



Faculdade Integrado INESUL
Instituto de Ensino Superior de Londrina
Credenciado pela Portaria do MEC nº **2742**, de **12/12/01**

DANILE FRANCO DA LUZ
TAIS ROCHA

CÂNCER DE MAMA:
ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO
CÂNCER DE MAMA EM MULHERES

Londrina
2015

INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DE LONDRINA

**DANILE FRANCO DA LUZ
TAIS ROCHA**

**CÂNCER DE MAMA:
ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO
CANCER DE MAMA EM MULHERES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL, como parte dos requisitos para obtenção do grau em Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Cristhiane Ferreira Gonçalves.

**Londrina
2015**

DANILE FRANCO DA LUZ
TAIS ROCHA

CÂNCER DE MAMA:
ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CANCER DE
MAMA EM MULHERES

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto de Ensino Superior
de Londrina – INESUL, como parte dos
requisitos para obtenção do grau em
Bacharel em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Cristhiane Ferreira Gonçalves
Instituto de Ensino Superior de Londrina –
INESUL

Profª Rafaela Sterza Silva
Instituto de Ensino Superior de Londrina –
INESUL

Profª Ednalva de Oliveira Miranda Guizi
Instituto de Ensino Superior de Londrina –
INESUL

Londrina, ____ de ____ de ____.

À memória de minha mãe, que sempre esteve presente na minha vida e foi o incentivo para fazer este tema e que ainda mata muitas mulheres no mundo inteiro e inclusive a minha mãe...

Danile

Dedico o meu TCC para todos aqueles que fizeram do meu sonho real, me proporcionando forças para que eu não desistisse de ir atrás do que eu buscava para minha vida. Muitos obstáculos foram impostos para mim durante esses últimos anos, mas graças a vocês eu não fraquejei. Obrigado por tudo família, professores, amigos e colegas.

Tais

AGRADECIMENTOS

À nossa orientadora Prof^a Cristhiane Ferreira Gonçalves que nos foi de grande importância para a conclusão deste estudo, contribuindo com seu conhecimento e competência profissional.

Em especial, às mulheres entrevistadas, que foram peça principal do nosso estudo, compartilhando conosco suas experiências.

Agradecemos os nossos familiares e amigos de faculdade que estivemos juntos durante o curso.

LUZ, Danile Franco; ROCHA, Tais. **Câncer de mama**: orientação de enfermagem na prevenção do cancer de mama em mulheres. 2015. 81 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Integrado INESUL, Londrina, 2015.

RESUMO

O câncer define-se como um tecido celular, cujo mecanismo de controle do crescimento normal está alterado, dando lugar ao seu crescimento permanente. Inicia-se quando uma célula se torna anormal devido à transformação por mutações genéticas e se prolifera de uma forma anormal, invadindo tecidos circunvizinhos e vasos linfáticos e sanguíneos, através dos quais podem ser transportadas para outras áreas do corpo formando metástases, que por sua vez denomina-se câncer maligno. é uma doença que traz muitas alterações tanto físicas como psicológicas, causando transtornos para a vida desses pacientes. A enfermagem deve identificar e monitorar os efeitos colaterais dos tratamentos e complicações decorrentes da própria doença, desenvolver ações educativas de promoção, prevenção e tratamento e estar em alerta quanto às intervenções específicas realizadas no paciente. O presente estudo objetivou avaliar por meio de questionário aspectos relacionados ao conhecimento de 36 funcionárias de um hospital secundário privado na cidade de Rolândia, situada na região norte do Paraná em relação ao câncer de mama. O autocuidado e a prevenção referente ao câncer de mama não encontra-se difundido na população estudada embora muitas das respondentes sejam da área de saúde. Infere-se nesse a necessidade de esforço por parte do enfermeiro em trabalhar unindo teoria e prática, alinhando junta a percepção dos aspectos etiológicos, clínicos e patológicos, como meio de difundir, informar, atuar e ensinar sobre o câncer de mama, importância do autoexame e de medidas que possam prevenir ou até mesmo diagnosticar a existência precoce dessa enfermidade.

Palavras-chave: Câncer de mama. Conhecimento. Prevenção. Autoexame de mama. Preventivo. Enfermagem.

