e de alta relevância em locais com limitações diagnósticas (HACKETT *et al.*, 2024; INCA, 2022). Além disso, a sua integração às ações educativas em saúde amplia a conscientização sobre o câncer de mama e pode fortalecer a adesão das mulheres às estratégias formais de rastreamento (CASTRO *et al.*, 2021).

Classificação dos Principais Tipos de Câncer de Mama

O câncer de mama engloba diferentes tipos de tumores que variam em comportamento, prognóstico e resposta ao tratamento, e uma das formas mais utilizadas para diferenciá-los é a classificação histológica, ou seja, a análise das características das células e tecidos ao microscópio, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que os tipos mais comuns incluem o carcinoma lobular invasivo, o carcinoma ductal invasivo, o carcinoma tubular, além do carcinoma mucinoso e o carcinoma metaplásico (WHO, 2019). Cada um apresenta padrões de crescimento e características celulares próprias, que não ajudam apenas no diagnóstico, mas também orientam a conduta terapêutica e permitem prever a evolução clínica (TAN *et al.*, 2020).

Entre as lesões não invasivas, o carcinoma ductal in situ (CDIS) é uma proliferação maligna confinada aos ductos, apresentando padrões sólido, cribiforme, micropapilífero ou comedo, este último associado a necrose central (WHO, 2019). Geralmente é assintomático e identifica-

do por microcalcificações em mamografia e o tratamento visa prevenir progressão para carcinoma invasivo, com excelente prognóstico quando tratado adequadamente (NAROD *et al.*, 2015). Já o carcinoma lobular in situ (CLIS) é uma lesão de alto risco, não maligna, que apresenta células monomórficas ocupando lóbulos e ácinos, com perda de E-caderina (WHO, 2019), e funciona mais como um marcador de risco aumentado, do que como um precursor direto do câncer de mama invasivo (BRAASCH *et al.*, 2022).

O carcinoma lobular invasivo apresenta células pequenas e uniformes, dispostas em fileiras únicas, padrão conhecido como “fila índiana”, com perda da expressão da proteína E-caderina, identificada por imuno-histoquímica, ao passo que essa morfologia peculiar dificulta a detecção precoce, pois o tumor tende a crescer de forma insidiosa, sem formar massas palpáveis evidentes, podendo passar despercebido ao exame físico e aos métodos de imagem convencionais, como a mamografia (WILSON *et al.*, 2021). Além disso, é mais frequente apresentar multifocalidade, bilateralidade e propensão a metástases em locais incomuns, como peritônio e ovário, o que requer elevado índice de suspeição na presença de sintomas sugestivos (WONG *et al.*, 2021).

O carcinoma tubular é formado por túbulos bem organizados, compostos por células epiteliais com núcleo uniforme e pouca atipia, ocupando mais de 90% da área tumoral (WHO, 2019). Esse padrão histológico apresenta estroma fibroso delicado e raras figuras de mitose, o que se traduz em um comportamento pouco agressivo e encontrados quase sempre incidentalmente, já o carcinoma mucinoso é caracterizado por extensos lagos de mucina extracelular nos quais flutuam pequenos agrupamentos de células neoplásicas de baixo grau nuclear, tendo aparência gelatinosa e bom prognóstico (TAN *et al.*, 2020). Essas características estão associa-

das a baixas taxas de metástase linfonodal e sobrevivência global acima de 95% em cinco anos, especialmente quando diagnosticadas em tumores menores que 2 cm (EMIROGLU *et al.*, 2023).

Segundo WHO *et al.*, 2019, o carcinoma metaplásico é raro, representando menos de 1% dos casos, e exibe histologia heterogênea, com diferenciação cartilaginosa, óssea ou fusiforme. Conforme Ellis *et al.*, 2020, é caracterizado por alto pleomorfismo nuclear, mitoses frequentes e padrão infiltrativo irregular. Frequentemente triplo negativo - ausência de três receptores hormonais -, tem comportamento clínico agressivo, com rápido crescimento tumoral e elevada taxa de recidiva, com resposta inferior a 20% à quimioterapia convencional (GONZÁLEZ-MARTÍNEZ *et al.*, 2020).

