

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MARÍLIA LOPES MORENO

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ABORDAGEM DO CÂNCER DE MAMA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

UBERABA – MG
2010

MARÍLIA LOPES MORENO

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ABORDAGEM DO CÂNCER DE MAMA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Profa. Dra. Cibele Alves
Chapadeiro Castro Sales

UBERABA – MG
2010

MARÍLIA LOPES MORENO

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ABORDAGEM DO CÂNCER DE MAMA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Profa. Dra. Cibele Alves Chapadeiro Castro Sales

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

O trabalho apresentado a seguir é dedicado com todo carinho aqueles que me deram o dom mais precioso do Universo: a vida. Que durante cada etapa da realização deste projeto de vida, foram o incentivo, a mão amiga e a inspiração de um ideal a ser atingido. Dedico este trabalho aos meus amados pais Daisy e Alberto. Aos meus irmãos Ceciliana e Alberto José pela amizade e força nos momentos difíceis e ao meu lindo noivo Luis Humberto, por todo seu amor, carinho e compreensão. Amo muito vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por ter iluminado meu caminhos e proporcionado a oportunidade de realizar esta pós-graduação.

Agradeço à professora Dra. Cibele Alves Chapadeiro Castro Sales pela amizade e por transmitir seu conhecimento admirável sobre a patologia estudada. Por sua atenção e paciência nos momentos difíceis e pelo apoio que recebi desde o início. Com seu rigor científico, conduziu este trabalho, ensejando-me uma convivência profícua e enriquecedora. Aqui vai minha eterna gratidão, você é um exemplo a ser seguido, pelo profissionalismo, competência e seriedade.

Agradeço aos meus amados pais Daisy e Alberto, que me deram o dom mais precioso do Universo- a vida. Não contentes em presentear-me apenas com ela, revestiram minha experiência com amor, carinho e dedicação, cultivaram na criança todos os valores que a transformaram em um adulto responsável e consciente. Abriram as portas do meu futuro iluminando meu caminho com a luz mais brilhante que puderam encontrar – o estudo. Trabalharam dobrado, sacrificando seus sonhos em favor dos que tinham como meus. Não foram apenas pais, mas amigos e companheiros, mesmo nas horas em que meus ideais pareciam distantes e inatingíveis e o estudo, um fardo pesado demais. Hoje, procuro entre as palavras, aquelas que gostaria que seus corações ouvissem do meu. E só encontro uma simples e sincera: obrigada, obrigada por tudo, amo vocês.

Agradeço a você Luis Humberto, pelo seu amor e dedicação desde o começo. Você não é apenas o meu noivo, mas meu amigo, meu companheiro, meu psicólogo... Obrigada amor, por sempre ter torcido pelo meu sucesso e por me fazer a mulher mais feliz do mundo. Hoje nós somos um só e eu sou tudo que sou, porque você sempre me amou. Eu te amo muito, a cada dia que passa, mais e mais. Obrigada por tudo.

Este sucesso não é só meu, mas de vocês também, pois durante todo o meu curso vocês todos me deram lição de vida pelo amor, paciência, determinação, pelas horas de convívio para que eu pudesse alcançar meu tão sonhado ideal. Fica para sempre minha eterna gratidão pelo imensurável companheirismo, pois cada pessoa que passa em nossa vida é única. Dividir a conquista é multiplicar a felicidade.

“Eu não sei o segredo do sucesso,
mas o segredo do fracasso é querer
agradar a todos”.

John Kennedy

RESUMO

Entre as morbidades mais prevalentes, que devem ser prioridade em termos de prevenção e tratamento na Estratégia de Saúde da Família, está o câncer de mama. E parece não existir conhecimento suficiente, assim como um processo de trabalho organizado para o enfrentamento desta doença por parte das equipes de saúde da família. Assim, o objetivo deste trabalho consistiu em levantar o conhecimento necessário para subsidiar a prática de uma equipe de saúde da família, verificar a importância da prevenção primária e secundária, as possibilidades de detecção precoce do câncer de mama que acomete grande proporção das mulheres brasileiras, e principalmente verificar o papel do profissional de enfermagem com as pacientes. Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados Scielo e Lilacs, Biblioteca da Universidade de São Paulo e nos documentos do Instituto Nacional do Câncer e do Ministério da Saúde, no período de 1994 a 2009, utilizando os seguintes descritores: câncer de mama, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, e Estratégia de Saúde da Mulher. O levantamento permitiu verificar que o câncer de mama é uma doença causada por múltiplos fatores, e por isso, a conduta mais eficaz é o diagnóstico precoce. Verificou-se que as mulheres com câncer de mama são muitas vezes estigmatizadas, resultando em sentimentos negativos e revolta desde o momento da suspeita da doença, passando pelo diagnóstico e tratamento, até a recuperação total da mesma. O câncer de mama é uma das principais causas de morte de pacientes do sexo feminino. É uma doença cujo acompanhamento é essencial por uma equipe multiprofissional, já que as consequências são tanto físicas como psicológicas. O enfermeiro é imprescindível para coordenar as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de mulheres com câncer de mama. Uma estratégia de prevenção importante é a educação em saúde, que consiste em informar a população sobre o problema e discutir as formas de lidar com o mesmo. O enfermeiro poderá orientar e participar da educação em saúde na unidade de saúde ou em visitas domiciliares. O diagnóstico compreende várias ações, como o rastreamento mamográfico, o auto-exame das mamas e o exame clínico realizado por profissionais treinados, sendo que o enfermeiro pode ser um deles. Ele poderá utilizar a consulta de enfermagem para colaborar no diagnóstico e acompanhamento de tratamento, contribuindo para uma boa qualidade de vida da mulher. Ressalta-se a importância da humanização em todo o acompanhamento das pacientes. As pacientes com câncer de mama realizam acompanhamento tanto na unidade de saúde como na atenção secundária e terciária, sendo imprescindível a referência e contra-referência, para um bom cuidado das mesmas.

Palavras-chaves: estratégia saúde da família - câncer de mama - enfermagem

ABSTRACT

Among the most prevalent morbidities, which should be priority in terms of prevention and treatment in Family Health Strategy (FHS) is breast cancer. And there is not sufficient knowledge as well as an organized labor process to deal with this disease by the FHS staff. The objective of this study was to raise the necessary knowledge to support the practice of a family health team, verify the importance of primary and secondary prevention and the chances of early detection of breast cancer that affects a large proportion of Brazilian women, and especially to identify the role of nursing professional care to patients. It was conducted a literature survey in the databases SciELO and Lilacs, University of São Paulo Library and in the documents of the National Cancer Institute and the Ministry of Health, from 1994 to 2009, using the following keywords: breast cancer, prevention, early detection, diagnosis, treatment, and Women's Health Strategy. The survey showed that breast cancer is a disease caused by multiple factors, and therefore the most effective conduct is early diagnosis. It was found that women with breast cancer are often stigmatized, resulting in negative feelings and anger from the time of suspicion of the disease to diagnosis and treatment until full recovery of the disease. Breast cancer is a major cause of death of women. It is a disease whose monitoring is essential for a multidisciplinary team, because the consequences are both physical and psychological. The nurse is essential to coordinate the actions of prevention, diagnosis and treatment of women with breast cancer. An important prevention strategy is health education, which is to inform the public about the problem and discuss ways to deal with it. The nurse can guide and participate in health education in the clinic or home visits. The diagnosis includes several actions, such as mammography screening, self-breast examination and clinical examination performed by trained professionals, and the nurse can be one of them. The nursing consultation can be used to facilitate the diagnosis and the monitoring of treatment, contributing to the women's good quality of life. It's emphasized the importance of humanizing the entire follow-up of patients. Patients with breast cancer are taken care by the FHS and the secondary and tertiary attention, being indispensable reference and counter reference for their best care.

Keywords: family health strategy - breast cancer - nursing

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Estadiamento do câncer de mama.....	28
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVOS GERAIS.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 METODOLOGIA	14
4 DESENVOLVIMENTO	15
4.1 CÂNCER DE MAMA.....	15
4.1.1 Fatores de risco para câncer de mama.....	18
4.1.2 Prevenção primária e secundária.....	22
4.1.3 Detecção precoce do câncer de mama.....	23
4.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CÂNCER DE MAMA.....	29
4.3 CÂNCER DE MAMA E PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.....	32
4.4 QUALIDADE DE VIDA E CÂNCER DE MAMA.....	36
5 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

“Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde” (BRASIL, 2004, p. 15).

De acordo com o Ministério da Saúde, Brasil (2004), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é definida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizado com equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, localizadas em regiões especiais e de fácil acesso nos bairros das cidades. Cada uma das Equipes de Saúde da Família contém em sua área de abrangência uma quantidade delimitada de famílias a serem visitadas para a atenção básica à saúde, realizando de forma sistemática a promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento, realizando ações como: conhecer o uso de medicamentos das pessoas, para fornecer informações sobre a aquisição de remédios através da farmácia popular ou mesmo sobre a existência de doações dos principais medicamentos em geral, ressaltando como objetivo central das ações a manutenção da saúde das famílias da localidade em questão (VIANA; POZ, 2005; SCHIMITH; LIMA, 2004). Ainda em Brasil (2004, p.19):

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

A inserção na ESF exige que o profissional de enfermagem tenha muita dedicação e vocação para o trabalho referido. Então, desde o período da graduação, esta autora tinha enorme admiração pelos profissionais que trabalham na saúde pública. A saúde pública é um campo de trabalho bastante interessante, pois é possível estabelecer contato direto com a vida dos pacientes e suas dificuldades. A inserção profissional da autora deste trabalho no programa saúde da família aconteceu no ano de 2007. E o surgimento da especialização neste ramo de atuação foi aceito como um presente, pois assim estaria ampliando e enriquecendo os conhecimentos sobre um assunto de tamanha importância na sociedade brasileira e mundial. Portanto, é uma ótima oportunidade para colocar em prática o conhecimento adquirido na graduação e nesta especialização.

Entre as morbidades mais prevalentes que devem ser foco de prevenção e tratamento da ESF é o câncer de mama, e que talvez as equipes das ESFs não tenham conhecimento suficiente e um processo de trabalho organizado.

Primeiramente, é necessário definir alguns termos bastante utilizados durante o decorrer da pesquisa. O câncer, palavra derivada do latim, significa caranguejo. É proveniente da ocorrência de infiltração dos tecidos pelas células desordenadas e alteradas. O câncer é uma anomalia caracterizada pela multiplicação desorganizada e descontrolada das células de um determinado tecido. Cada núcleo celular contém aproximadamente 100 mil genes, que controla o comportamento das células (ALMEIDA *et al.*, 2001).

Um câncer tem início a partir da presença de uma célula com informações genéticas incorretas, que incapacitam o cumprimento das funções para as quais esta foi designada. Se esta célula reproduzir formando descendentes, com a construção genética alterada conforme a célula mãe, um tumor terá seu início de formação, sendo composto por um conjunto dessas células defeituosas. “Nos casos em que a doença se agrava, células malignas se separam do tumor original, espalham-se no local e/ou à distância em relação ao tumor primário, disseminando a doença em outras partes do corpo, formando as metástases” (ALMEIDA *et al.*, 2005 p. 119; SIMONTON; SIMONTON; CREIGHTON, 1987, p. 238). Isto acontece porque o tumor possui a habilidade de desenvolver uma rede de vasos sanguíneos e linfáticos com o objetivo de suprir suas necessidades nutricionais. Porém, pode acontecer de uma célula se deslocar do local aglomerado e por acidente, cair nas correntes sanguínea e linfática, que passam a atuar como transporte para as células tumorais, cuja instalação em outras regiões do organismo humano se dá com muita facilidade. As células tumorais possuem a capacidade inacreditável de se adaptarem a qualquer área destinada às células saudáveis, onde a colonização é seguida da multiplicação celular, com conseqüente infiltração dos tecidos novos, as metástases (TOSELLO, 2007).

O câncer ocorre quando existe um defeito no material genético presente no núcleo das células, distorção esta responsável pela promoção do desequilíbrio na proliferação celular que acontece em velocidade maior e a eliminação das células velhas, que deixam de sofrer apoptose (morte celular). A etiologia dessa enfermidade é indefinida, já que há vários fatores que favorecem a mutação, com conseqüente alteração da seqüência de bases nitrogenadas, componentes específicos do DNA: infecções por variados tipos de vírus que inserem fragmentos de DNA estranhos nas células humanas; radiações que anulam alguns cromossomos e altera a formação do material genético; hábitos alimentares, estilo de vida e

condições ambientais e a composição genética do indivíduo proveniente dos pais (ALMEIDA *et al.*, 2005; ROSSIT; FROES, 2000; TOSELLO, 2007).

