

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA PELO ENFERMEIRO NAVEGADOR À LUZ DA TEORIA DE IMOGENE KING

LORENA SOFIA DOS SANTOS ANDRADE

Doutoranda de Enfermagem da UPE/UEPB: lorena_sofiacg@hotmail.com

BRUNA DE SOUZA BUARQUE

Doutoranda de Enfermagem da UPE/UEPB: brunasbuarque@gmail.com

XÊNIA SHEILA BARBOSA AGUIAR QUEIROZ

Doutoranda de Enfermagem da UPE/UEPB: sheila_tshe@hotmail.com

REBEKA MARIA DE OLIVEIRA BELO

Doutoranda de Enfermagem da UPE/UEPB: rebeka.belo@academico.ufpb.br

RESUMO

Trata-se de um estudo do tipo teórico-reflexivo fundamentado nos constructos da teoria de Imogene King. Objetiva-se refletir sobre a aplicação dos constructos da teoria de Imogene King na prática do enfermeiro navegador na promoção da saúde e prevenção do câncer de mama em mulheres. Neste contexto, foi desenvolvida uma revisão da literatura sobre o tema, nos quais foram abordados os aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento para compreensão da necessidade da formação do enfermeiro navegador neste processo. Conclui-se que a navegação de pacientes realizada pelo enfermeiro, principalmente voltada às mulheres com câncer de mama podem reduzir as taxas de mortalidade, visto que o tempo de diagnóstico e início do tratamento são determinantes para aumentar as chances de cura e maior sobrevida da mulher. E principalmente, evidencia-se a utilização da Teoria de Imogene King na condução das ações do enfermeiro navegador em busca do alcance das metas estabelecidas entre enfermeiro e a paciente.

Palavras-chave: Enfermagem; navegação de pacientes; teorias de enfermagem.

INTRODUÇÃO

A neoplasia maligna tornou-se, na última década, a segunda causa principal de óbito e de perda de anos de vida saudável no mundo, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares (FITZMAURICE et al, 2015). Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), espera-se que até o ano de 2030 ocorram 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de óbitos e 75 milhões de pessoas convivendo com a patologia (WHO, 2016).

O câncer de mama (CM) continua sendo um grande problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, sendo a segunda principal causa de morte por câncer em mulheres em todo o mundo (ALRASHIDI et al, 2016). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer de mama (CM) é o segundo tipo de câncer mais comum no mundo e o mais frequente na população feminina (WHO, 2016).

A dimensão da incidência do câncer no Brasil evidencia que esta precisa ser encarado, definitivamente, como um grave problema de saúde pública (INCA, 2019). Por esse motivo essa temática tem merecido atenção especial das políticas que norteiam o atendimento das necessidades de saúde da população acometida com promoção em saúde que vislumbra a diminuição dos seus agravos.

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) apresentou uma previsão de 66.280 casos novos de neoplasia maligna da mama para cada ano do triênio 2020-2022 (INCA, 2019). Em relação às regiões brasileiras, o INCA (2019) destaca que o CM apresenta-se como o tipo de câncer mais frequente em todas as regiões brasileiras, com seguintes riscos estimados: no Sudeste (81,06/100 mil), no Sul (71,16/100 mil), no Centro-Oeste (45,24/100 mil) no Nordeste (44,29/100 mil) e na região Norte (21,34/100 mil). A estimativa para a Paraíba em 2020 é de 1.120 novos casos de CM.

A detecção e tratamento precoces são geralmente considerados os meios mais efetivos para a redução da mortalidade por CM (MIGOWSKI et al., 2018). Circunstâncias como a idade da paciente ao diagnóstico, o tamanho do tumor, o número de linfonodos comprometidos, o grau de diferenciação tumoral, o subtipo molecular e o estadiamento clínico são os principais parâmetros usados para avaliar

sobrevida e têm um papel fundamental no planejamento terapêutico desta patologia (BALABRAM; TURRA; GOBBI, 2013; XING et al., 2015).