Diferenças Clínicas entre Nódulos Mamários Benignos e Malignos

A identificação de um nódulo mamário pode ocorrer de forma incidental em exames de rotina, seja no exame clínico realizado por um profissional de saúde, seja pela própria mulher durante o autoexame. A descoberta de uma massa mamária abre a possibilidade de múltiplos diagnósticos diferenciais, o que exige avaliação criteriosa por meio do exame clínico detalhado das mamas (ECM) e de exames de imagem, como a ultrassonografia e a mamografia, a fim de distinguir lesões benignas de malignas (VADAKEKUT *et al.*, 2025). As características morfológicas representam critérios importantes: nódulos com forma oval ou redonda, contornos regulares e margens circunscritas tendem a indicar benignidade, enquanto lesões com margens espiculadas ou irregulares apresentam maior probabilidade de malignidade (VADAKEKUT *et al.*, 2025).

Os nódulos benignos são os mais frequentemente encontrados em mulheres entre 20 e 50 anos, geralmente palpáveis, firmes, móveis, de

limites bem definidos e, em alguns casos, relacionados a alterações hormonais do ciclo menstrual (SABEL, 2025). Entre as lesões benignas mais comuns destacam-se os fibroadenomas e os cistos mamários. Os fibroadenomas, considerados os tumores benignos mais prevalentes da mama, representam até 50% das biópsias realizadas em contexto de rastreamento, acometem principalmente mulheres entre 15 e 35 anos e são caracterizados por nódulos móveis e com bordas definidas em exames clínicos e de imagem, com provável etiologia hormonal (SABEL, 2023). Já os cistos mamários se apresentam como nódulos arredondados ou ovais, podem causar dor súbita e intensa e são mais comuns entre 35 e 50 anos (SABEL, 2023).

Em contraste, os nódulos malignos costumam ter caráter infiltrativo, são aderidos a planos profundos e, portanto, imóveis. A infiltração tumoral pode provocar retrações cutâneas, rigidez mamilar e alterações na superfície da pele, como edema em aspecto de “casca de laranja”, além de se manifestarem como eritema, ulcerações e retração do mamilo (BEREZA *et al.*, 2010). No exame clínico, a avaliação deve abranger mamas e axilas, com análise da forma, mobilidade, textura, sensibilidade e presença de secreções. Nos exames de imagem, a classificação segue o Sistema BI-RADS, que organiza achados de 0 a 6, variando desde exames inconclusivos até malignidade confirmada por biópsia (VADAKEKUT *et al.*, 2025; BARAZI *et al.*, 2023).

O diagnóstico precoce do câncer de mama baseia-se em estratégias que associam rastreamento populacional, estratificação individual de risco e investigação rápida de casos suspeitos. A mamografia é o método mais eficaz na redução da mortalidade, especialmente em mulheres acima de 50 anos, com benefícios também observados a partir dos 40 (NELSON *et al.*, 2016; MOSS *et al.*, 2006; AUTIER *et al.*, 2024). Em pacientes com mamas densas ou ris-

co intermediário, a ultrassonografia pode complementar a mamografia, embora apresente maior taxa de falso-positivos (OHUCHI *et al.*, 2016; CORSETTI *et al.*, 2011). Já em mulheres de alto risco, a ressonância magnética anual, associada à mamografia, representa a estratégia mais indicada (LOWRY *et al.*, 2022; SAADATMAND *et al.*, 2023). Para casos sintomáticos, a abordagem de maior acurácia é a avaliação tripla, que associa exame clínico, imagem e biópsia por agulha (GOYAL *et al.*, 2015; RAMESH *et al.*, 2020).