As alterações mencionadas anteriormente, geralmente estimulam os oncogenes, genes relacionados com o crescimento dos tumores, sejam eles benignos ou malignos. Em situações normais, os oncogenes são desativados ou reparados pelo organismo, durante o processo de reprodução celular. Porém, devido à uma falha do sistema genético, eles se manifestam descontrolando a multiplicação celular, nas situações em que há o desenvolvimento do tumor. Na verdade, esses genes antes de sofrerem a mutação, são denominadas proto-oncogenes (AMENDOLA; VIEIRA, 2005; ROSSIT, FROES, 2000). Segundo Hegg (1998, p.155):

Existem genes específicos conhecidos como oncogenes, presentes em células normais onde podem ser tanto dominantes quanto desempenhar uma função no controle do comportamento e divisão celular. Danos no DNA, causados por fumo, luz ultravioleta e alguns vírus, por exemplo, podem desencadear certas anormalidades ou mutações, resultando em atividade aumentada e anormal. Isto pode levar a célula comportar-se de maneira “anti-social” e tornar-se cancerosa. Além dos oncogenes, cada célula contém genes supressores de tumor, cuja função é frear a divisão, danos nestas células também podem levar a desenvolver o câncer.

Para Camargo e Marx (2000), o processo fisiopatológico se dá quando uma, ou determinada população de células, sofre transformações em seu material genético contido no núcleo (ácido desoxirribonucléico-DNA), promovendo o crescimento e a divisão celular anormal, por não responder aos mecanismos usuais de controle de crescimento.

Em relação ao câncer de mama, um dos momentos decisivos para o seu início na mulher, corresponde ao período entre a menarca, primeira menstruação e a primeira gestação a termo, ou seja, com duração de nove meses, já que nesta fase final da adolescência a mulher encontra-se em maturação sexual e as células dos lóbulos mamários apresentam-se em processo de proliferação, com divisão celular em alta velocidade. Dessa forma, quando a multiplicação celular está mais intensa do que o normal, há maior evidência da ocorrência de mutações e transformações malignas. Pelo fato da lentidão do desenvolvimento tumoral, esses são manifestados apenas após a idade de 35 anos de vida, aumentando a frequência de acordo com a progressão da idade (LIMA *et al.* 2001; MOLINA; DALBEN; DE LUCA, 2003; SCLOWITZ *et al.*, 2005). Segundo Granja (2004, p. 145):

Nas últimas décadas, tem ocorrido em todo o mundo, significativo aumento da incidência do câncer de mama e conseqüentemente da mortalidade associada à neoplasia. Ao que tudo indica, o câncer de mama é o resultado da interação de fatores genéticos com estilo de vida, hábitos reprodutivos e o meio ambiente, conhecidos como fatores de risco.

O câncer de mama é um os principais tumores que acometem as mulheres, sendo que afetam principalmente as mulheres acima de 35 anos de idade. Este é provavelmente o mais temido pelas mulheres já que acontece com alta frequência e promove efeitos não apenas fisiológicos, mas também, psicológicos nas mulheres portadoras da doença, já que na maioria das vezes, a medida tomada como tratamento é a retirada da mama da paciente, processo este que interfere na feminilidade da mulher, na sexualidade e, sobretudo na auto-imagem e auto-estima. Os problemas físicos e psicológicos decorrentes ressaltam a importância do profissional de enfermagem no acompanhamento terapêutico deste paciente, que apresenta a necessidade de uma equipe multidisciplinar para atender e tratar, como forma de estímulo à saúde da família. (GONÇALVES; DIAS, 1999)

Dado este panorama do câncer de mama, entende-se que o Programa Saúde da Família deve estar melhor preparado para realizar diagnóstico precoce, prevenção, encaminhamento e acompanhamento das mulheres no que se refere ao câncer de mama. Assim, o presente trabalho pretende levantar os conhecimentos sobre o câncer de mama necessários ao profissional da ESF e que também podem ser transmitidos à população. Além disso, levantar a necessidade da promoção à saúde, diagnóstico precoce e os tratamentos adequados, visualizando o papel do enfermeiro da ESF nestas ações.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

O objetivo geral para o desenvolvimento deste trabalho é levantar o conhecimento sobre o câncer de mama e o papel do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos desse trabalho incluem descrever:

- o câncer de mama;
- os fatores de risco para o câncer de mama;
- a prevenção primária e secundária;
- a detecção precoce do câncer de mama;
- a educação em saúde;
- o papel do enfermeiro;
- os tratamentos disponíveis.

3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para o desenvolvimento do trabalho foi a revisão de literatura. Foram pesquisados artigos nas seguintes bases de dados: Scielo, Lilacs, Biblioteca da Universidade de São Paulo (USP) e sites como do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e do Ministério da Saúde (MS), que publicam informações sobre o câncer de mama.

Para encontrar os artigos pesquisados, foram utilizadas as palavras chave: câncer de mama, prevenção, detecção precoce, tratamento, diagnóstico, Saúde da Mulher e Estratégia de Saúde da Família. O período delimitado para a pesquisa bibliográfica foi entre os anos de 1994 e 2009.

Dessa forma, a escolha dos artigos utilizados como base da construção do trabalho foi realizada através da análise do material obtido e a verificação da concordância entre o tema escolhido e as informações contidas no material obtido.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 CÂNCER DE MAMA

As mamas são estruturas complexas constituídas por três principais tipos de tecidos diferentes: o tecido glandular, onde estão localizados as estruturas responsáveis pela produção de leite durante a lactação; em volta deste existe o tecido adiposo, gordura cuja proporção em relação às glândulas no período normal é maior do que quando a mulher está amamentando, enquanto durante a lactação o número de glândulas mamárias aumenta relativamente às gorduras para suprir as necessidades da criança. E o terceiro tipo de tecido encontrado na mama da mulher consiste em tecidos conectivos, ou conjuntivo, constituído por colágeno e elastina. A unidade fundamental de tecido glandular é conhecida como alvéolo, cuja principal função é a produção do leite. Está envolvido por tecidos mioepiteliais, pequenos músculos, que ao sofrerem um estímulo liberam o líquido para fora do organismo. No centro da mama existe o mamilo, composto por uma pele modificada, mais escura, com pequenos orifícios justificados pelas terminações dos ductos transportadores do leite. Dessa forma, a mama é geralmente dividida em seções conhecidas como lobos, que são compostos de lóbulos, pequenas unidades constituídas dos grupos glandulares já mencionados (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009; SCHNEIDER *et al.*, 2007).

Dessa forma, é conveniente ressaltar que a mama possui várias funções, a primeira delas é a participação na lactação. Entretanto, a feminilidade é destacada quando esta parte do corpo é farta, já que é ponderada como uma das mais importantes características sexuais da mulher, atuando em situações de acasalamento como um atrativo sexual, o que é uma segunda função (MAIESKI; SARQUIS, 2007).

A localização anatômica das mamas é sobreposta à porção superior ao músculo peitoral maior, que recobre as costelas, prolongando de forma vertical a partir no nível da segunda costela atingindo até a sexta ou sétima. Horizontalmente é possível encontrá-la desde a borda do osso externo até a linha imaginária demarcadora da extremidade das axilas, aproximadamente (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009).

Uma patologia grave da mama é o câncer, que está presente na mulher quando as células componentes do órgão se encontram em constante e desordenada multiplicação, justificada pelas características genéticas localizadas no núcleo de cada célula anormal. Este pode acometer qualquer tipo de tecido descrito anteriormente. Na maioria dos casos computados, acomete as células dos ductos mamários, e por esse fato, recebe a denominação

de Carcinoma Ductal, que pode se desenvolver de duas maneiras, *in situ*, quando este é restrito a primeira camada de células dos ductos, ou mesmo invasor, nas situações em que ocorre a infiltração das células cancerígenas para os tecidos vizinhos aos ductos. Ou ainda, o câncer de mama pode acometer inicialmente os lóbulos da mama, verdadeiras estruturas funcionais, formando o Carcinoma Lobular, um tipo de tumor não muito comum. E por último, é possível encontrar uma forma mais agressiva do câncer, o Carcinoma inflamatório que acomete a mama de forma geral, apresentando características de processos de inflamação, como calor e rubor, em todo o órgão. Este é um dos mais raros e difíceis de serem encontrados (MARTINS *et al.*, 2009; NUNES, 2008; PORTUGAL, 2005). Para Paulinelli *et al.* (2002, p.170):

O câncer de mama é um tumor maligno hormônio-dependente do tecido mamário. As calorias e muitos nutrientes podem influenciar na síntese, no metabolismo e na atividade dos agentes hormonais, portanto podem estar relacionados indiretamente na causa do câncer de mama. As evidências da dieta, do estado nutricional, e das secreções endócrinas são importantes para a etiologia do câncer de mama. Ele representa um grave problema de saúde pública em todo o mundo, pela sua alta incidência, morbidade, mortalidade, e pelo seu elevado custo no tratamento.

O carcinoma ductal *in situ*, é uma das doenças que requerem maior atenção, já que a frequência do acometimento de mulheres sadias por essa anomalia aumenta a cada ano que passa. É caracterizado por uma proliferação celular exagerada principalmente das unidades que recobrem os ductos lactíferos terminais da mama feminina, é localizado e apresenta-se em estágio inicial. É um tipo especial, pois está localizado perto de ductos que podem transportar células anormais para outras regiões do órgão, e assim, facilitar a infiltração dos tecidos sadios por essas células cancerígenas, por isso, quando não realizado o tratamento de maneira correta, é possível que haja recorrência e alastramento. Sua característica externa pode ser expressa por lesões de formas e tamanhos variados, ocorrendo antes ou após o período de menopausa da mulher. Pode ser palpado quando se restringe ao tecido interno como um nódulo. Na radiografia de contraste, visualiza partículas de cálcio de tamanhos reduzidos depositados no interior das células do órgão. Deve-se procurar o diagnóstico precoce, pois quando tratados adequadamente existe grande chance de cura e desaparecimento do tumor em questão. As terapias geralmente atribuídas para essas pacientes são a mastectomia, processo cirúrgico com a finalidade de remover a mama, ou a quadrantectomia, remoção de um quadrante da mama. Para evitar o crescimento do câncer, a radioterapia pode ser utilizada, que consiste em emprego de feixes de radiação ionizantes com a finalidade de destruir as células cancerígenas. Também o uso do tamoxifeno, medicamento endócrino tem o objetivo de antagonizar o efeito do hormônio estrogênio (hormonioterapia), aparentemente envolvido no

processo do carcinoma ductal, é muito utilizado para prevenir a recorrência desse tipo de tumor em mulheres já acometidas pela doença (NUNES, 2008; PORTUGAL, 2005; SALLES *et al.*, 2006; SALLES *et al.*, 2005).

No caso do carcinoma ductal invasivo, ou invasor, existe a formação de tumores firmes, pouco circunscritos, com extremidades infiltrativas e com a consistência areenta. Na maioria das vezes é delimitado e com características multinodulares. É o câncer mais comum e freqüente nas mulheres. Seu crescimento inicia nas células presentes nas paredes do ducto lactífero, que se locomovem, atravessando a parede dos mesmos, invadindo os tecidos vizinhos sadios da mama. Nessa fase, é muito habitual ocorrer disseminação das células cancerígenas através dos vasos linfáticos e sanguíneos responsáveis pela irrigação local, quando por acidente cai nesses sítios, que servem como transporte para os outros órgãos do organismo. O tratamento deste tipo de tumor é geralmente igual ou semelhante ao câncer ductal *in situ*. Sendo que o processo cirúrgico pode ser manuseado de forma restrita ao local do nódulo, modelo conservador, ou ainda, remoção de toda a mama, modelo radical (NUNES, 2008; PORTUGAL, 2005).