No que tange às taxas de sobrevida, estas são maiores para aquelas mulheres diagnosticadas em estágios iniciais da patologia, porém, ainda que muitas pacientes passem pelo tratamento e sejam consideradas curadas, o comprometimento associado ao tratamento do câncer pode afetar significativamente o desempenho ocupacional, as relações interpessoais e a qualidade de vida das mesmas (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019).

O diagnóstico e início do tratamento do CM requer várias etapas desde a primeira consulta até o tratamento, gerando o fluxo da paciente no sistema de saúde. Existem várias causas para o atraso do diagnóstico e tratamento do CM, relacionados a problemas sociais e do próprio sistema de saúde como: longos períodos de espera por consultas e procedimentos, vários serviços utilizados até o início do tratamento, baixa renda, baixo nível educacional, ausência de plano de saúde privado, falhas na comunicação que dificultam a orientação das pacientes dentro sistema de saúde e subestimação da doença pelos profissionais da Atenção Básica (UNGER-SALDAÑA et al., 2014; FREITAS E WELLER, 2015; UNGER-SALDAÑA et al, 2017).

A enfermagem está envolvida em todo o processo de cuidados às mulheres com CM, desde a prevenção na atenção primária até os cuidados mais complexos durante o tratamento em nível terciário de atenção à saúde. (SILVA et al, 2018). O enfermeiro navegador é apontado como um importante recurso na atenção ao paciente oncológico uma vez que emprega sua expertise direcionando os pacientes, familiares e cuidadores para a tomada de decisão junto com a equipe multidisciplinar responsável pelo tratamento (CARROLL et al., 2010; SHEJILA, MAMATHA, FERNANDES, 2015; SMITH, 2014).

As ações desenvolvidas vão além do manejo do cuidado: supervisionam todo o processo desde a suspeita da doença, diagnóstico até o tratamento, empoderam os pacientes, fornecem informações e suporte, atuam como elo de ligação entre eles e os profissionais da equipe (CARROLL et al., 2010).

A ação do enfermeiro deve estar pautada nas teorias de enfermagem e sua prática baseada em evidências científicas para melhoria na qualidade da assistência, auxiliando na redução de danos ocasionados pelas terapias de CM e as complicações da doença (SILVA et al, 2018).

Diante disso, a atuação do enfermeiro nesse cenário é fundamental para o estabelecimento e alcance de objetivos de saúde, desenvolvendo potencialidades e habilidades do mesmo na direção do cuidado aos pacientes, familiares e cuidadores. Portanto, a Teoria do Alcance de Metas criada por Imogene King constitui um importante referencial teórico que orienta a assistência de enfermagem nessa perspectiva. Ela propõe o estabelecimento da interação enfermeiro-paciente para o alcance de metas de saúde e bem-estar (MANTOVANI et al, 2019; TEIXEIRA et al, 2019).

A Teoria favorece o cuidado clínico de enfermagem, visto que se baseia na busca de alcançar metas, sendo estas metas estabelecidas de comum acordo, valorizando o bem-estar dos pacientes em todas as suas dimensões (TEIXEIRA et al, 2019). As metas estabelecidas direcionam o trabalho do enfermeiro frente às necessidades do indivíduo. Por isso, o cliente deve ser inserido ativamente nos processos relativos ao cuidado (PISSINATI et al, 2020).

Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo é refletir sobre a aplicação dos constructos da teoria de Imogene King na prática do enfermeiro navegador na promoção da saúde e prevenção do câncer de mama em mulheres.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo teórico-reflexivo fundamentado nos constructos da teoria de Imogene King desenvolvido no mês de fevereiro a março de 2022.

A Teoria do Alcance de Metas de Imogene King foi publicada em 1981 e explana sobre a interação do enfermeiro e cliente por meio de três sistemas abertos e interatuantes: o pessoal, o interpessoal e o social. Sendo assim, o cuidado de enfermagem não se restringe ao âmbito individual, mas pode ser realizado para um grupo social como a família, por exemplo. Além disso, pode ser implementada em ambientes hospitalares, ambulatoriais ou em comunidades (MANTOVANI et al, 2019; PISSINATI et al, 2020).