Tratamento Neoadjuvante e Adjuvante no Câncer de Mama

O tratamento do câncer de mama é composto por terapias adjuvantes e neoadjuvantes que permitem o controle local e sistêmico da doença. A quimioterapia pode ser administrada antes ou após o procedimento cirúrgico, sendo a neoadjuvância (NACT) indicada em pacientes com maior risco de recidiva, especialmente na presença de tumores HER2-positivos ou triplo-negativos, além de favorecer a conservação mamária e avaliar a resposta tumoral (CHEN, *et al.*, 2023). A resposta patológica completa (pCR) obtida após o tratamento quimioterápico neoadjuvante é considerada um marcador prognóstico, associando-se a menores taxas de sobrevida livre de doença e sobrevida global, principalmente em relação a subtipos biológicos agressivos com HER2-positivo e triplo-negativo (GLOBUS, *et al.*, 2023). Antraciclinas e taxanos destacam-se como tratamento combinado, com tendência atual de reduzir a exposição a antraciclinas em cenários de HER2-positivos devido ao risco de cardiotoxicidade sem prejuízo nos desfechos clínicos (HARBECK, 2022).

Atualmente a hormonioterapia para tumores de expressão de receptores hormonais (RH-positivos) pode ser feita tanto no contexto de adjuvância como na neoadjuvância. O tamoxi-

feno segue sendo tratamento de primeira escolha em mulheres pré e pós menopausa, com seus benefícios comprovados no contexto de redução de mortalidade, especialmente quando administrado por 5 anos ou mais (LI & SHAO, 2016). Nesse mesmo cenário, inibidores de aromatase mostram superioridade em determinados contextos, podendo ser utilizados isoladamente ou após o tamoxifeno, além de comporem estratégias de terapia estendida além de cinco anos, o que reduz ainda mais o risco de recorrência (LI & SHAO, 2016). No cenário neoadjuvante, a hormonioterapia pode ser recomendada em pacientes selecionadas, principalmente pós-menopáusicas com tumores luminais e baixo risco proliferativo, oferecendo uma boa resposta clínica e taxas mais elevadas de cirurgias conservadoras, com perfil de toxicidade mais favorável em comparação a quimioterapia (SEMIGLAZOV *et al.*, 2007).

Entre as terapias-alvo, a associação de trastuzumabe à quimioterapia reduziu significativamente as taxas de recorrência e mortalidade em longo prazo, consolidando-se como padrão-ouro de tratamento (HARBECK, 2022). O uso combinado de trastuzumabe e pertuzumabe na neoadjuvância aumenta as taxas de pCR, o que permite adaptar o plano adjuvante conforme resposta cirúrgica (GIANNI *et al.*, 2012). Pacientes que não alcançam pCR após tratamento neoadjuvante têm indicação de escalonamento terapêutico com trastuzumabe entansina (T-D-M1), que demonstrou redução significativa no risco de recorrência em comparação ao uso isolado de trastuzumabe (VON MINCKWITZ *et al.*, 2019). Já em pacientes de baixo risco, como pequenos tumores e linfonodos negativos, pode-se optar por esquemas menos invasivos como paclitaxel semanal associado a trastuzumabe, com resultados de sobrevida altamente satisfatórios (HARBECK, 2022).

A radioterapia adjuvante é indicada após cirurgias conservadoras e, em casos selecionados,

após mastectomia, com objetivo de reduzir recidivas locais e regionais (KEER *et al.*, 2022). A aplicação pode ser feita tanto em irradiação parcial ou total da mama até a inclusão da parede torácica e cadeias linfonodais, conforme fatores de risco individuais (NCCN, 2022). Estudos mostram que a radioterapia contribui para redução da mortalidade específica por câncer de mama, embora em regimes antigos tenha sido observada uma leve elevação de mortalidade não relacionada ao câncer, sobretudo cardiovascular e pulmonar, riscos atualmente mitigados com o avanço das técnicas de planejamento e redução da dose em órgãos adjacentes (JOURNY *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

O câncer de mama representa um grande desafio de saúde pública e exige abordagens que busquem a prevenção, o diagnóstico precoce e planos terapêuticos individualizadas. O presente trabalho evidencia que o autoexame das mamas, apesar de não substituir métodos de rastreamento tradicionais, representa uma prática complementar de baixo custo e de grande relevância, especialmente em contextos com restrição de acesso a exames de imagem, favorecendo o autoconhecimento corporal e a busca precoce por atendimento médico diante de alterações suspeitas.