O carcinoma lobular também pode ser dividido em dois tipos, *in situ* e invasor. O padrão de tumor *in situ* se origina nas próprias glândulas lactíferas, e consiste em um modelo de câncer mais complexo devido à impossibilidade de se detectar através da palpação ou mesmo da mamografia simples. Seu diagnóstico geralmente é realizado quando existe um pedido de mamografia direcionado para pesquisa de determinados nódulos, diferentes do tipo de anomalia em questão, então é um achado ocasional. São observados mais comumente em mulheres no período anterior à menopausa. Cerca de 30% das mulheres que são acometidas por esse tumor apresentam uma evolução para carcinoma lobular invasivo, devido ao espalhamento das células mutantes, sendo que a manifestação, na maioria das vezes, acontece após os 40 anos de idade, assim como o ductal. Há o alto risco de disseminação para outros tecidos também. É importante ressaltar que quando o diagnóstico é realizado ainda no período *in situ*, as chances de cura com os tratamentos adequados são extremamente maiores quando comparadas com o momento em que já houve disseminação na própria mama (NUNES, 2008; PORTUGAL, 2005).

O carcinoma inflamatório, terceiro tipo de tumor mamário de maior freqüência nas mulheres, é definido pela elevada permeação de células indiferenciadas nos vasos linfáticos dérmicos da mama, promovendo então a manifestação de um quadro clínico semelhante ao processo inflamatório, como eritema inicialmente local. De acordo com a evolução, passa a acometer maior parte do tecido mamário, até 40% do órgão, causando edema, endurecimento,

vermelhidão, calor local, dor, achado este que não é comum em situações de carcinomas. Geralmente esse tipo de tumor é recorrente, ou seja, mesmo após o tratamento há o desenvolvimento de um novo tumor. A resposta ao tratamento é lenta ou ainda nula, por isso é mais complexo do que os outros relatados. No início da doença, é comum o carcinoma ser confundido com um simples processo infeccioso, e então se estabelece o tratamento incorreto para a ocasião, adiando ainda mais o encaminhamento para exames específicos para a situação, isso gera, na maioria das vezes uma enfermidade com um prognóstico muito ruim, já que se desenvolve de maneira rápida e as chances de ocorrência de metástase são expressivas (ALVARENGA *et al.*, 2003; NUNES, 2008; PORTUGAL, 2005).

Outros tipos de carcinomas mamários são pouco comuns nas mulheres: 12% das pacientes apresentam carcinoma tubular, mucinoso e medular. São tipos raros, de difícil acometimento, aparecendo apenas quando existem fatores de predisposição bastante evidentes. São de desenvolvimento lento e o diagnóstico é baseado principalmente em análises de microscopia. O tipo tubular oferece um bom prognóstico, pois não favorece a formação de metástases pelo corpo. Cerca de 4% das pacientes com câncer de mama são portadoras deste tumor. O tratamento é estabelecido de maneira individualizada para cada paciente, cuja resposta do organismo é diversificada. O tumor de mama medular ocorre geralmente em pacientes mais jovens e de alto risco, ou seja, portadores de outras doenças associadas. Apresenta a característica morfológica de lesão benigna, o que promove o atraso do diagnóstico. O mucinoso é o mais raro de todos eles, e possui evolução bastante lenta e o seu diagnóstico também é difícil (ALVARENGA *et al.*, 2003; EISENBERG; KOIFMAN, 2001; NUNES, 2008; PORTUGAL, 2005).

4.1.1 Fatores de risco para câncer de mama

O câncer de mama é uma doença que se torna cada vez mais comum. O número de mulheres vítimas desse tipo de enfermidade aumenta significativamente com o passar do tempo. A elevação na incidência do tumor mamário é, entre outros fatores, decorrente do acompanhamento clínico adequado, cuja importância está associada ao diagnóstico precoce do câncer. Essa tradição não existia antigamente, quando a cultura das pessoas ignorava a importância da visita rotineira ao profissional da saúde especializado. Outra razão para o aumento do número de mulheres acometidas pelo câncer de mama consiste na mudança brutal do estilo de vida, cujo resultado reflete a mudança do comportamento do ciclo menstrual e hormonal das mesmas, assim como na vida reprodutiva das mulheres, com episódios de

maternidade até com cinquenta anos de idade. Dessa forma, a etiologia do câncer de mama não é restrita apenas a um fator, é um conjunto de fatores que atuam de maneira pertinente até o aparecimento do tumor na mulher. Assim, devido à ocorrência de inúmeros fatores, cada um fornecendo uma contribuição diferente, é difícil isolar apenas uma causa para a doença em questão. A própria definição de risco estabelecida pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) esclarece que o risco se refere apenas à possibilidade de ocorrência de algo indesejado com o indivíduo. Apesar da descoberta dos principais fatores de risco, é preciso ressaltar que a existência de um ou mais fator de predisposição não indica que a pessoa desenvolverá um tumor. Contudo, é necessário o alerta dessas pacientes, para que o acompanhamento médico seja próximo e esclarecedor, com a finalidade de obter um rastreamento para favorecer o diagnóstico precoce. Algumas mulheres, no entanto, não apresentam os fatores de risco, todavia, são portadoras do câncer de mama. Portanto, os fatores de riscos servem apenas como alertas e nunca como uma indicação de certeza para a presença da neoplasia no organismo (BRASIL, 2009; GODINHO; KOCH, 2004; GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005; LIMA *et al.*, 2001; PAIVA *et al.*, 2002; PAULINELLI *et al.*, 2002; PAULINELLI; MOREIRA; FREITAS-JÚNIOR, 2003; SCLOWITZ *et al.*, 2005; THULER, 2003). De acordo com Gerude (1999, p.272):

Existem inúmeras etiologias para o câncer, como: fatores químicos, radiação e vírus. Por este motivo é importante analisar profundamente os fatores em cada tipo específico de câncer, buscando direcionar os elementos causadores, para assim poder reduzir o risco da doença.

Entre os principais fatores que se associam ao aumento da probabilidade do desenvolvimento da doença, os principais são relacionados à idade do paciente, o sexo, o desenvolvimento hormonal incluindo aqui o momento em que existe a menarca na mulher, história familiar, menopausa, estilo de alimentação, e o consumo de álcool também, além de antecedentes de hiperplasia epitelial, de atipias ou macrocistos apócrinos. Sendo que estes são divididos em fatores inevitáveis, quando não existe a possibilidade de alterar a situação e evitar esse fator de risco, e modificáveis quando dependem da vontade e ação do paciente em modificar seus hábitos de vida (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005; BRASIL, 2009; LIMA *et al.*, 2001; PAIVA *et al.*, 2002; PAULINELLI *et al.*, 2002; PAULINELLI; MOREIRA; FREITAS-JÚNIOR, 2003; SCLOWITZ *et al.*, 2005; THULER, 2003).

Primeiramente, a relação da idade do paciente com a incidência do Carcinoma mamário varia na literatura. Alguns autores referem que o câncer de mama é mais comum em mulheres acima de 30 anos de idade, outras já estabelecem a idade de 50 anos como principal

momento de manifestação do tumor. Ressaltando que quanto maior a idade da paciente, maiores são as chances de encontrar um diagnóstico positivo para câncer mamário, mulheres em idades próximas a 20 anos dificilmente apresentam esse tipo de malignidade. Assim como a idade, o sexo também é de extrema importância para o desenvolvimento do câncer de mama, pois as mulheres são muito mais afetadas que os homens. É estranho ler uma afirmativa como esta devido ao desconhecimento da existência de inúmeros casos de homens acometidos pelo câncer de mama, é uma forma rara de manifestação, porém há possibilidades. A proporção da ocorrência da doença entre homens e mulheres é de uma pessoa do sexo masculino para cada cem mulheres acometidas por esse tipo de neoplasia (BERGMAN, 2000; LIMA *et al.*, 2001; SCLOWITZ *et al.*, 2005; THULER, 2003).

O status hormonal das mulheres também é um dos fatores de risco. A terapia de reposição hormonal, usada em situações após o período de menopausa, geralmente é estabelecida com a administração de estrogênio e progesterona. Estes hormônios controlam o ciclo de reprodutibilidade feminino e que atuam como um fator estimulante para a desordenação da proliferação celular. Neste caso, sendo um fator modificável, cabe à mulher decidir entre continuar o tratamento ou não, analisando minuciosamente os riscos e benefícios obtidos com o uso da terapia. Além dessa situação, a pílula anticoncepcional, quando utilizada por período bastante longo atua como um fator de risco para o desenvolvimento do tumor de mama. Por outro lado, processo cirúrgico destinado à remoção dos ovários, todavia, promove um benefício incalculável, já que com a retirada deste, a produção de estrogênio é estagnada, e então, com baixos níveis deste hormônio feminino, o risco decresce consideravelmente (BERGMAN, 2000; CARREÑO; PEIXOTO; GIGLIO, 1999; LIMA *et al.*, 2001; PAULINELLI *et al.*, 2002; PAULINELLI; MOREIRA; FREITAS-JÚNIOR, 2003; SCLOWITZ *et al.*, 2005; TESSARO, 2001).

A idade de ocorrência da menarca também esta associada com a incidência dessa doença: quanto mais cedo ocorre a primeira menstruação da mulher, maiores são as chances do desenvolvimento da doença. Quando esta ocorre antes dos onze anos de idade, a probabilidade da existência de câncer de mama posteriormente aumenta cerca de três vezes em relação a menarca tardia. No caso da menopausa, se ela ocorrer após os 54 anos de idade, aproximadamente, o risco de obter um futuro diagnóstico de câncer de mama é duplicado. A justificativa para esses números está na exposição prolongada dessas mulheres aos hormônios femininos, responsáveis pela estimulação da mitose celular. Não ter filhos, ou mesmo engravidar após os 35 anos de idade também são fatos relacionados ao aumento da probabilidade de ocorrência da doença em questão. Em contrapartida, a amamentação

expandida por muito tempo, mais que um ano após a gestação contrapõe os riscos, aqui mencionados, pois atua como um benefício de proteção a mulher, diminuindo as possibilidades de ocorrência da doença. (BERGMAN, 2000; LIMA *et al.*, 2001; PAULINELLI *et al.*, 2002; THULER, 2003).

Outros fatores de risco, como o histórico familiar, também são de extrema seriedade para o desenvolvimento do câncer de mama: quanto mais próximo o grau de parentesco com um indivíduo, maior será a possibilidade de ter a doença em tempos posteriores, independente de ser do lado materno ou paterno. Por esta razão, pessoas dentro desse grupo de risco devem adotar condutas no sentido de acompanhamento médico constante, rastreamento periodicamente, e dessa forma, favorecer o diagnóstico precoce. Isso não é válido apenas para o câncer de mama, mas em qualquer tipo de tumor a linha histórica da família deve ser analisada de forma consistente e certa. A prática de exercícios físicos é de grande importância para as mulheres que apresentam um ou mais desses fatores de risco, já que diminui de forma considerável a quantidade de hormônio feminino circulante no sangue, e portanto, diminui as chances do desenvolvimento da doença, principalmente aquelas mulheres que já praticavam exercício desde a fase da adolescência (FERNANDES; MAMEDE, 2004; LIMA *et al.*, 2001; PAIVA *et al.*, 2002; SOUZA *et al.*, 1998).

O consumo de bebida alcoólica, em excesso e sem limites, está relacionado diretamente ao aumento da incidência de câncer de mama, assim como uma dieta rica em gorduras, carboidratos e pobre em nutrientes vitamínicos, pois, com esse tipo de alimentação existem grandes chances da mulher se tornar obesa, e esse sim é um grande fator de risco para o tumor mamário, por isso o índice de massa corporal deve ser controlado. Dessa forma, hábitos alimentares saudáveis devem ser cultivados para reduzir as possibilidades desse tipo de câncer, é fortemente aconselhável o consumo de frutas e vegetais em grandes quantidades (CANTINELLI *et al.*, 2006; PAULINELLI *et al.*, 2002; SCLOWITZ *et al.*, 2005). Segundo Waitzberg *et al* (2004, p.226):

Alguns estudos dos anos 80 e início dos anos 90 mostraram que mulheres com elevado peso corpóreo têm tumores de mama maiores e de estados mais avançados do que mulheres magras. Uma característica da associação entre peso e risco de câncer é que, em mulheres maiores, a detecção de nódulos pode ser mais difícil nos exames clínicos e de imagem e assim o diagnóstico, mais tardio. Para avaliação da relação direta entre sobrepeso e incidência de câncer de mama, alguns autores optaram por verificar o índice de massa corpórea ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$), considerando um indicador mais adequado para comparação entre diferentes indivíduos. Dois aspectos do índice de massa corporal, obesidade e ganho de peso, podem estar associados com aumento de risco de câncer de mama entre mulheres pós-menopausadas. De outro lado o efeito da obesidade está associado com pequeno aumento de risco nas mulheres pré-menopausadas. Da mesma forma, em mulheres

na pós-menopausa, a obesidade, esteve relacionada a um aumento de 50% no risco de desenvolver câncer de mama.