LUZ, Danile Franco; ROCHA, Tais. **Breast cancer**: nursing orientation in preventing breast cancer in women. 2015. 81 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Integrado INESUL, Londrina, 2015.

ABSTRACT

Cancer is defined as a tissue whose normal growth control mechanism is changed, giving rise to its permanent growth. It begins when a cell becomes abnormal due to the transformation by genetic mutations and proliferates in an abnormal manner, invading adjacent tissues and blood vessels and lymphatics, through which they can be transported to other areas of the body forming metastases, which in turn called a malignant cancer. is a disease that brings many changes both physical and psychological, causing inconvenience to the life of these patients. Nursing must identify and monitor the side effects of treatments and complications from the disease itself, develop educational actions of promotion, prevention and treatment and be alert as to the specific interventions in the patient. This study evaluated through a questionnaire aspects related to knowledge of 36 employees of a private secondary hospital in Rolândia, located in the northern region of Paraná in relation to breast cancer. Self-care and prevention related to breast cancer is not diffused in the study population although many of the respondents are healthcare. It is inferred that the need for effort on the part of nurses working in uniting theory and practice, aligning joins the perception of etiological, clinical and pathological aspects as a means of spreading, inform, act and teach about breast cancer, importance of self-examination and measures that can prevent or even diagnose the early existence of this disease.

Key-words: Breast cancer. Knowledge. Prevention. Self-breast exam. Preventive. Nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Quanto ao período de realização da pesquisa.....	40
Gráfico 2 – Profissional da saúde.....	41
Gráfico 3 – Quando vai ao ginecologista é realizado o exame clínico de mamas? ..	49
Gráfico 4 - Com que frequência você faz o autoexame de mamas	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Legislação referente ao controle de câncer de mama	16
Quadro 2 – Idade dos respondentes	41
Quadro 3 – Profissão.....	42
Quadro 4 - Escolaridade.....	43
Quadro 5 – Renda familiar mensal	43
Quadro 6 – Periodicidade de realização do exame preventivo.....	44
Quadro 7 - Você sabe fazer o autoexame de mamas	46
Quadro 8 – Aprendizagem do autoexame	47

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	Objeto Geral	14
2.2	Objetivos Específicos.....	14
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
3.1	Câncer.....	15
3.2	Câncer de Mama	18
3.3	Tipos de Câncer de Mama.....	19
3.3.1	Carcinoma ductal invasivo.....	20
3.3.2	Carcinoma lobular invasivo	20
3.3.3	Carcinoma ductal in situ – CDIS.....	20
3.3.4	Carcinoma lobular in situ- CLIS.....	21
3.3.5	Câncer de mama inflamatório.....	21
3.3.6	Doença de Paget.....	22
3.3.7	Câncer de mama recidivado ou metastático	22
3.4	Estadiamento do Câncer de Mama.....	22
3.5	Estadiamento Patológico	23
3.6	Diagnóstico	24
3.7	Tratamento	27
4	METODOLOGIA.....	34
4.1	Tipo de Estudo	34
4.2	Contexto de Realização do Estudo	34
4.3	Sujeitos da Pesquisa	34
4.4	Instrumento de Coleta das Informações.....	37
4.5	Aspectos Éticos	38
4.6	Análise das Informações.....	39
5	RESULTADOS APREENDIDOS	40
5.1	Autoexame.....	45

5.2	Exame Clínico Realizado pelo Profissional Médico.....	48
5.3	Mamografia.....	51
6	CONCLUSÃO.....	54
	REFERÊNCIAS.....	57
	APÊNDICES.....	66
	APÊNDICE A – Questionário.....	67
	APÊNDICE B – Termo De Consentimento Livre E Esclarecido - TCLE.....	68
	APÊNDICE C - Artigo.....	69

1 INTRODUÇÃO

O câncer dá-se por alteração irregular de tecido celular, uma vez que o controle do crescimento se altera e se torna permanente. De modo geral inicia-se quando uma célula se torna anormal dado às mutações genéticas se proliferando com anormalidade, invadindo tecidos circunvizinhos e vasos linfáticos e sanguíneos, podendo ser transportadas para outras áreas do corpo formando metástases, que por sua vez denomina-se câncer maligno. (SMELTZ; BARE, 2002). Essa doença provoca grande impacto psicológico, e representa em muitas ocasiões uma caminhada dolorosa e progressiva podendo levar a mutilação e a morte.