A correta classificação histopatológica e a diferenciação entre nódulos benignos e malignos auxiliam no processo diagnóstico, uma vez que orientam a conduta clínica e influenciam no prognóstico das pacientes. A identificação precoce, associada à utilização de exames de rastreamento como a mamografia, a ultrassonografia e, em casos selecionados, a ressonância magnética, amplia a possibilidade de tratamentos menos invasivos e aumenta a sobrevivência.

No que se refere ao tratamento neoadjuvante e adjuvante, incluindo quimioterapia, hormonioterapia, terapias-alvo e também radioterapia, demonstram uma redução da mortalidade e no controle da recidiva. A individualização do tratamento, guiada pelo subtipo tumoral e pelos fatores de risco individuais, promove maior eficácia clínica e melhor qualidade de vida às pacientes.

Dessa forma, conclui-se que a efetividade no enfrentamento do câncer de mama depende da integração entre estratégias educativas de autocuidado, diagnóstico precoce, avaliação clínica criteriosa e tratamentos direcionados. Além de fortalecer a autonomia das mulheres no cuidado com sua saúde, essas medidas contribuem para a redução da morbimortalidade e para a consolidação de políticas mais resolutivas no contexto oncológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AUTIER, P. *et al.* Effect of screening mammography on risk of breast cancer death. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2024. DOI: 10.1007/s10549-024-07418-7.
- BARAZI, H.; GUNDURU, M. Mammography BI RADS Grading. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; jan. de 2025.
- BRAASCH, M. C. *et al.* Prognostic Significance of Lobular Carcinoma In-Situ (LCIS) Diagnosed Alongside Invasive Breast Cancer. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, v. 16, art. 11782234211070217, p. 1–10, 2022. DOI: 10.1177/11782234211070217.
- CASTRO, M. S. *et al.* Autoexame das mamas: percepção e prática de mulheres em diferentes contextos socioeconômicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 74, n. 2, p. e20200941, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0941>.
- CHEN, Y.; Qi, Y.; Wang, K. Neoadjuvant chemotherapy for breast cancer: an evaluation of its efficacy and research progress. *Frontiers in Oncology*, 13:1169010, 2023.
- CORSETTI, V. *et al.* Role of ultrasonography in detecting mammographically occult breast carcinoma in women with dense breasts. *European Radiology*, v. 21, n. 2, p. 339-346, 2011.
- GARCIA, J. R. *et al.* Fatores de risco e estratégias de prevenção do câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 33, n. 2, p. 98-105, 2011.
- GLOBUS, O. *et al.* The neoadjuvant systemic treatment of early breast cancer: a narrative review. *Annals of Breast Surgery*, v. 7, p. 39, 2023.
- GOYAL, A. *et al.* The value of triple assessment in the diagnosis of breast cancer. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, v. 9, n. 9, p. XC01–XC03, 2015.
- GONZÁLEZ-MARTÍNEZ, S. *et al.* Molecular Features of Metaplastic Breast Carcinoma: An Infrequent Subtype of Triple Negative Breast Carcinoma. *Cancers (Basel)*, v. 12, n. 7, art. 1832, 2020. DOI: 10.3390/cancers12071832.
- HACKETT, A. *et al.* Self-detection of breast cancer through breast self-examination: a retrospective chart review. *Journal of Women's Health*, New York, v. 33, n. 4, p. 456-463, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1089/jwh.2023.0123>.
- HARBECK, N. Neoadjuvant and adjuvant treatment of patients with HER2-positive early breast cancer. *The Breast*, v. 62, p. S12–S16, 2022.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Autoexame das mamas. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br>. Acesso em: 14 ago. 2025.
- KERR, A. J. *et al.* Adjuvant and neoadjuvant breast cancer treatments: a systematic review of their effects on mortality. *Cancer Treatment Reviews*, 105:102375, 2022.
- KHAN, M. A. *et al.* Advances in Breast Cancer Classification and Management. *Cancers*, v. 16, n. 1509, p. 1-15, 2024.
- KÖKSOY, S. *et al.* Effect of breast self-examination training on knowledge and practice of women: a randomized controlled trial. *European Journal of Breast Health*, Istanbul, v. 18, n. 3, p. 247-254, 2022. DOI: <https://doi.org/10.4274/ejbh.galenos.2022.2022-3-2>.
- LI, Y.; SHAO, Z. Endocrine therapy for early breast cancer. *Chinese Clinical Oncology*, v. 5, n. 3, p. 40, 2016.
- MENEZES, R. F. *et al.* Breast Cancer Subtypes: Diagnostic and Therapeutic Implications. *Current Oncology*, v. 31, n. 2, p. 90-102, 2024.
- NAROD, S. A. *et al.* Breast cancer mortality after a diagnosis of ductal carcinoma in situ. *JAMA Oncology*, v. 1, n. 7, p. 888–896, 2015. DOI: 10.1001/jamaoncol.2015.0733.