4.1.2 Prevenção primária e secundária

As ações de prevenção ao câncer de mama são divididas em duas categorias, a prevenção primária e a secundária. A prevenção primária é aquela que visa evitar a exposição dos pacientes aos fatores de risco para a enfermidade em questão, principalmente os modificáveis, para assim, reduzir o índice de ocorrência do carcinoma mamário nas mulheres. Dessa forma, o resultado é visualizado tanto a nível individual visto que a mulher não exposta aos fatores de risco possui menor probabilidade de desenvolver a doença, quanto no âmbito da Saúde Pública, já que diminui de forma considerável o número de novos casos de mulheres acometidas pela moléstia. Com isso, a meta fundamental para essas ações é realmente diminuir a incidência de câncer de mama em uma determinada população, interrompendo os efeitos e respostas dos organismos quando expostos aos fatores prejudiciais. Entre as atividades direcionadas à prevenção primária estão ações de prevenção, como o combate ao tabagismo através de meios de comunicação em massa, e também o combate ao consumo exacerbado de bebidas alcoólicas e à obesidade, dentre outras atividades programadas com o intuito de afastar os fatores de risco dos indivíduos em geral. São intervenções importantes para a saúde da mulher, através da mudança do estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis. Um fato que pode atuar contrariando essas ações é a baixa condição socioeconômica e cultural da maioria da população brasileira, o conhecimento e informação não são fornecidos para todos igualmente como o benefício da alimentação saudável, dos exercícios físicos, entre outros (GODINHO; KOCH, 2004; MOLINA; DALBEN; DE LUCA, 2003; SCLOWITZ *et al.*, 2005; THULER, 2003; THULER; MENDONÇA, 2005).

Dessa forma, as medidas adotadas para a prevenção primária são simples e, geralmente, de baixo custo, acessível à grande parte da população, apesar da necessidade em aumentar o estímulo por parte das autoridades de saúde, expondo a importância de combater os fatores de risco na vida das pessoas. Apenas em ocasiões de alto risco para o desenvolvimento do tumor há necessidade de usos de medicamentos preventivos, porém, não de forma rotineira.

No caso de prevenção secundária as ações abordam a detecção precoce do câncer de mama, portanto, técnicas de rastreamento são adotadas com frequência para evitar a evolução do câncer para um mau prognóstico, já que quanto mais desenvolvido o tumor, mais difícil é o

tratamento, maiores as chances de metástase e menores as possibilidades de cura. Dessa forma, as ações iniciam em mulheres assintomáticas que fazem exames periódicos com profissionais especializados com o principal objetivo de identificar a doença em estágio inicial, fase pré-clínica, e estabelecer o tratamento antecipadamente. Os testes de rastreamento são aqueles que visam detectar precocemente o problema, e o mais importante é a mamografia de alta resolução. A partir do rastreamento, o paciente é encaminhado para exames mais específicos que fornecem com precisão o diagnóstico definitivo, se for o caso. O objetivo principal da prevenção secundária, diferente da primária que visava evitar o aparecimento do câncer, consiste em diagnosticar precocemente um tumor, evitando uma evolução no prognóstico (AGUILLAR; BAUAB, 2003; GONÇALVES; DIAS, 1999; MOLINA; DALBEN; DE LUCA, 2003; SCLOWITZ *et al.*, 2005; THULER, 2003; THULER; MENDONÇA, 2005). Para Thuler (2003, p.232):

É essencial educar a população e os profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas precoces do câncer, contribuindo para sua detecção em estágios menos avançados e aumentando as chances de sucesso do tratamento preconizado. Isto pode ser obtido por meio de campanhas educativas e capacitação de agentes de saúde.

Os enfermeiros e os demais profissionais de saúde são responsáveis pela prevenção e detecção precoce de doenças, onde os mesmos devem orientar e estimular as mulheres das unidades básicas de saúde à realização periódica do auto-exame das mamas, permitindo, assim, detectar alterações morfológicas, presentes no local, seja ela benigna ou maligna. “Para garantir a adesão das clientes ao programa preventivo, é necessário que o profissional de enfermagem supere as expectativas das mesmas, desenvolvendo um clima de empatia e confiança” (FERREIRA *et al.*, 2005, p. 11). Para a concretização dessa aproximação, é necessário o surgimento de profissionais preocupados com a humanização das práticas assistenciais, estimulando a sensibilidade dos mesmos para desenvolver de forma adequada as ações propostas.

4.1.3 Detecção precoce do câncer de mama

A fisiologia da mama feminina é diferenciada de uma mulher para outra, seja pela composição genética herdada pelo indivíduo ou por fatores extrínsecos, por exemplo, a idade da paciente, a fase do ciclo menstrual, utilização de pílulas anticoncepcionais que alteram os níveis hormonais do organismo e interferem nas células constituintes da mama, a menopausa e a gravidez. Geralmente as mamas apresentam aparência desigual de tecido quando palpada,

deparando com aspecto granuloso em situações normais, sendo que antes do período menstrual, na fase pré-menstrual, as mamas encontram-se inchadas e com as terminações nervosas mais sensíveis, gerando leve sensação de dor. Essas informações são necessárias para a detecção precoce do câncer de mama, uma vez que a mulher deve conhecer como é sua mama para verificar possíveis alterações.

A detecção precoce do câncer de mama é a principal arma no controle e não disseminação da doença. Com isso, entende-se que o diagnóstico precoce do tumor mamário serve, principalmente, para reduzir as taxas de mortalidade de mulheres acometidas pela doença e, assim, melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevida. Dessa forma, existem três metodologias de detecção precoce do câncer de mama, o auto-exame realizado pela própria mulher, o exame clínico realizado por um profissional da saúde especializado e a mamografia de alta resolução, um exame radiológico das mamas (DUARTE; ANDRADE, 2003; GODINHO; KOCH, 2004; GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002; MOLINA; DALBEN; DE LUCA, 2003; THULER; MENDONÇA, 2005).

O auto-exame apresenta baixo custo, já que é realizado pela própria paciente mensalmente após os 20 anos de idade, com auxílio de livros, programas e folhetos explicativos lançados pelo governo e distribuídos pelos profissionais nas diversas situações de saúde, mas principalmente na equipe de saúde da família, instruindo a maneira correta de apalpação e detecção de deformações ou qualquer tipo de alteração. O auto-exame não deve ser usado como única forma de prevenção, mas sim como uma maneira de educação em saúde que visa proteção do próprio corpo da paciente. Deve-se optar pelo exame clínico do médico, e também pela mamografia regularmente, são exames mais precisos e, portanto, mais seguros. Este exame consiste em apalpar de forma circunscrita e sistemática, em frente ao espelho, os próprios seios, no período após a menstruação, com a finalidade de localizar qualquer tipo de nódulos ou corpos estranhos presentes no local de forma precoce, estimulando assim, o costume e o conhecimento detalhado da mulher com seu próprio organismo. “Porcentagens importantes de mulheres descobrem tumores, acidentalmente, durante o auto-exame de mamas” (SILVA *et al.*, 2008, p. 9). O incentivo por parte das autoridades brasileiras da Saúde, como o Ministério da Saúde, para a realização do auto-exame é de grande importância e também atua como uma forma de cuidado com a saúde individual, ativando a conscientização da população feminina, cujos resultados refletem em números para a saúde pública (BORBA *et al.*, 1998; DAVIM *et al.*, 2003; GONÇALVES; DIAS, 1999; MARINHO *et al.*, 2003; MONTEIRO *et al.*, 2003; SILVA *et al.*, 2000; THULER, 2003).

Segundo informações obtidas do INCA (BRASIL, 2006a), a recomendação é que o auto-exame das mamas seja feito mensalmente, entre o sétimo e o décimo dia após o início da menstruação, período em que as mamas não apresentam edema. Essa recomendação se deve ao fato de que a mama, como outras estruturas da mulher, modifica-se durante o ciclo menstrual pela ação do estrogênio e da progesterona, os hormônios sexuais femininos. A ação da progesterona, na segunda fase do ciclo, leva a uma retenção de líquidos no organismo, mais acentuadamente nas mamas, provocando nelas aumento de volume, endurecimento e dor. Durante esse período de sintomatologia exacerbada pelo edema, torna-se mais difícil o exame das mamas, quer seja pelo médico ou enfermeiro, quer pela mulher. A realização do exame entre o sétimo e o décimo dia após o início da menstruação, se dá, portanto, no período em que as mamas encontram-se menores, menos consistentes e indolores (ANDRADE *et al.*, 2005; AGUILLAR; BAUAB, 2003; BORBA *et al.*, 1998; THULER, 2003).

Para as mulheres que não menstruam, como, por exemplo, aquelas que já se encontram na menopausa, ou as que se submeteram à histerectomia, ou ainda aquelas que estão amamentando, deve-se escolher arbitrariamente um dia do mês e realizar o auto-exame todo mês neste dia (ANDRADE *et al.*, 2005; AGUILLAR; BAUAB, 2003; BORBA *et al.*, 1998; THULER, 2003). “Este artifício serve para que a mulher crie o hábito e não se esqueça de realizar o auto-exame das mamas” (BRASIL, 2006a).

Segundo Gonçalves e Dias (1999), apesar de toda informação ressaltando a importância da realização do auto-exame, divulgada principalmente nos meios de comunicação e pelos programas de assistência à saúde da mulher, as mulheres não são estimuladas o bastante para realizarem o exame em questão.

A educação da mulher para a realização do auto-exame das mamas deve ser incluída nos programas das instituições de saúde, de educação, dos locais de trabalho e outros. O profissional de enfermagem tem um papel fundamental nesse sentido. A prática do auto-exame das mamas deve ser motivada para o autocuidado, pois o este corresponde a um procedimento útil neste contexto e não tem qualquer efeito colateral adverso. (BRASIL, 2006b).

O exame clínico é um tipo de exame realizado por profissionais da saúde, como médicos generalistas e enfermeiros, competentes e treinados para a detecção de tumores e devem obrigatoriamente seguir as recomendações técnicas do Consenso para Controle do Câncer de Mama. É um exame com baixo a moderado custo, porém nem sempre é acessível, já que, muitas vezes, as mulheres de baixa renda não possuem acesso ao atendimento e acompanhamento ginecológico. Sua recomendação varia de uma vez a cada seis meses a um

ano, durante as visitas periódicas ao ginecologista da mulher. O mastologista é o médico especialista para a realização do exame. Quando existir dúvida, o médico generalista deve encaminhar a paciente para o mastologista.

A mamografia, apesar de ser um dos principais meios de diagnóstico do câncer de mama, não exclui o exame clínico. (BORBA *et al.*, 1998; DAVIM *et al.*, 2003; DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2007; GONÇALVES; DIAS, 1999; MARINHO *et al.*, 2003; MONTEIRO *et al.*, 2003; THULER, 2003).

De acordo com o INCA (BRASIL, 2004), o exame clínico das mamas deve ser uma rotina realizada por um profissional (médico ou enfermeiro) na época do exame ginecológico periódico e tem como principal objetivo a detecção de tumores malignos ou qualquer outra patologia incidente possivelmente presente na mama da mulher. Este exame requer importantes momentos propedêuticos obrigatórios, mesmo que, à simples inspeção, elas aparentem normalidade. O exame clínico deve ser realizado com fonte de iluminação adequada, seja ela natural ou artificial. A mulher deve se encontrar na posição de pé ou sentada, e deverá observar-se, primeiramente, com os braços ao longo do tronco; posteriormente com os braços levantados; finalmente, com as mãos nos quadris, pressionando os, com o objetivo de salientar os contornos das mamas. Já a palpação, deve incluir a região axilar e a mama, desde a linha médioesternal até a clavícula e, lateralmente, até o início da região dorsal. Deve ser realizada em dois momentos: com a mulher sentada e a mulher deitada, com os ombros sobrelevados (BERGMAN; MATTOS; KOIFMAN, 2004; SIQUEIRA; REZENDE; BARRA, 2008).