Foi desenvolvida a partir do seu Modelo de sistemas abertos e da definição dos conceitos de seres humanos, saúde, ambiente e sociedade. Imogene King explana também outros conceitos para a

caracterização da teoria como a interação, o papel, o estresse e o crescimento e desenvolvimento (GEORGE et al, 2000).

Para o desenvolvimento do estudo foi realizada inicialmente uma revisão da literatura sobre a temática a partir de documentos governamentais e artigos científicos. Posteriormente, realizou-se a reflexão sobre a aplicação dos constructos da teoria de Imogene King na prática do enfermeiro navegador na promoção da saúde e prevenção do câncer de mama em mulheres com base na literatura identificada e na experiência dos pesquisadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Câncer de mama e as rede de Atenção à Saúde

O CM é uma doença de caráter multifatorial e seus fatores de risco são classificados em fatores de risco não modificáveis: idade, sexo, fatores genéticos, história familiar de câncer de mama, fatores menstruais e reprodutivos, história de câncer de mama anterior e doença proliferativa de mama e em modificáveis, a saber: exposição à radiação, terapia de reposição hormonal, álcool, tabagismo e dieta rica em gordura (NINDREA; ARYANDONO; LAZUARDI, 2017).

No âmbito da detecção precoce, o Ministério da Saúde recomenda exame clínico anual das mamas e mamografia a cada dois anos a partir dos 50 anos, e para as mulheres consideradas de risco elevado para CM, recomenda-se o exame clínico das mamas e mamografia, anualmente, a partir dos 35 anos (INCA, 2015).

No que concerne às políticas voltadas ao aperfeiçoamento do rastreamento da doença e fluxo da paciente dentro da rede de saúde, o câncer de mama é um dos compromissos prioritários dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e foi contemplado em vários documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, para auxiliar a equipe profissional da atenção primária na detecção precoce e assistência da mulher dentro da rede de saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b; BRASIL, 2015c).

Em geral, o primeiro serviço de saúde utilizado para detecção dos casos de CM é a Atenção Primária, por meio de exame clínico das mamas realizado por médicos e/ou enfermeiros. Ao verificar

uma usuária assintomática dentro da faixa etária estabelecida pelo Ministério da Saúde, deve-se recomendar a "mamografia de rastreamento", enquanto para pacientes sintomáticas de qualquer faixa etária, a solicitação deve ser realizada com indicação clínica de "mamografia diagnóstica" (SILVA et al., 2014; BRASIL, 2013b).

Em seguida, a paciente é encaminhada para o serviço de média complexidade para realização de exames diagnósticos e consulta com médico especialista. Após realização de mamografia e biópsia (análise histopatológica e imuno-histoquímica), caso o diagnóstico de CM seja confirmado, a paciente deve ser avaliada quanto ao estadiamento da doença no sistema TNM, preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) que classifica o câncer de acordo com sua extensão anatômica (BRASIL, 2004; OSHIRO, 2014; BRASIL, 2013b).

Além de todas as características mencionadas até o momento, a expressão dos receptores hormonais de estrogênio (ER) e de progesterona (PR) e a superexpressão ou amplificação do Fator de Crescimento Humano Epidérmico Receptor-2 (HER-2) foram elencados como fatores preditivos de grande relevância para pacientes com neoplasia maligna da mama. A análise imunoistoquímica é, portanto, um método utilizado para identificar os referidos marcadores tumorais, possibilitando a classificação do CM em subtipos moleculares (Luminal A, Luminal B, HER-2 superexpresso e Triplo Negativo) e direcionamento para a terapia mais adequada (CADOO; FORNIER; MORRIS, 2013; CGAN, 2012).

A heterogeneidade tumoral do CM é um aspecto desafiador, pois tumores com os mesmos tipos histológicos, estágios e graus de diferenciação podem comportar-se de maneira diferente, apresentando desfechos distintos no que diz respeito aos fatores prognósticos e às respostas aos tratamentos empregados, que podem ser: a cirurgia, a quimioterapia, radioterapia, tratamento hormonal e imunoterapia (CINTRA, 2012).