NELSON, H. D. *et al.* Screening for Breast Cancer: A Systematic Review to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Annals of Internal Medicine*, v. 164, n. 4, p. 244-255, 2016.

OHUCHI, N. *et al.* Sensitivity and specificity of mammography and adjunctive ultrasonography to screen for breast cancer in the Japan Strategic Anti-Cancer Randomized Trial (J-START). *The Lancet*, v. 387, n. 10016, p. 341-348, 2016.

PAIVA, A. C. C. *et al.* Quality of Life and Rehabilitation in Breast Cancer Survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, v. 14, n. 5, p. 1201-1210, 2020.

RAMESH, S. *et al.* Triple assessment of breast lumps: diagnostic accuracy and correlation with histopathology. *Indian Journal of Surgery*, v. 82, n. 4, p. 405-411, 2020.

SABEL, M. S. Manifestações clínicas, diagnóstico diferencial e avaliação clínica de uma massa mamária palpável. In: CHAGPAR, Anees B. (Ed. de seção); CHEN, Wenliang (Ed. adj.). UpToDate. Waltham, MA: Wolters Kluwer, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-differential-diagnosis-and-clinical-evaluation-of-a-palpable-breast-mass>. Acesso em: 25 ago. 2025.

SABEL, M. S. Visão geral das doenças benignas da mama. In: CHAGPAR, Anees B.; WHITMAN, Gary J. (Eds. de seção); CHEN, Wenliang (Ed. adj.). UpToDate. Waltham, MA: Wolters Kluwer, 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-benign-breast-diseases>. Acesso em: 25 ago. 2025.

SANTOS, A. P. *et al.* Avaliação clínica de nódulos mamários: aspectos diagnósticos e terapêuticos. *Revista de Enfermagem e Saúde*, v. 10, n. 3, p. 55-62, 2021.

SEMIGLAZOV, V. *et al.* Neoadjuvant endocrine therapy vs chemotherapy for postmenopausal ER-positive breast cancer patients. *The Breast*, v. 16, p. 316–321, 2007.

SILVA, M. G. C. *et al.* Breast Cancer Awareness and Self-Examination Practices. *World Applied Sciences Journal*, v. 10, n. 4, p. 248-255, 2010.

SILVA JUNIOR, G. R. da. Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama: uma abordagem educativa. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) — Universidade Federal, 2021.

SOUZA, L. F. *et al.* Impacto do Diagnóstico Precoce na Sobrevida de Pacientes com Câncer de Mama. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 6, p. 25601-25613, 2021.

TAN, P. H. *et al.* The 2019 World Health Organization classification of tumours of the breast. *Histopathology*, v. 77, n. 2, p. 181–185, 2020. DOI: 10.1111/his.14091.

VADAKEKUT, Es; PUCKETT, Y. New Palpable Breast Mass. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Classification of Breast Tumours. 5. ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2019.

WILSON, R. E. *et al.* Invasive lobular carcinoma: an update on the most common “special” subtype of breast cancer. *Frontiers in Oncology*, v. 10, p. 591399, 2021. DOI: 10.3389/fonc.2020.591399.

WONG, S. M. *et al.* Patterns of metastases and prognosis in invasive lobular carcinoma of the breast. *Breast Cancer Research and Treatment*, v. 189, p. 327-336, 2021. DOI: 10.1007/s10549-021-06334-1.