Através da mamografia é possível controlar o aparecimento de anormalidades nas mamas da mulher. Dessa forma, o rastreamento mamográfico é recomendado como rotina para pessoas do sexo feminino com as mamas aparentemente ausentes de nódulos, ou corpos estranhos ou ainda qualquer tipo de sintomas, visando obter o diagnóstico do câncer de mama de forma precoce. É indicada também para diferenciar tumores malignos e benignos a partir dos resultados obtidos, para o estabelecimento do tratamento. A eficácia dessa metodologia é muito grande e reflete na diminuição da taxa de mortalidade de mulheres afetadas por essa enfermidade. (AGUILLAR; BAUAB, 2003; GODINHO; KOCH, 2004; LIMA-COSTA; MATTOS, 2007; SCLOWITZ *et al.*, 2005).

O exame consiste em uma radiografia da mama utilizando o mamógrafo, capaz de mostrar lesões em fase ainda inicial, com diâmetros extremamente reduzidos. É um exame que provoca certo desconforto, já que as mamas são comprimidas no equipamento, por duas placas de acrílico paralelas, para prover imagens claras e precisas que servem de suporte ao

diagnóstico fornecido pelo médico. Por essa razão, deve ser realizado após o período menstrual, quando as mamas não estão doloridas devido aos efeitos hormonais. Contudo não é seguido por todas as pacientes devido ao relativo alto custo e a não disponibilização para a população em geral, já que a saúde pública apresenta deficiências evidentes no quesito de recursos financeiros e equipamentos modernos. Porém, a sensibilidade desse tipo de exame depende de alguns fatores, como o tamanho e a localização do nódulo, a interpretação das imagens obtidas pelo médico radiologista, a capacidade técnica de detecção do equipamento e a densidade dos tecidos constituintes da mama (AGUILLAR; BAUAB, 2003; GODINHO; KOCH, 2004; LIMA-COSTA; MATTOS, 2007; PAULINELLI *et al.*, 2002; SCLOWITZ *et al.*, 2005).

Os exames para o diagnóstico precoce da doença, quando ainda em estado de bom prognóstico, também têm a função de avaliar o estadiamento dos tumores. O estágio em que se encontra o tumor, então, define a dimensão do tumor assim como a possibilidade de metástase para outros tecidos. O estadiamento é classificado de acordo a União Internacional de Contra o Câncer (UICC), como o TNM (Tumor, Linfonodo e Metástase), fundamentado na ocorrência do curso biológico comum da doença. O conhecimento do alcance e volume ocupado pelo tumor é importante para direcionar o paciente ao tratamento mais adequado, ou seja, o estadiamento determina a necessidade de um processo cirúrgico para remoção, ou ainda o tratamento ideal, como radioterapia, quimioterapia ou tratamento hormonal. Por isso, o câncer de mama pode ser avaliado em quatro estágios principais, variando de I a IV em ordem crescente de gravidade, sendo o primeiro estágio correspondente aos tumores ainda localizados, e o último aos tumores que já alcançaram outros tecidos devido à ocorrência de metástase, conforme o quadro 1 (ABREU; KOIFMAN, 2002; NUNES, 2008; THULER; MENDONÇA, 2005).

No estágio 0, encontram-se os tipos de câncer que ainda não se tornaram invasivos, ou seja, as células cancerígenas estão restritas apenas às paredes dos ductos mamários ou ainda aos lóbulos, os outros tecidos vizinhos ainda não foram acometidos. É o Carcinoma *in situ* cuja possibilidade de cura é extremamente alta (ARRUDA, 2006; NUNES, 2008).

O estágio I é quando o câncer de mama ainda está precoce, é invasivo, com tamanho inferior a dois centímetros de diâmetro, e continua localizado na região inicial, sem evidências de infiltração para os outros tecidos da mama ou de invasão nos linfonodos ou glândulas linfáticas das axilas e nem outros locais do corpo (ARRUDA, 2006; NUNES, 2008).

O estágio II, é dividido em subclasses, sendo o IIa aqueles com o diâmetro inferior a dois centímetros, porém se diferencia do anterior devido à infiltração nos linfonodos abaixo

do braço, nas axilas, nas proximidades da mama afetada ou quando o tumor apresenta entre dois e cinco centímetros de diâmetro, não apresentando espalhamento para os linfonodos. E por último também é considerado estágio IIa quando não há evidências de câncer de mama contudo existe câncer nos linfonodos axilares. O estágio IIb corresponde a situações em que o tumor apresenta tamanho entre dois e cinco centímetros de diâmetro, com infiltração dos linfonodos. Ou aqueles que apresentam diâmetro maior do que cinco centímetros e ainda não está nos tecidos externos à mama (ARRUDA, 2006; NUNES, 2008).

Em seguida, existe o estágio III, também com divisão em subclasses. O estágio IIIa corresponde à situações em que o tumor é menor do que cinco centímetros com presença de infiltração para as glândulas axilares, e/ou através das mesmas para outros tecidos, onde ficam ligados às estruturas vizinhas. O IIIb é encontrado quando o tumor apresenta caráter inflamatório, devido a infiltração das células cancerígenas através dos tecidos componentes da parede torácica da mulher. Não atinge outros órgãos do corpo, porém, existe a possibilidade de atingir ou não os linfonodos próximos a mama afetada. Já no caso de ocasiões com estágio IIIc características de tumores de tamanhos variados que não se disseminou para outras regiões do corpo, contudo, que pode ou não ter alcançado os linfonodos e outros tecidos nas proximidades da mama (ARRUDA, 2006; NUNES, 2008).

E em último lugar, porém, não menos importante, encontra-se o estadiamento, cuja metástase está evidente, ou seja, existe a disseminação do câncer para tecidos externos à mama, e para outros órgãos do corpo como, por exemplo, ossos, pulmões e fígado que adquirem o câncer secundário (ARRUDA, 2006; NUNES, 2008).

Quadro 1 - Estadiamento do câncer de mama

Estadiamento	T	N	M
Estádio 0	Tis	N0	M0
Estádio I	T1	N0	M0
Estádio IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estádio IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0

Estádio III A	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Estádio III B	T4	Qualquer N	M0
	Qualquer T	N3	M0
Estádio IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: BERGMANN, Anke. Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro, 2000.

4.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CÂNCER DE MAMA

A Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) reconhece que o câncer é um problema de saúde pública e determina que as ações para o seu controle no Brasil sejam realizadas através de uma Rede de Atenção Oncológica (RAO), com a participação direta e indireta do Governo Federal, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, das universidades, dos serviços de saúde, dos centros de pesquisa, das organizações não-governamentais e da sociedade de forma geral. A RAO tem como objetivos: (1) fortalecer o processo de planejamento e a avaliação das ações de atenção oncológica; (2) qualificar os diferentes atores sociais para compreensão e gestão do problema do câncer no país; (3) promover a geração de conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico no campo da atenção oncológica; (4) mobilizar a sociedade civil para atuar de forma integrada; (5) fomentar a captação de recursos para o combate ao câncer; e (6) estimular a integração de ações visando à otimização dos recursos (BRASIL, 2005).

Segundo o INCA (BRASIL, 2006b), ao lado dos avanços no campo político-institucional, com a estratégia das Ações Integradas da Saúde (AIS) e a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), também houve um trabalho político no campo legislativo. Desse modo, a saúde teve um expressivo reconhecimento e inserção na nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, destacando-se sua inclusão como um componente da seguridade social, a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública e seu referencial político básico. Está estabelecido que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, direito este garantido mediante políticas sociais e

econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Além disso, foram assumidos também os princípios da universalidade, da equidade e integralidade às ações de Saúde.

Frente à citação anterior, é importante saber que educação em saúde é um campo relativamente novo de atuação. Ela não era aplicada e nem conhecida por grande parte da população, abrange de forma complexa a combinação da saúde com educação, e consiste atualmente em uma área destinada a pesquisas e práticas modernizadas relacionada à saúde pública brasileira. A extrema importância desta para a prevenção de diversas doenças era desconhecida, não é direcionada apenas ao câncer de mama. A maioria das pessoas acredita que o assunto está relacionado apenas às técnicas de higiene, hábitos alimentares, escovação dentária correta, ensinados nas escolas de ensino fundamental. Porém a educação em saúde não é tão restrita a esse ponto, ela aborda situações mais profundas e com informações específicas. Dessa forma, duas vertentes são observadas em discussões sobre o tema aqui ressaltado, uma delas corresponde ao fornecimento de informações para a população, por parte dos profissionais de saúde devidamente treinados, com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento da população sobre as doenças, as maneiras de adquiri-las, as formas de prevenção de cada uma delas, os tratamentos mais eficientes com as medidas a serem tomadas quando detectada a suspeita pelo próprio indivíduo, e ainda os efeitos da enfermidade sobre o organismo. E como resultado desse investimento de sabedoria, obtém-se uma redução no número de mortes. É evidente que quanto mais tarde inicia-se o tratamento de qualquer tipo de manifestação prejudicial à saúde do indivíduo, mais grave será o quadro clínico do mesmo, já que a etiologia dela está livre para agir e dominar o organismo em questão (ALVES, 2005; BUSS, 2000; CANDEIAS, 1997; GAZINELLI *et al.*, 2005; PEREIRA; PENTEADO; MARCELO, 2000).

A segunda vertente da educação em saúde está completamente acoplada aos conceitos de promoção da saúde, apoiado teórica e legalmente pela Organização Mundial da Saúde, nesta, a saúde do indivíduo não é tratada como um fato isolado, mas sim, uma questão dependente de vários fatores como as condições de vida, o nível socioeconômico, situação psicológica, dentre outros que também afetam de forma significativa a conquista do bem-estar dos indivíduos em geral, defendendo de maneira consistente, a variação do comportamento de saúde dos indivíduos quando expostos a diferentes fatores aqui mencionados (ALVES, 2005; BUSS, 2000; CANDEIAS, 1997; GAZINELLI *et al.*, 2005; GOMES *et al.*, 2003; L'ABBATTE, 1994; PEREIRA; PENTEADO; MARCELO, 2000).

Segundo Starfield (2002), a atenção primária à saúde foi reconhecida como uma porção integral permanente e onipresente do sistema formal em todos os países, não sendo apenas uma coisa a mais. A Conferência de Alma Ata especificou ainda mais que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram correspondentes à educação em saúde.

Assim, a meta de qualquer ação da educação em saúde promovida principalmente por autoridades governamentais é a construção de uma vida saudável, assim, a saúde recebe um conceito amplo e complexo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, a saúde corresponde a um estado completo de bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença e/ou enfermidade. Existe uma grande dinâmica entre o estado físico e mental, quando não existe doença que acometa o paciente em nenhuma dessas dimensões, o estado ambiental, condições locais em que o mesmo está submetido ressaltando a preocupação com a natureza ao seu redor, social, quando se observa que a vontade seria igualdade de tratamento e de condições de vida, e concretização emocional e profissional própria, de forma geral (ALVES, 2005; CANDEIAS, 1997; GAZINELLI *et al.*, 2005; GOMES *et al.*, 2003; L'ABATTE, 1994).

A promoção da saúde, de certa forma, envolve os conceitos de prevenção, detecção precoce e cuidados paliativos. Os dois primeiros já foram abordados com enfoque bastante centrado, portanto, não será detalhado novamente. Porém, cuidados paliativos são aqueles derivados da atenção de profissionais da saúde de diversas classes, como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, dentre outros, direcionada aos pacientes cujo diagnóstico é positivo e está relativamente refratário ao tratamento, visando assim, combater os efeitos desconfortáveis dos pacientes, como por exemplo, dor, inchaço, febre e necessidade de internação, em uma tentativa de melhorar a qualidade de vida dos mesmos e da família que está em volta sofrendo da mesma forma que o portador da doença, pois, a degradação emocional promovida pelo câncer atinge de forma irreparável todas as pessoas que convivem com a situação no lar. Portanto, os cuidados paliativos são adotados precocemente ao obter o diagnóstico de uma enfermidade incurável, e englobam ações voltadas para melhora das dimensões emocionais, físicas, psicológicas e sociais também. Porém, as ações são tomadas de maneira a não interferir na autonomia do enfermo, é uma decisão tomada pelo consenso entre a equipe multidisciplinar e o paciente em questão (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004; FIRMINO, 2005; MELLO, 2000; PEREIRA; PENTEADO; MARCELO, 2000; SILVA; HORTALE, 2006). De acordo com Brasil (2002, p.14):

A promoção da saúde propõe o desafio reorientar os serviços de saúde a superar a fragmentação do assistir a doença, e ir em direção a perspectiva da atenção integral às pessoas em suas necessidades, numa relação dialógica do cuidar/ser cuidado, do ensinar/aprender. Traz os serviços à reflexão de que necessitam participar ativamente das soluções dos problemas de saúde levantados conjuntamente com as comunidades.