Casos de CM em estados avançados são frequentemente relacionados a atrasos, que podem ser divididos em dois tipos: atraso da paciente (AP) e atraso do sistema (AS) (AL-AMRI, 2015). Segundo Caplan (2014), o AP corresponde à demora em procurar atendimento médico após percepção dos primeiros sintomas da doença. O intervalo de tempo maior que 90 dias entre a primeira consulta médica e

o início do tratamento foi definido como AS (UNGER-SALDAÑA, 2014; RICHARDS et al, 1999).

O AS pode ser atribuído à dificuldade de acesso da população aos serviços públicos de saúde, baixa capacitação dos profissionais envolvidos na atenção primária, incapacidade do sistema público para atender à demanda ou baixa capacidade dos gestores em definir o fluxo de casos suspeitos em diferentes níveis de atenção (ANDRADE et al, 2014; OSHIRO et al, 2014; BARROS, UEMURA, MACEDO; 2013; SHIN et al, 2013). A falta de acesso e de resolutividade nos serviços de saúde é uma das mais importantes causas de progressão da doença (CAPLAN, 2014; MEDEIROS et al, 2015).

A literatura mostra que mulheres jovens e de baixa renda demoram mais a procurar serviços de saúde, possivelmente por trabalharem em horário integral e por não possuírem plano de saúde privado (UNGER-SALDAÑA et al, 2017). Nesse contexto, as mulheres com baixa escolaridade possuem mais chances de sofrerem atraso no tratamento (LOPES et al, 2017). Além disso, o alto número de serviços de saúde utilizados antes da admissão no hospital reflete em maior atraso, devido às falhas principalmente na atenção primária por dificuldade de acesso às consultas, subestimação da doença pelo profissional e falta de confiança da paciente na conduta médica que a faz procurar outros serviços, inclusive da rede privada (UNGER-SALDAÑA et al, 2017; JASSEM et al, 2013).

Um estudo realizado em 2015 no estado de Pernambuco mostrou que 72% das participantes que foram diagnosticadas em estágios avançados sofreram atrasos relacionados à paciente e ao sistema (PAIVA e CESSE, 2015). Na Paraíba, um estudo recente incluindo 238 pacientes com CM, em tratamento nos hospitais da FAP e Napoleão Laureano, mostrou que 52,12% pacientes foram diagnosticadas com estadiamento avançado (JERONIMO e WELLER, 2017). Essa associação negativa entre atraso e estadiamento tumoral, diminui as chances de cura da paciente, reduzindo a sobrevida e qualidade de vida (TRUFELLI et al, 2008; AL-AMRI, 2015).

Em 2012, foi criada no Brasil a Lei dos sessenta dias, para garantir o direito das pacientes iniciarem o tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em até sessenta dias após o diagnóstico de CM, exceto esse prazo se caracteriza um atraso do sistema (BRASIL, 2012).

Medeiros e colaboradores (2015) afirmam que esta lei corrige apenas uma parte do atraso relacionado ao sistema, referente ao período entre o diagnóstico e o início do tratamento, porém outros estudos, como o de Paiva e Cesse (2015), mostram que o maior atraso está entre a primeira consulta e a confirmação diagnóstica.

Tal fato sugere uma fragilidade nas ações definidas pela Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças que evidenciou o tempo médio entre a primeira consulta médica e os resultados diagnósticos entre as pacientes que foram apoiadas por ONGs (Organizações Não Governamentais), pacientes que financiaram seus serviços de diagnóstico de forma particular e pacientes que utilizaram exclusivamente serviços de diagnóstico públicos foram, respectivamente, 28,0, 48,5 e 77,5 dias. Ou seja, as mulheres que foram apoiadas pelas ONGs ainda conseguiram ser mais rápidas que o sistema privado. Isso ocorre principalmente pela melhor comunicação existente entre os profissionais e entre profissionais e paciente (ANDRADE et al., 2021).