As alterações a quem passa pela experiência de ser portador de câncer podem ser físicas e também psicológicas, causando transtornos para a vida dos mesmos. (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005).

Ramos et al. (2012) alertam que mulheres com diagnóstico de câncer de mama sofrem conflitos como medo, ansiedade, angústia, constrangimentos entre outros. Os sentimentos como pesar, raiva e medo, e os impactos decorrentes do tratamento se tornam uma experiência amedrontadora, a associação do diagnóstico com a morte, o medo da desfiguração e da mutilação e a perda da autoestima são muitas vezes percebidos, e interferem diretamente na resposta do organismo ao tratamento do câncer de mama.

A descoberta da doença pode alterar o estado emocional do indivíduo, gerar depressão, melancolia, solidão, retraimento, desesperança, revolta, ideias suicidas, entre outros, vindo a dificultar o enfrentamento da doença e a qualidade e eficácia do tratamento. (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005).

No câncer de mama a idade é um fator de risco muito importante e a incidência dessa enfermidade é maior até os 50 anos de idade. Após essa faixa etária a elevação se dá mais lentamente. (BATISTON et al., 2011). Mesmo que a etiologia do câncer de mama não esteja definida na sua totalidade a área científica tem discutido sobre os fatores associados que podem ocasionar um maior risco de desenvolvimento da doença.

Pacientes com suspeita de câncer passam por uma série de testes diagnósticos, variando de acordo com o tipo. Assim, os objetivos dos tratamentos possíveis podem incluir a erradicação completa da doença maligna, sobrevida prolongada e contenção do crescimento das células cancerosas, ou o alívio dos

sintomas associados ao processo canceroso, havendo casos onde são empregadas outras modalidades de tratamento, incluindo cirurgia, radioterapia e quimioterapia (SMELTZER; BARE, 2002). Segundo Melo e Souza (2012, p. 42):

O estágio em que a doença é identificada e quando o tratamento é iniciado irá interferir na opção pelas terapêuticas, mais ou menos agressivas, e nos resultados alcançados. A tentativa, para além do enfoque biológico, abrange a redução do comprometimento emocional e do custo econômico e social, na medida em que permite o uso de procedimentos mais conservadores e menos mutiladores, que se refletem nas atividades laborais destas mulheres e no ônus do seu custeio.

A assistência oncológica é complexa devido às diferentes abordagens que envolvem os diferentes aspectos da vida do ser humano, sendo eles: físico, emocional, social, econômico, cultural, espiritual e também aos mitos envolvidos na palavra câncer. (VAZ et al., 2002).

Dessa forma a enfermagem deve identificar e monitorar os efeitos colaterais dos tratamentos e complicações decorrentes da própria doença, desenvolver ações educativas de promoção, prevenção e tratamento e estar em alerta quanto às intervenções específicas realizadas no paciente, além disso, também deve permitir aos pacientes e familiares que verbalizem os seus sentimentos a fim de identificar as áreas potencialmente problemáticas, auxiliar os pacientes e familiares a conhecer fontes de ajuda, informações, busca de soluções dos problemas, permitirem tomadas de decisões sobre o tratamento proposto e levar a pessoa ao autocuidado dentro do possível. (SMELTZER; BARE, 2005).

É papel do enfermeiro, desfazer mitos e corrigir distorções a respeito do tratamento levando em conta a integridade e o nível de conhecimento do paciente e seus familiares. Dessa forma ele precisa de conhecimento específico na área e habilidade em comunicação, por isso a necessidade do enfermeiro estar sempre se aprimorando. (VAZ et al., 2002).

Cabe também ao profissional de enfermagem atentar-se as queixas do paciente e praticar a escuta ativa de modo a perceber qual nível de estresse que o mesmo se encontra. (VAZ et al., 2002).

Tais atividades estão dentro do contexto, entretanto, a proposta da pesquisa teve como eixo a importância do conhecimento sobre o auto cuidado e sobre o câncer de mama sendo ou não profissional de enfermagem.