Para obedecer todos os requisitos de educação em saúde eficaz, é necessária, então, a participação conjunta de vários profissionais, sendo que o objetivo é atingir uma população maior e melhorar a qualidade de vida coletiva, não está focado apenas nos casos individuais. Logo, programas de assistência, como grupos específicos para atender mulheres com câncer de mama é indispensável, nos postos públicos de saúde da família localizados geralmente em bairros das cidades, deve-se estabelecer um dia para o encontro de mulheres portadoras de câncer ou de qualquer tipo de fator de risco ao qual esteja exposta. Nesses eventos, a informação é o principal objetivo, com esclarecimentos de dúvidas e explicações referentes aos principais pontos e fatos da doença. Além das ações direcionadas aos portadores da doença, também é necessário organizar programas de incentivo a saúde da mulher, onde serão divulgados os benefícios do exame de rotina, mamografia e exame clínico, a importância do auto-exame, detalhando a maneira correta de realizar o mesmo, e ainda, esclarecer como a doença começa a se desenvolver, e quando isso acontece quais as medidas corretas e imediatas devem ser adotadas. Ou ainda, a visita dos moradores do bairro por profissionais especializados para a história de saúde em geral, seria uma boa alternativa para alcançar os objetivos propostos pela educação em saúde. Contudo, para a realização de tais atividades, é preciso obter recursos financeiros que cubram os gastos dos profissionais, e estes estão de difícil acesso no momento político atual (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; ALVES, 2005; GAZINELLI *et al.*, 2005; GOMES *et al.*, 2003). Para Camargo *et al.* (2007, p.6):

As atividades educativas são de alta relevância, já que muitas mulheres, por seus valores e cultura, não reconhecem as medidas de prevenção e detecção precoce do câncer, estudos sobre a atitude das mulheres brasileiras quanto à prevenção e o não atendimento aos programas de captação mostram que as principais causas da resistência estariam relacionadas às questões culturais, vergonha, medo de doer, religião, desconhecimento do exame e de onde realizá-lo e parceiros que não permitem que as mulheres compareçam para realizar o exame preventivo.

O papel do enfermeiro entra aqui nas informações, já que possui instrução suficiente e está em contato direto com o foco das atenções, as mulheres.

4.3. CÂNCER DE MAMA E O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

A atuação do enfermeiro para lidar com o câncer de mama ocorre na atenção primária, secundária e no âmbito hospitalar, já que nos postos de saúde pública e nas visitas domiciliares é imprescindível o contato das pessoas com tais profissionais, para a avaliação de parâmetros superficiais da qualidade de vida das pessoas que visitam ou são visitadas.

A atuação do enfermeiro na atenção básica à saúde em relação ao câncer de mama, deve ser feita de forma interdisciplinar, e incluir informações sobre formas de detecção da doença precocemente, importância da atividade física, malefícios causados por consumo excessivo de bebida alcoólica e fumo, principais tratamentos das mesmas, entre outras com o objetivo de promover a saúde das pessoas e prevenir o câncer e outras doenças. Também, o enfermeiro pode ajudar as mulheres com câncer de sua área de abrangência na orientação de horários e formas de administração dos medicamentos e até mesmo o controle dos exames periódicos recomendados durante o tratamento. Com isso, a responsabilidade do profissional em questão abrange a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população, individual, coletiva ou comunitária, sendo necessária sua preparação para atividades na área assistencial da saúde, administrativa e gerencial (ANDRADE; VIEIRA, 2005; GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002; ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2004; ROCHA; ALMEIDA, 2000). Segundo Camargo *et al.* (2007, p.5):

É importante enfatizar que o enfermeiro, dentro da equipe multiprofissional, é um dos agentes de educação para a saúde, objetivando integração em favor da promoção da saúde do paciente, da família, grupos sociais e da comunidade, a sua ação deve ser integral e participativa, na sua rotina de trabalho, deve estar voltado para o desenvolvimento de ações de saúde e práticas educativas no sentido de prevenir o câncer.

Dessa forma, o enfermeiro precisa estar capacitado em teoria e prática para orientar também sobre as opções de tratamento e sintomas, assim como as dificuldades emocionais, e para cuidar, como realizar curativos, auxiliar com drenos, entre outros. Deve-se lembrar que o enfermeiro também precisa ser cuidado. Sabendo-se que as chances de cura para pacientes já em estado avançado do câncer são pequenas, o profissional de enfermagem deve obter preparação emocional suficiente para suportar e assistir ao sofrimento do paciente e dos familiares, como a dificuldade das mulheres em lidar com a mastectomia, que afeta sua feminilidade, sensualidade e maternidade, tão importantes para toda mulher (ALMEIDA *et al.*, 2001; BERGAMASCO; ANGELO, 2001; LOPES; MACEDO; LOPES, 1997; QUINTANA *et al.*, 1999).

Na ESF, as ações objetivam beneficiar a população tanto a nível individual quanto coletivo, previsto no programa da saúde da mulher, diretamente relacionado com o tema

exposto no trabalho (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; LINARD; AMORIM; MACHADO, 2003; RIBEIRO, 2004).

“A humanização dos serviços de saúde principalmente da enfermagem, se caracteriza como um processo contínuo e depende de uma reflexão diária da equipe sobre o cuidado” (MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2007, p. 6). “A responsabilidade da equipe de enfermagem em criar vínculos e estabelecer relações próximas com o sofrimento do outro permite um processo de transferência entre o usuário e o profissional, resultando na construção da autonomia deste” (RIZZOTTO, 2002, p. 196).

Segundo o INCA (BRASIL, 2006b), o plano de cuidados da enfermagem deve considerar o “acolhimento” como uma postura ética, que integre o paciente como protagonista em seu processo terapêutico, considerando sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos. Tomando em perspectiva o cenário oncológico, a equipe de enfermagem é fundamental enquanto equipe de referência na atenção diária, responsável e gestora desse processo.

Assim, há que se considerar que a humanização da assistência nesse contexto pressupõe o cuidado com a realização pessoal e profissional dos trabalhadores de enfermagem. “Deve existir um projeto coletivo, em que toda organização se reconheça e se valorize, resgatando as relações entre profissional de saúde e usuários, entre os próprios profissionais, entre esses profissionais e a instituição e entre a instituição e a comunidade” (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006, p. 7). “É necessária à reflexão permanente acerca dos modos de prestar assistência, de estabelecer um relacionamento com os usuários dos serviços e das reais condições de trabalho no contexto social em que vivem os enfermeiros” (COLLET; ROZENDO, 2003, p. 189).

Considerando o câncer uma doença de alta incidência, um problema de saúde pública, é evidente que sua abordagem deve ser uma das prioridades dos profissionais, autoridades de saúde ou mesmo da população. O alto custo do rastreamento mamográfico é um obstáculo relevante para o aumento da mortalidade por câncer de mama. Por isso, o auto-exame das mamas é tão importante nas famílias de baixo poder aquisitivo, e portanto, a orientação que deve ser dada sobre a frequência e forma correta de realizá-lo (WÜNSCH FILHO; MONCAU, 2002; SCLOWITZ *et al.*, 2005).

No tratamento, a atuação do enfermeiro pode ocorrer no pré-operatório e também no pós-operatório, acompanhando o processo do paciente desde o início quando se obtém o diagnóstico, até o final do tratamento quando recomendada a remoção da mama. Então, no pré-operatório, o enfermeiro pode ajudar a mulher e à família a enfrentar a doença, quais os

possíveis tratamentos, como cuidar de seu próprio corpo, quais os hábitos que devem ser mudados para melhorar a qualidade de vida, são algumas ações sugeridas (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002; GUTIÉRREZ *et al.*, 2007).

Os tratamentos que consistem na remoção da ou das mamas, a radioterapia e a quimioterapia são os mais complexos. O papel do profissional de enfermagem deve ser o de um acompanhamento próximo com o objetivo de dar as informações que a paciente precisa, estimulá-la a fazer suas atividades normais e enfrentar o problema. E continua a acompanhar pós tratamento a fim de evitar a reincidência (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007). Camargo *et al.* mostram a amplitude das ações do enfermeiro (2007, p. 5):

O enfermeiro poderá atuar nos diversos níveis de atenção à saúde, hierarquizados segundo grau de complexidade, desenvolvendo ações de coordenação e de execução, que incluem a assistência de enfermagem, educação comunitária e profissional, envolvendo-se na investigação científica de problemas de enfermagem, contribuindo com pesquisas no sentido de favorecer a promoção e recuperação da saúde, para desenvolver seu trabalho de prevenção, promoção e proteção na saúde da mulher, a equipe multidisciplinar deverá considerar o meio em que atua, fatores sócio econômico, cultural e religioso, auxiliando no desenvolvimento da cidadania.

Durante o tratamento quimioterápico, por exemplo, as reações adversas como a queda do cabelo, o inchaço e a fadiga podem ser alvo de medidas dos profissionais de enfermagem, como usar medicamentos que amenizem as conseqüências físicas, como o uso de anti-eméticos para evitar náuseas, vômitos e estomatites durante o período de aplicação, ou ainda utilizar de terapias não farmacológicas para melhorar a qualidade de vida física e psicológica dessa paciente (CAMARGO; SOUZA, 2003; RÉGIS; SIMÕES, 2005).

Para conseguir realizar todas estas ações, é imprescindível a capacidade de comunicação técnica, popular, clara e compreensível, o diálogo estabelecido entre o profissional e o assistido, assim como a habilidade de audição e interpretação. E que suas ações demonstrem a preocupação e respeito com a paciente e o seu bem estar (BARBOSA; TEIXEIRA; PEREIRA, 2007).

Todas estas ações do enfermeiro podem ser realizadas a partir da consulta de enfermagem, que consiste em uma prática assistencial moderna. Esta atividade é defendida por legislação brasileira, encontrada como “atividade privativa do enfermeiro, na lei do exercício profissional n.º 7.498/86, no seu art.11, inciso I, alínea i, e vem sendo efetivada na prática por enfermeiros que nela acreditam” (SILVA, 1998). Na ESF, a consulta de enfermagem contribui para a assistência integral a mulher (BARBOSA; TEIXEIRA; PEREIRA, 2007).

Outra vertente do trabalho do enfermeiro é o envolvimento dos familiares, cuidadores, ou outras pessoas que estão em volta dessas pacientes, para orientação dos cuidados e apoio. Muitas vezes, as relações entre a paciente e os filhos, pais, cônjuges e/ou cuidadores se modificam. Então, a manutenção de um bom relacionamento entre eles contribui de forma positiva para o tratamento, a recuperação e o bem-estar da paciente (CAMARGO; SOUZA, 2003; RÉGIS; SIMÕES, 2005; VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

Para a realização dessas tarefas mencionada, é preciso que o enfermeiro seja tecnicamente capacitado, por isso é preciso que o governo invista em programas de reciclagem do profissional, cursos de atualização e aperfeiçoamento. E nesses cursos sugeridos, é necessário que o assunto de mulheres com câncer de mama seja abordado com maior ênfase e frequência, realizando uma abordagem ampla do problema. A espiritualidade do indivíduo não deve ser desconsiderada, que é hoje uma forma reconhecida de suporte aos pacientes com doença crônica (ALCÂNTRA; MALVEIRA; BEQUE, 2004; RÉGIS; SIMÕES, 2005; CAMARGO; SOUZA, 2003).

Assim, verificamos um grande número de ações que o enfermeiro da ESF pode e deve realizar dentro do Programa de Saúde da Mulher na promoção à saúde, prevenção e detecção precoce do câncer de mama, assim como no tratamento. Este acompanhamento pode melhorar a qualidade de vida das mulheres ou mesmo ter impacto na mortalidade das mesmas.