O enfermeiro e a navegação de pacientes

Estratégias de apoio ao paciente o ajuda a enfrentar diversas etapas do tratamento, nesse ínterim surge o navegador de paciente. A navegação de pacientes foi idealizada pelo médico norte americano Harold Freeman em 1990 com a finalidade de agilizar a confirmação do diagnóstico e garantir a continuidade do tratamento, do início ao fim, de pessoas com alguma doença crônica (FREEMAN, 2011). Nesse contexto, o primeiro Programa de NP teve como navegadores voluntários leigos e/ou profissionais da saúde (ESPARZA, 2013, FREEMAN, 2012).

Esse processo prevê que um indivíduo, denominado navegador de paciente, guie as pessoas, ajudando-as a ultrapassar as barreiras socioeconômicas, financeiras, culturais, burocráticas e psicológicas que dificultem o acesso aos serviços e sistemas de saúde (FREEMAN, 2011). Essa inovação expandiu-se rapidamente e está se tornando amplamente aceita pelos serviços de saúde e usuários. O navegador, geralmente da área da enfermagem, atua na linha de cuidado do paciente, guiando-o durante todo o tratamento, de forma a diminuir barreiras administrativas, sociais, psicológicas e emocionais que possam prejudicar o sucesso da terapia (OSORIO et al., 2020).

O enfermeiro navegador avalia as necessidades dos pacientes e, junto a eles, desenvolvem um plano para superar as barreiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde nos três níveis de atenção à saúde (CARROLL et al., 2010). Este papel da navegação na enfermagem surgiu a partir do primeiro Programa de Navegadores de Pacientes para a assistência ao paciente oncológico, que utiliza o conhecimento especializado, experiência clínica e habilidades pessoais, como a boa comunicação, para proporcionar aos pacientes um cuidado focado nos aspectos físicos, sociais e emocionais (CARROLL et al., 2010; SHEJILA, MAMATHA, FERNANDES, 2015; SMITH, 2014).

Em parceria com a American Cancer Society (ACS), Dr Freeman desenvolveu o primeiro programa, denominado Patient Navigator Program, em Nova York, onde os navegadores eram voluntários, pessoas das comunidades que não eram profissionais da saúde, mas que conheciam bem os problemas enfrentados pela população (FREEMAN, 2011). Este fato demonstra a importância de manter uma boa interação com o paciente a fim de que se conheça de perto as demandas deste e definir quais os melhores caminhos para o tratamento (TEIXEIRA et al, 2019).

Importante ressaltar que nem todos os processos serão beneficiados pela intervenção do enfermeiro navegador, pois os bons resultados dependem do momento em que ocorre. Por isso, a literatura sugere que os processos de navegação e as funções dos navegadores se iniciem no começo da trajetória do tratamento oncológico (rastreamento e diagnóstico) para atingir os desfechos desejados (MCMULLEN, 2013).

Estudo realizado no Rio de Janeiro com o objetivo de mostrar como o programa de navegação de paciente pode permitir a adequada aplicação da Lei dos 60 dias, evidenciou que o tempo médio para iniciar o tratamento foi de 39 dias. Além disso, as principais barreiras encontradas pelas pacientes foram: medo (93%), dificuldade em comunicação com a equipe médica (81%) e cuidados de saúde descoordenados (37%). Desta forma, concluíram que a navegação de pacientes contribuiu para cumprimento da Lei dos 60 dias 86% dos casos (GIOIA et al., 2021).

A assistência de enfermagem à luz da Teoria de Imogene King

A teoria de Imogene King possibilita que por meio por meio das interações pessoais com o indivíduo a quem se presta o cuidado de enfermagem possa se estabelecer as metas de cuidado com base nas necessidades apresentadas pela clientela em questão (VIEIRA; SCHNEIDER; PICCOLI, 2003)

Ainda, segundo a teoria, os indivíduos são formados por três sistemas interativos, abertos ao meio ambiente e que permitem a interação entre si para manter o equilíbrio geral, garantindo assim a saúde do indivíduo. Bem como o enfermeiro tem o papel de auxiliar no equilíbrio desses sistemas. São esses sistemas: pessoal, interpessoal e social. O primeiro compreende as características pessoais de cada indivíduo que podem reagir a situações vivenciadas de acordo com suas percepções, expectativas e ansiedades. O sistema interpessoal corresponde às interações humanas, à comunicação e às transações que variam conforme o indivíduo se percebe e reage diante das ações do outro. O terceiro sistema, o social, representa os papéis e comportamentos deste diante da sociedade (PISSINATI et al, 2020).