A partir dessa contextualização delineamos a seguinte questão

norteadora: Avaliar aspectos relacionados ao conhecimento das mulheres sobre o autocuidado e sobre o câncer de mama sendo ou não profissionais de enfermagem dentro do serviço hospitalar.

2 OBJETIVOS

2.1 Objeto Geral

Esse estudo tem por objetivo geral avaliar aspectos relacionados ao conhecimento das mulheres dentro de um serviço hospitalar.

2.2 Objetivos Específicos

- Conceituar o câncer.
- Abordar sobre os tipos de câncer de mama.
- Verificar o conhecimento das mulheres sobre o auto cuidado e sobre o câncer de mama sendo ou não profissional de enfermagem dentro do serviço hospitalar.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Câncer

Por séculos, o câncer foi considerado uma enfermidade dos países desenvolvidos e com grandes recursos financeiros, a partir da década de 70 sua incidência foi aumentada mudando a situação, uma vez que a maioria dos portadores de câncer é observada em países em desenvolvimento, em especial, os de médio ou pouco recurso. Para a organização mundial da saúde, até o ano de 2030 estima-se que 27 milhões de casos da doença se incida, 17 milhões de mortes ocorra e 75 milhões de pessoas sejam dele portadoras, especialmente em países cuja renda é baixa ou média. (INCA, 2011).

Há uma predominância de cânceres em relação ao volume de recursos financeiros entre os países, nos com alto poder aquisitivo predomina o de pulmão, mama, próstata e cólon. Nos de baixo e médio, os de estômago, fígado, colo de útero e dos instalados na cavidade oral. (VIEIRA et al., 2012).

Não se pode criar padrões mais característicos de países ricos em relação aos demais, pois os padrões estão mudando rapidamente, sendo observado um aumento progressivo nos cânceres de pulmão, mama e cólon ou reto, que historicamente não eram e nem representavam grande importância e magnitude. (VIEIRA et al., 2012).

Ressalta-se que o câncer pode tornar um obstáculo de grande magnitude ao desenvolvimento sócio econômico em países emergentes como é o Brasil que a partir dos anos de 1960, as doenças tidas como principal causa de morte eram as infecciosas e parasitárias, foram substituídas pelas neoplasias e doenças do aparelho circulatório, tal progressão tem como fator principal o envelhecimento da população e um intenso processo de urbanização, juntamente com campanhas de promoção e recuperação da saúde. (INCA, 2011).

O Brasil possui uma organização pioneira que aborda a vigilância do câncer de forma nacional e integrada que é o Instituto Nacional do Câncer. O instituto a cada biênio divulga o produto contendo um conjunto de informações e análise sobre a situação real do Brasil em relação ao câncer e ressalta serem necessárias ações como educação em saúde em todos os níveis da sociedade,

promoção e prevenção a indivíduos e grupos em especial em ambientes escolares e de trabalho, estímulo a formulação de leis para monitorar a ocorrência de casos, entre outros. (INCA, 2011).

De acordo com Melo e Souza (2012) o câncer é visto atualmente como um problema de saúde pública, sendo que o câncer de mama já vem ocupando o segundo lugar entre os casos novos tanto a nível nacional quanto mundial. No Brasil o risco de ocorrência no ano de 2010 foi de 49 casos a cada 100 mil mulheres, mas esse índice tem aumentado a cada ano sendo também diagnosticado tardiamente em mais da metade dos casos. (MELO; SOUZA, 2012). Em função desse problema o governo brasileiro através de ações tem buscado formas de reverter a situação, a exemplo têm-se as legislações sobre o assunto conforme aprestadas no quadro a seguir.