4.4. QUALIDADE DE VIDA E CÂNCER DE MAMA

É importante salientar que os médicos escolhem a alternativa terapêutica que melhor concilie o benefício do tratamento com os prejuízos causados pela sua administração às pacientes, de forma a tentar garantir a qualidade de vida das mesmas. O conceito de qualidade de vida é bastante amplo e varia de acordo com o ponto de vista de cada autor. A qualidade de vida é avaliada pela própria pessoa e é afetada quando o funcionamento de um ou mais aspectos é prejudicado, como o social, psicológico, emocional, físico e espiritual (CONDE *et al.*, 2006; MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006; SALES *et al.*, 2001). “A maioria das pacientes que avalia a qualidade de vida social positivamente é devido ao apoio social e familiar, assim como dos profissionais de saúde” (SALES *et al.*, 2001).

Em um estudo realizado com o objetivo de verificar a avaliação que as mulheres tinham da sua qualidade de vida no aspecto social, após o tratamento de câncer de mama,

evidenciou-se a necessidade de intervenção dos profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro, a fim de contribuir para a melhor qualidade de vida delas. A pesquisa foi baseada em entrevistas com mulheres tratadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), na cidade de Uberaba. Os principais dados são citados a seguir (SALES *et al.*, 2001):

As mulheres avaliaram sua qualidade de vida após o tratamento: 82% a consideraram boa ou ótima, atribuindo principalmente à saúde pessoal (26%), fé em Deus (8%), bom relacionamento familiar e social (16%), mais valor à vida (8%), entre outros. As demais (18%) avaliaram sua qualidade de vida como ruim ou regular, ao que elas atribuíram o medo de recidiva (8%), limitação das atividades (6%), idade (4%), problemas financeiros (4%), entre outros.

Apesar da diminuição da qualidade de vida ser constatada, na maioria das vezes após o tratamento, a mudança comportamental da mulher é evidente já perante a notícia de diagnóstico positivo para câncer de mama. Isto ocorre como uma consequência dos medos e sentimentos ruins que se passam pela cabeça da mulher no momento em que se dá conta da gravidade que essa doença pode alcançar. Pois, através da divulgação em programas de televisão e leituras cotidianas de jornais e revistas, as mulheres já obtêm informações, às vezes mais dramáticas (BERGAMASCO; ANGELO, 2001; CONDE *et al.*, 2006; MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006; SALES *et al.*, 2001).

Portanto, nota-se que há maior probabilidade da qualidade de vida da mulher piorar quando já existe algum problema emocional ou físico prévio. Vários sentimentos coexistem na mulher que teve um câncer de mama diagnosticado, como a raiva de si mesma por ter “permitido” o acometimento da doença e raiva dos profissionais que são os portadores do diagnóstico e das intervenções. A tristeza que pode levar à depressão, a sensação de solidão e abandono são também de extrema importância e requerem a atenção especial de um profissional especializado, como psicólogos e psiquiatras. Mas, os profissionais da ESF, em específico o enfermeiro, deve observar e verificar a necessidade de acompanhar ou encaminhar a paciente para um tratamento psicológico e/ou psiquiátrico (BERGAMASCO; ANGELO, 2001; CONDE *et al.*, 2006; GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002; MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006; SALES *et al.*, 2001; VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007). Ainda, Vieira; Lopes e Shimo (2007, p.314) colocam:

Parte dessa alteração comportamental observada nas mulheres em questão é proveniente da expectativa de tratamento, o medo e o receio de que a alternativa mais apropriada para o seu caso seja a mastectomia, aflige as mulheres, já que existe um sentimento de perda total da feminilidade individual simbolizada pelos seios femininos, assim como a maternidade e a sensualidade da mulher. Com a possível retirada de uma ou ambas as mamas, as questões da modificação do comportamento

se agravam, porque há uma confrontação real no lugar do que antes era somente simbólico.

A tendência de algumas mulheres é se isolar das pessoas à sua volta, muitas vezes nem contando qual é a sua doença e as suas dificuldades. Esse medo de compartilhar a doença acaba gerando mais sofrimento para si mesma e para seus familiares e amigos que não conseguem dar o apoio social necessário a melhor recuperação e qualidade de vida. Prejudica de forma considerável a relação da mulher com o cônjuge, os filhos e com os amigos. Porém, outras mulheres buscam forças para o enfrentamento da doença no apoio e suporte dos familiares e pessoas que estejam próximo a elas. É certo que os relacionamentos sociais e familiares antes da doença devem influenciar na relação que se estabelece após o diagnóstico, mas também o fato da mulher ter uma religião ou crença que a suporta parece ajudar na melhor avaliação da qualidade de vida, assim como o apoio profissional de uma equipe multidisciplinar da saúde treinada e capacitada para a tarefa (BERGAMASCO; ANGELO, 2001; CONDE *et al.*, 2006; GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002; MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006; SALES *et al.*, 2001; VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007). Para Conde *et al.* (2006, p.65):

O câncer de mama determina mobilização no contexto familiar, objetivando proporcionar suporte emocional adequado à mulher. Assim, é possível que fique sob a responsabilidade do cônjuge prover a maior parte do suporte emocional de que a mulher necessita para uma atitude positiva em face do diagnóstico e do tratamento antineoplásico. Porém, o câncer de mama associa-se a estresse psicológico não apenas na mulher, mas também em seu parceiro e familiares acompanhantes da situação.

De acordo com o conceito de qualidade de vida, a mudança na sexualidade da mulher portadora de câncer de mama, influencia negativamente suas condições psicológicas e físicas. Esta mudança pode ocorrer devido à baixa auto-estima ou a uma auto-imagem prejudicada da mulher pela retirada total ou parcial da mama, resultando em diminuição ou falta de libido (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

A saúde é considerada como um direito fundamental de todo ser humano, e este direito deve estar intimamente relacionado com a qualidade de vida de um indivíduo. E a saúde deve ser vista em sua amplitude: desde as boas condições e relações sociais, equilíbrio emocional, prática da espiritualidade até o bom funcionamento físico. Assim, para Vieira *et al.* (2007, p.313):

O tratamento do câncer de mama feminino precisa ser encarado de forma positiva. É preciso que as representações envolvidas no câncer sejam reformuladas, de forma que ao se defrontar com a doença, a mulher consiga compreender que existem tratamentos eficazes para isto, e que pode ter a sua qualidade de vida de forma satisfatória.

5 CONCLUSÃO

De acordo com a literatura apresentada, verifica-se como é importante o enfoque da prevenção primária na ESF em relação a educar as mulheres para a realização de exames periódicos que permitam o diagnóstico precoce do câncer de mama, doença esta responsável pela morte de inúmeras mulheres brasileiras que deixaram a saúde ginecológica de escanteio. Da mesma forma, a prevenção secundária também deve ser enfatizada, pois após a detecção precoce do câncer de mama, tem o objetivo de iniciar o tratamento o quanto antes e evitar que haja infiltração de células cancerígenas nos tecidos saudáveis.

A educação em saúde é uma maneira de se realizar a prevenção primária, cujas ações são voltadas para divulgar de forma concisa os principais fatores de risco para o câncer, sendo que a mulher pode tentar controlar alguns desses fatores e outros não. Estes fatores que são controláveis geralmente se relacionam com a adoção de um estilo de vida saudável. É claro que não se consegue garantir que hábitos saudáveis de vida evitarão o câncer ou qualquer outra doença, com certeza. Mas, é única maneira possível de se tentar a prevenção ou mesmo o adiamento da doença. Da mesma forma, nem todas as pessoas que apresentam os fatores de risco serão vítimas certas da doença, já que o câncer é uma doença multicausal.

A mulher acometida pelo câncer de mama passa por várias fases, sendo a primeira a suspeita seguida pelo diagnóstico realizado com responsabilidade e conhecimento científico. Nessa etapa a paciente apresenta confusão de sentimentos: revolta, tristeza, dor, raiva, rancor e ódio. A etapa do tratamento exige orientações constantes e devem ser fornecidas pelo profissional de enfermagem quanto por todos os membros da equipe que se considerarem aptos. No tratamento, a possibilidade de realizar mastectomia ou mesmo a quadrantectomia é impactante para a mulher, pois o símbolo de maternidade, feminilidade e sensualidade está em risco, a auto-estima tende a baixar, e algumas vezes os relacionamentos social e família podem ser prejudicados. A equipe de saúde da família pode achar importante encaminhar ou pedir apoio à equipe de saúde mental do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, para auxiliar na recuperação da mulher. E após o sucesso do tratamento, a mulher recupera sua alegria e vontade de viver gradativamente com o passar do tempo. Neste contexto, a equipe multidisciplinar é fundamental para atender a todas as necessidades dessas pacientes e levá-las a uma boa qualidade de vida.

A Estratégia Saúde da Família deve realizar tanto a prevenção como o acompanhamento das pacientes durante e após o tratamento, e tem uma estrutura adequada

para tal. O enfermeiro geralmente organiza o acompanhamento dos pacientes que devem ser atendidos por ele, pelo médico e visitados pelos agentes. Devido à proximidade com a população, os profissionais da ESF têm maior intimidade com os pacientes e seus familiares, o que facilita de forma considerável a comunicação entre eles.

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família foi fundamental para melhora da atuação do profissional e status do enfermeiro na ESF. O curso e o trabalho de conclusão de curso foram importantes para que a autora almeje realizar mais pela população adscrita ao território da ESF, assim como outros cursos, para ampliar ainda mais o leque de conhecimentos na área. Todos os módulos ministrados durante o curso foram de grande relevância para a construção de um processo de trabalho, a teoria transformada em prática profissional. O início foi ampliar o conhecimento e planejar ações para a detecção precoce do câncer de mama, diagnóstico, tratamento e recuperação da paciente, que podem e devem ser realizadas pelos profissionais da ESF, em especial o enfermeiro.

REFERÊNCIAS

ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 113-135, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/revisao.pdf>. Acesso em: 20 set. 2009.

AGUILLAR, V.L.N.; BAUAB, S. P. Rastreamento mamográfico para detecção precoce do câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 13, n. 2, p. 82-89, 2003. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/downloads/revista/rbm2003-02_rastreamento.pdf>. Acesso em: 21 set. 2009.

ALMEIDA, A. M. et al. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, set. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000500010&tlng=en&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 set. 2009.

ALMEIDA, V.L. et al. Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que interagem com o DNA: uma introdução. **Revista Química Nova**, v. 28, n. 1, p. 118-129, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/qn/v28n1/23048.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2009.

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 9, ago. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832001000200012&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 17 set. 2009.

ALVARENGA, M. et al. Contribuição do patologista cirúrgico para o diagnóstico das síndromes do câncer hereditário e avaliação dos tratamentos cirúrgicos profiláticos. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 167-177, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpm/v39n2/16363.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2009.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v11n3/v11n3a09.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2009.

AMENDOLA, L. C. B; VIEIRA, R. A contribuição dos genes BRCA na predisposição hereditária ao câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 5, p. 325-330, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao3.pdf>. Acesso em: 12 set. 2009.

ANDRADE, C. R. et al. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, mar./abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2005000200004&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 19 set. 2009.

ARRUDA, G. A. C. F. **O câncer de mama no alvo da moda: análise da campanha publicitária do IBCC.** 2006. Dissertação (Mestrado em Comunicação, Educação e Estudo de Linguagens) - Faculdade de Comunicação, Educação e Turismo, Universidade de Marília, Marília. Disponível em:

<<http://www.unimar.br/pos/trabalhos/arquivos/f2ea2685c38fe66a6d51f112ca20ac6d.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2009.

BARBOSA, M. A. R. S.; TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Consulta de enfermagem - um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, abr./jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200010&tlng=en&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2009.

BERGAMASCO, R. B.; ÂNGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 277-288, 2001. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/pdf/artigo4.pdf>. Acesso em: 17 set. 2009.

BERGMANN, A. **Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro.** 2000. Dissertação (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://portaldesic.iciet.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000047&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2009.

BERGMANN, A.; MATTOS, I.E.; KOIFMAN, R.J. Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 4, p. 311-320, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v04/pdf/artigo4.pdf>. Acesso em: 10 set. 2009.