Diante desta definição dos sistemas de King, percebe-se a atribuição da função do enfermeiro no equilíbrio dos sistemas do indivíduo em estudo realizado nos Estados Unidos que avaliou a atuação dos enfermeiros navegadores na assistência à mulher com câncer de mama. Foi evidenciado que esses profissionais melhoraram significativamente a percepção do paciente acerca do seu tratamento, fazendo com que eles estivessem mais envolvidos no seu cuidado e mais bem preparados para o futuro, por terem conhecimento sobre a evolução da doença (WAGNER et al., 2014).

A teoria fundamenta a prática clínica do enfermeiro a fim de promover um cuidado seguro e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida das pessoas cuidadas. Verifica-se que a fundamentação teórica na prática do enfermeiro navegador amplifica as possibilidades de cuidado e garante uma assistência de enfermagem específica e direcionada às mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

Neste estudo, embora as pesquisas sobre câncer de mama sejam proporcionais à sua prevalência na população em geral, mostrou-se

que em algumas pesquisas a concentração não está no tratamento, mas nos cuidados realizados ao paciente como apoio, diagnóstico e prevenção. Por isso a limitação desse estudo, encontra-se relacionado ao tema ainda atual, visto a necessidade de profissionais qualificados para realização de todo o processo do câncer de mama.

Estimular a utilização da teoria apresentada como ferramenta para aplicação crítica e reflexiva da assistência de enfermagem, bem como desenvolver dados científicos importantes no contexto da navegação para promoção de saúde de pacientes oncológicos, principalmente de mulheres com câncer de mama.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A navegação de pacientes foi idealizada para solucionar problemas relacionados às dificuldades em percorrer os diferentes serviços de saúde desde a Atenção primária aos mais complexos níveis de assistência. Na oncologia, o tempo para o diagnóstico é determinante para a sobrevivência dos pacientes. Mulheres diagnosticadas precocemente têm mais chances de serem curadas do câncer de mama. No entanto, ainda há uma baixa adesão aos programas de rastreamento, que aliado às demais barreiras socioeconômicas levam ao diagnóstico tardio, resultando em maiores taxas de mortalidade.

A presença do enfermeiro navegador desde o rastreamento da população, pode agilizar o processo de diagnóstico e início do tratamento, principalmente para a população em situação de vulnerabilidade social que depende exclusivamente do Sistema Único Saúde que é bastante amplo mas também fragmentado.

Para tal, o enfermeiro deve lançar mão da Teoria de Imogene King a fim de fundamentar a assistência às mulheres com câncer de mama. Sendo o foco central da Teoria o alcance de metas para o cuidado de seres humanos estabelecidas de comum acordo entre enfermeiro e paciente, é possível aplicá-la na navegação dessas mulheres.

O programa de navegação de pacientes revela-se uma ferramenta capaz de aumentar a taxa de aplicação da lei dos 60 dias no Brasil, mudando o cenário atual de mortalidade por câncer de mama na população.

REFERÊNCIAS

AL-AMRI AM. Clinical presentation and causes of the delayed diagnosis of breast cancer in patients with pregnancy associated breast cancer. **J Family Community Med**. 2015;22:96– 100

ALRASHIDI A.G. et al. Knowledge and Perceptions of Common Breast Cancer Risk Factors in Northern Saudi Arabia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, v.18, n. 10, p. 2755-2761, 2017.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts & figures 2019. *Atlanta: American Cancer Society*. 2019.

ANDRADE ACM et al. The lack of immunohistochemistry assays reveals health disparities between two groups of breast cancer patients. **African Journal of Breast Cancer** ISSN: 3258-329X Vol. 1(3), pp. 024-029, December, 2014.