BORBA, A. A. et al. Frequência de realização e acurácia do auto-exame das mamas na detecção de nódulos em mulheres submetidas à mamografia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, jan./fev. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72031998000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONASS – Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Política nacional de atenção oncológica.** Brasília, nov. 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf>. Acesso em: 18 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Ações de prevenção primária e secundária para o controle do câncer.** Cap. 5. Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap5.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Políticas públicas de saúde.** Cap.3. Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap3.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** (Documento para discussão). Brasília, 2002. 42p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf>. Acesso em: 16 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. **Atenção básica e a saúde da família**. Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 13 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Câncer de mama**. 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336>. Acesso em: 14 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Controle do câncer de mama - Documento de Consenso**. Brasília, 2004a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2009.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232000000100014&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 set. 2009.

CAMARGO, M.C.; MARX, A. G. **Reabilitação física no câncer de mama**. São Paulo: Roca, 2000.

CAMARGO, E.F.F. et al. **O Papel do enfermeiro frente à prevenção do câncer de colo uterino na saúde coletiva**. 2007. Tese Conclusão de Curso – Centro Universitário Campos de Andrade, Escola de Enfermagem, UNIANDRADE, Curitiba, 2007. Disponível em: <http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revisata_enfermagem/oitavo_b_noite/artigo13.pdf>. Acesso em: 21 set. 2009.

CAMARGO, T. C.; SOUZA, I. E. O. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, set./out. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200010&tlng=en&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 set. 2009.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2009.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, abr. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101997000200016&script=sci_arttext&tlng=e>. Acesso em: 21 set. 2009.

CANTINELLI, F. S. et al. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 set. 2009.

CARREÑO, M. S. R.; PEIXOTO, S.; GIGLIO, A. Reposição hormonal e câncer de mama. **Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, ano. III, n. 7, jul./ago./set. 1999. Disponível em: <<http://www.rsb-cancer.com.br/rsbc/7artigo3.asp>>. Acesso em: 18 set. 2009.

COLLET, N.; ROZENDO, C. A. Humanização e trabalho na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 189-192, mar./abr. 2003. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 17 set. 2009.

CONDE, D. M. et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbgo/v28n3/30847.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2009.

DAVIM, R. M. B. et al. Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, jan./fev. 2003. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2009.

DIAS-DA-COSTA, J.S. et al. Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, jul. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000700011&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 set. 2009.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 18, n. 1, jan./abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2003000100017&script=sci_arttext&tlng=in>. Acesso em: 19 set. 2009.

EISENBERG, A. L. A.; KOIFMAN, S. Câncer de mama: marcadores tumorais. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 4, p. 377-388, out./nov./dez. 2001. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v04/pdf/artigo1.pdf>. Acesso em: 19 set. 2009.

FERNANDES, A. F. C.; MAMEDE, M. V. O surgimento do câncer de mama na visão de um grupo de mulheres mastectomizadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 01, p. 35-40, jan./mar. 2004. Disponível em: <<http://www.textoecontexto.ufsc.br/include/getdoc.php?id=257&article=164&mode=pdf>>. Acesso em: 20 set. 2009.

FERREIRA, P. C. A. *et al.* Educação e Assistência Fisioterapêutica às Pacientes Pós-cirurgia do Câncer de Mama. *In: ANAIS DO 8º ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UFMG*, 8., 2005. Belo Horizonte. **Anais do 8º encontro de extensão da UFMG**. Belo Horizonte: UFMG, 2005. Disponível em: <http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saude_21.pdf>. Acesso em: 18 set. 2009.

FIRMINO, F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. **Revista**

Brasileira de Cancerologia, v. 51, n. 4, p. 347-359, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao6.pdf>. Acesso em: 20 set. 2009.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, set./out. 2002. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000500010&script=sci_arttext&tlng=>>. Acesso em: 11 set. 2009.

GAZZINELLI, M. F. *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2005000100022&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 set. 2009.

GERUDE, M. Nutrição e câncer. *In*: AUGUSTO, A. L. P. et al. **Terapia nutricional**. São Paulo: Atheneu, 1999. cap. 34, p. 270-282.

GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 37, n. 2, mar./abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-39842004000200006&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 14 set. 2009.

GOMES, F. A. *et al.* Utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 392-395, set./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v11n3/v11n3a09.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2009.

GOMES, R.; SKABA, M. M. V. F.; VIEIRA, R. J. S. V. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan./fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2002000100020&script=sci_arttext&tlng=>>. Acesso em: 20 set. 2009.

GONÇALVES, S. M. C. M.; DIAS, M. R.. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 4, n. 1, p. 141-159, jan./jun. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v4n1/a08v04n1.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2009.

GRANJA, C. F. **O impacto físico-funcional do câncer de mama em mulheres submetidas a tratamento cirúrgico: uma abordagem fisioterapêutica**. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação Fisioterapia) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel. Disponível em: <<http://www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2004-2/pdf/cristiane.PDF>>. Acesso em: 10 set. 2009.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 227-234, jul./set. 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf>. Acesso em: 17 set. 2009.

GUTIÉRREZ, M. G. R. *et al.* Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, jul./set.

2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000300002&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 17 set. 2009.

HEGG, Roberto. Câncer de mama. **Revista Brasileira de Medicina: Revista de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia**, v. 4, n. 4, p. 153-163, out. 1998.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out./dez. 1994. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X1994000400008&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 14 set. 2009.

LIMA, M. G. *et al.* Fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas Teréna de área rural, Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, nov./dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000600039>. Acesso em: 20 set. 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, jul. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000700018&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 12 set. 2009.

LINARD, A. G.; AMORIM, F. C.; MACHADO, F. A. S. Detecção precoce do câncer de mama na cidade de Crato-CE. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 3-9, 2003. Disponível em: <http://www.unifor.br/hp/revista_saude/v16/artigo1.pdf>. Acesso em: 21 set. 2009.

LOPES, R. A. M.; MACEDO, D. D.; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma unidade de internação de oncologia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, out. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000400005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2009.

MAIESKI, V. M.; SARQUIS, L. M. M. Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influência sobre o trabalho. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 346-352, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewPDFInterstitial/10031/6890>>. Acesso em: 18 set. 2009.

MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C.; BARRA, A. A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 49-58, jan./fev./mar. 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao2.pdf>. Acesso em: 19 set. 2009.

MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, A. M.; PANOBIANCO, M. S. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, jan./fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a04.pdf>. Acesso em: 20 set. 2009.

MARINHO, L. A. B. *et al.* Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, out. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0034-89102003000500005&tlng=en&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000500005&tlng=en&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 set. 2009.

MARTINS, E. *et al.* Evolução temporal dos estádios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional no Brasil central. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, maio. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 set. 2009.

MELLO, D. A. Reflexões sobre promoção à saúde no contexto do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, out./dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n4/3620.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2009.

MOLINA, L.; DALBEN, I.; DE LUCA, L. A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 2, abr./jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000200039&tlng=en&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2009.

MONTEIRO, A. P. S. *et al.* Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 set. 2009.

NUNES, A. M. P. V. L. **Ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama submetida à mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante**. 2008. Dissertação (Mestrado em Oncologia) - Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade do Porto, Abel Salazar, Porto.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, mar./abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2009.

ORFÃO, A.; GOUVEIA, C. Apontamentos de anatomia e fisiologia da lactação. **Revista Portuguesa Clínica Geral**, v. 25, p. 347-354, 2009.

ORIÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 292-297, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/808/922>>. Acesso em: 16 set. 2009.

PAIVA, C. E. *et al.* Fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 2, p. 231-237, abr./ maio/ jun. 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v_02/pdf/artigo3.pdf>. Acesso em: 21 set. 2009.

PAULINELLI, R. R. *et al.* Estudo prospectivo das características sonográficas no diagnóstico de nódulos sólidos da mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032002000300008&script=sci_arttext&tlng=in>. Acesso em: 18 set. 2009.

PAULINELLI, R. R.; MOREIRA, M. A. R., FREITAS-JÚNIOR, R. Ultra-sonografia no diagnóstico do câncer de mama: realidade atual e possibilidades para o futuro. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 13, n. 4, p. 168-174, 2003. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/downloads/revista/rbm2003-04_ultra.pdf>. Acesso em: 21 set. 2009.

PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. M. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **Revista Mundo Saúde**, v. 24, n. 1, p. 39-44, jan./fev. 2000. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 17 set. 2009.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Cancro de mama**. 2005. Disponível em: <<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/cancro/can+cro+mama.htm>>. Acesso em: 11 set. 2009.

QUINTANA, A. M. *et al.* Negação e estigma em pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 45, n. 4, out./nov./dez. 1999. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_45/v04/artigo5.html>. Acesso em: 15 set. 2009.

RÉGIS, M. F. S.; SIMÕES, S. M. F. Diagnóstico de câncer de mama: Sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 01, p. 81-86, 2005. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/851/1029>>. Acesso em: 19 set. 2009.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, jul./ago. 2004. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000400012&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 set. 2009.

RIZZOTTO, M. L. F. As Políticas de Saúde e a Humanização da Assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 196-199, mar./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 19 set. 2009.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P.. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000600014&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2009.

ROSSIT, A.; FROES, N. C.. Suscetibilidade, biometabolismo e câncer. **Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, ano. III, n. 10, abr./maio/jun. 2000. Disponível em: <<http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/num10.asp>>. Acesso em: 19 set. 2009.

SALES, C. A. C. C. *et al.* Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 263-272,

jul./ago./set. 2001. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/artigo2.html>. Acesso em: 13 set. 2009.

SALLES, M.A. *et al.* Carcinoma ductal *in situ* da mama: critérios para diagnóstico e abordagem em hospitais públicos de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006001200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=ptt>. Acesso em: 21 set. 2009.

SALLES, M. A. *et al.* Variação interobservador no diagnóstico histopatológico do carcinoma ductal *in situ* da mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, jan. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006001200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=ptt>. Acesso em: 16 set. 2009.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, nov./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2004000600005&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 20 set. 2009.

SCHNEIDER, J. *et al.* Molecular subgroups of small (pT1) Breast carcinomas belonging exclusively to the ductal infiltrating variety. **Cancer Genomics & Proteomics**. Madrid, n. 4, p. 399-402, 2007. Disponível em: <<http://www.cgp-journal.com/2007%20issue%206/PDF/Molecular%20Subgroups.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2009.

SCLOWITZ, M. L. *et al.* Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24786.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2009.

SILVA, B. *et al.* Conhecimento e realização do auto-exame de mamas em pacientes atendidas em Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 39-43, 2008. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/564.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2009.

SILVA, M. G. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal - a percepção do cliente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, jan. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2009.

SILVA, R. M. *et al.* Auto-exame das mamas em mulheres jovens e a relação com o autocuidado. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 9-13, jan./jun. 2000. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 21 set. 2009.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2004000600005&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 20 set. 2009.

SIMONTON, O. C.; SIMONTON, S.M. ; CREIGHTON, J.L. **Com a vida de novo**: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer. São Paulo: Summus, 1987. 238p.

SIQUEIRA, F. M. P.; REZENDE, C. A. L.; BARRA, A. A. Correlação entre o exame clínico, a mamografia e a ultra-sonografia com o exame anatomopatológico na determinação do tamanho tumoral no câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032008005000005&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 set. 2009.

SOUZA, R. M. de *et al.* História familiar em segundo grau como fator de risco para câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v20n8/a07v20n8.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 726p.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 4, p. 227-238, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/revisao1.pdf>. Acesso em: 17 set. 2009.

THULER, L. C. S.; MENDONÇA, G. A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo mulheres brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 656-660, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n11/28706.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2009.

TOSELLO, C. Câncer de mama: Situação atual e perspectivas. **Revista Prática Hospitalar**, ano. IX, n. 51, p. 101-104, maio/jun. 2007. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2051/pdfs/mat%2015.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2009.

VIANA, A. L. A.; POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 0, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312005000300011&script=sci_arttext&tlng=ES>. Acesso em: 21 set. 2009.

VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista de Escola da Enfermagem da USP**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 311-316, 2007. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/719.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2009.

WAITZBERG, A. F. L.; BRENTANI, M. M. Nutrição e câncer de mama. *In*: WAITZBERG, D. L. **Dieta, nutrição e câncer**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 25, p. 224-230.

WÜNSCH FILHO, V.; MONCAU; J. E. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 3, jul./set. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000300040&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 set. 2009.