ARAÚJO, E. S. S. et al. Intervenções educativas à pessoa com diabetes fundamentada na Teoria de King. **Revenferm UFPE online**, v. 11, n. 2, p. 515-22, fev., 2017.

BARROS AF; UEMURA ZG; DE MACEDO JLS. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2013; 35(10):458-63

BERTOS NR; PARK M. Breast câncer: one term, many entities? *The Journal Clinical of Investigation*. Vol. 121, No 10, Outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle do Câncer de mama: Documento de Consenso. 2004. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/rbc/n_50/v02/pdf/NORMAS.pdf>. Acesso em: 31 de outubro 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de apoio à descentralização. Brasília, 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: Lei dos 60 dias para tratamento do câncer [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Portal da Saúde - 2012. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm>, Acessado em: 20 de outubro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.b

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.c

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda Nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília, 2015.a

BRASIL. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro, 2015.b

BRASIL. Objetivos do Milênio. 2015.c Visto em: <http://www.objetivosdo-milenio.org.br/agenda/>. Acesso em 20 de outubro de 2020.

CADDOO, K.A.; FORNIER, M.N.; MORRIS, P.G. Biological subtypes of breast cancer: current concepts and implications for recurrence patterns. *The Quarterly Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*, v. 57, p. 312-321, 2013

CANCER GENOME ATLAS NETWORK. CGAN. Comprehensive molecular portraits of human breast tumors. *Nature*, v. 490, p. 61-70, 2012.

CAPLAN, L. Delay in Breast Cancer: Implications for stage at diagnosis and survival. **Front Public Health**. 2014; 2:87.

CARROLL JK, HUMISTON SG, MELDRUM SC, SALAMONE CM, JEAN-PIERRE P, EPSTEIN RM, et al. Patients' experiences with navigation for cancer care. *Patient Educ Couns*. 2010; 80(2):241-7.

CINTRA, J.R.D. et al. Perfil imuno-histoquímico e variáveis clínicopatológicas no câncer de mama. *Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo*, v. 58, n. 2, p. 178-187, 2012.

ESPARZA A. Patient navigation and the American Cancer Society. *Semin Oncol Nurs*. 2013;29(2):91-6.

FITZMAURICE, C. et al. The global burden of cancer 2013. *Jama Oncology, Chicago*, v. 1, n. 4, p. 505-527, 2015.

FREEMAN HP, RODRIGUEZ RL. History and principles of patient navigation. *Cancer*. 2011;117:3539-42.

FREEMAN HP. The origin, evolution, and principles of patient navigation. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012;21(10):1614-7.

GEORGE, J. B. et al. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

GIOIAS, BRIGAGÃO L, ROCHA M, GOSS P. Patient navigation: fighting for the rights of breast cancer patients in Brazil. *Mastology* 2021;31:e20200068.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER . Monitoramento das ações de controle do câncer de mama: Linha de cuidados e Rede de Atenção ao câncer de Mama. Boletim 6, nº3, 2015.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2019.

JASSEM J, OZMEN V, BACANU F, DROBNIENE M, EGLITIS J, LAKSHMAIAH KC, KAHAN Z, MARDIAK J, PIENKOWSKI T, SEMIGLAZOVA T, et al. Delays in diagnosis and treatment of breast cancer: a multinational analysis. **Eur J Public Health**. 2013;Sep 12

JERONIMO, A.F.A, WELLER, M. Differential Association of the Lifestyle-Related Risk Factors Smoking and Obesity with Triple Negative Breast Cancer in a Brazilian Population. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**. Article 22, Volume 18, Issue 6, June 2017, Page 1585-1593

LOPES, TCR, GRAVENA, AAF, DEMITTO, MO, BORGHESAN, DHP, DELL`AGNOLO, C M, BRISCHILIARI, SCR, PELLOSO, SM. Delay in Diagnosis and Treatment of Breast Cancer among Women Attending a Reference Service in Brazil. **Asian Pac J Canc Prev** . 2017;18(11):3017–23.

MANTOVANI, M. F. et al. Gerenciamento de caso como modelo de cuidado: reflexão na perspectiva da teoria de Imogene King. **CiencCuidSaude**, v. 18, n. 4, p. 451-87, Out-Dez 2019.

MCMULLEN L. Oncology nurse navigators and the continuum of cancer care. *Semin Oncol Nurs*. 2013 ;29(2):105-17.

MEDEIROS, G.C. et. al. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v.3, n.6, p.1269-1282, 2015.

MENDONÇA, Gulnar Azevedo et al. Características tumorais e sobrevida de cinco anos em pacientes com câncer de mama admitidas no Instituto

Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, p. 1232-1239, 2014.

MIGOWSKI, A. et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II – Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 16, 2018.

NINDREA, R.D.; ARYANDONO, T.; LAZUARDI, L. Breast cancer risk from modifiable and non-modifiable risk factors among women in Southeast Asia: a meta-analysis. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, v. 18, n. 12, p. 3201-3206, 2017.

OSHIRO, M.L. et. al. Câncer de Mama Avançado como Evento Sentinela para Avaliação do Programa de Detecção Precoce do Câncer de Mama no Centro-Oeste do Brasil. Rev. Bras. Cancerol. v.60, n.1, p.15-23, 2014.

OSORIO, Ariane Pereira et al. Navegação de enfermagem na atenção ao câncer de mama durante a pandemia: relato de experiência/Nursing navigation in breast cancer care during the pandemic: an experience report. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020.

PAIVA, C.J.K., CESSE, E.A.P. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. Rev. Bras. de Cancerol. 2015; v.61, n.1, p.23-30, 2015.

PISSINATI, P. S. C. et al. Estabelecimento de metas no planejamento da aposentadoria: reflexão à luz de Imogene King. **REME – Rev Min Enferm.**, v. 24: e-1283, 2020.

RICHARDS, M.A., et al. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. **Lancet**. 1999;353:1119–26.

SHEJILA CH, MAMATHA SP, FERNANDES DJ. Oncology nurse navigator programme: a narrative review. Nitte Univ J Health Sci. 2015 Mar;5(1):103- 7.

SILVA, G. A. et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. *Cad. Saúde Pública*. v.30, n.7, p.1537-1550, 2014.

SHIN DW, CHO J, KIM SY, GUALLAR E, HWANG SS, CHO B et al. Delay to curative surgery greater than 12 weeks is associated with increased mortality in patients with colorectal and breast cancer but not lung or thyroid cancer. **Ann Surg Oncol**. 2013;20(8):2468-76.

SMITH J. Patient navigator's role definition. Boiling Springs: Hunt School of Nursing, Gardner-Webb University; 2014. Nursing theses and capstone projects. paper 37.

TEIXEIRA, A. K. S. et al. Cuidado clínico de enfermagem à pessoa com Úlcera Venosa fundamentado na teoria de Imogene King. **REAID [Internet]**, v. 88, n. 26, ago-2019.

TRALDI, M.C., GALVAO, P., MORAIS, S.S., FONSECA, M.R.C.C. Delay in breast cancer diagnosis on women assisted in the Public Health System. *Cad. saúde colet*. [online]. 2016, vol.24, n.2, pp.185-191.

UNGER-SALDAÑA, K. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. **World J Clin Oncol**. v.5, p. 465-77. 2014.

UNGER-SALDAÑA K, VENTOSA-SANTAULÀRIA D, MIRANDA A, VERDUZCO-BUSTOS G. Barriers and explanatory mechanisms of delays in the patient and diagnosis intervals of care for breast cancer in Mexico. **Oncologist**. 2018;23(4):440-453. doi: 10.1634/theoncologist.2017-0431.

WAGNER EH, LUDMAN EJ, AIELLO BOWLES EJ, PENFOLD R, REID RJ, RUTTER CM, et al. Nurse navigators in early cancer care: a randomized, controlled trial. *J Clin Oncol*. 2014 ;32(1):12-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Cancer. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/en/>>. Acesso em: 30 nov. 2020.