Quadro 1 – Legislação referente ao controle de câncer de mama

LEGISLAÇÃO	FINALIDADE DO DOCUMENTO
Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014. (BRASIL, 2014).	Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.
Portaria nº 1253, de 12 de novembro de 2013. (BRASIL, 2013).	Altera atributos de procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.
Portaria nº 18, de 25 de julho de 2012. (BRASIL, 2012a).	Incorpora o medicamento trastuzumabe no Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento do câncer de mama localmente avançado.
Portaria nº 531, de 26 de março de 2012. (BRASIL, 2012b).	Institui o Programa Nacional de Qualidade da Mamografia.
Portaria nº 939, de 21 de dezembro de 2011. (BRASIL, 2011c).	Altera o nome do procedimento Exame anatomo-patológico para congelamento/parafina (excetocolo uterino e mama) - peça cirúrgica.
Portaria nº 2.012, de 23 de agosto de 2011. (BRASIL, 2011a).	Estabelece recursos adicionais para o fortalecimento das ações de rastreamento e diagnóstico precoce dos cânceres do colo uterino e de mama.
Portaria nº 558, de 24 de março de 2011. (BRASIL, 2011b).	Constitui o Comitê Técnico Assessor para acompanhamento da política de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo de útero e de mama.
Portaria nº 1.856, de 12 de julho de 2010. (BRASIL, 2010).	Altera a Portaria 1183 e prorroga em dezoito meses o financiamento dos exames de mamografia pelo FAEC

Portaria nº 1.183, de 3 de junho de 2009. (BRASIL, 2009a).	Altera o procedimento mamografia unilateral (02.04.03.003-0) e inclui o procedimento Mamografia Bilateral para Rastreamento (02.04.03.018-8), com financiamento pelo FAEC.
Portaria nº 215, de 25 de junho de 2009. (BRASIL, 2009b).	Prorroga o prazo para início da utilização exclusiva do SISMAMA para faturamento dos exames.
Portaria nº 779, de 31 de dezembro de 2008. (BRASIL, 2008b).	Em vigor desde junho de 2009, institui o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA).
Retificação Portaria MS/SAS nº 779, de 31 de dezembro de 2008. (BRASIL, 2008c).	Vincula o faturamento de procedimentos como mamografia bilateral e exame citopatológico, entre outros, à prestação de informações de cadastro e de laudo, descritas no manual gerencial do sistema.
Portaria nº 2918, de 13 de novembro de 2007. (BRASIL, 2007).	Exclui e altera procedimentos da tabela SIA/SUS e SIH/SUS relativos ao controle do câncer de colo do útero e de mama.

Fonte: Das autoras.

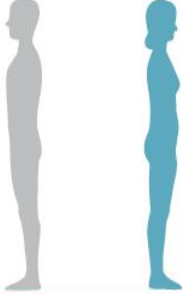
Dentre os fatores de risco para ocorrência do câncer de mama Renk et al. (2014) destaca o histórico familiar, uso de contraceptivo oral, menarca precoce e menopausa tardia, retardo demasiado para a primeira gravidez e também nuliparidade, não adesão a prática de amamentação natural, tratamento de reposição hormonal, exposições à radiação ionizante, hábitos não saudáveis de estilo de vida entre outros.

Estatísticas consideram que a nível mundial, no ano de 2012, houveram 14,1 milhões de casos novos de câncer, por consequência 8,2 milhões de óbitos, sendo os mais frequentes na população masculina, o de próstata, pulmão e cólon e reto, enquanto nas mulheres e o de mama, cólon e reto e pulmão. Países em desenvolvimento como no caso do Brasil, os mais frequentes foram na população masculina: pulmão, estômago e fígado, enquanto na feminina: mama, colo do útero e pulmão. (HÖFELMANN; ANJOS; AYALA, 2014).

Com base à estimativas para o ano de 2014-2015 a ocorrência de novos casos de câncer será de aproximadamente 576 mil, estando inclusos os de pele não melanoma, este último tem-se a previsão de 182 mil, resultado que o levará a posição de mas incidente na população brasileira, em seguida os de próstata com 69 mil, mama feminina 57.120 mil, cólon e reto 33 mil, pulmão 27 mil, estômago 20 mil e colo de útero 15 mil. Desta forma considera-se que o câncer hoje dentre os problemas de saúde pública no Brasil, é um agravante e necessita de abordagens

orientadas a fim de enfrentar tal problema, dentre as quais destaca-se: programas de ações para educação em saúde, prevenção orientada, tanto para indivíduos quanto em grupo; formulação de legislação específica para enfrentar os fatores de risco e ações em escolas e ambiente de trabalho. (HÖFELMANN; ANJOS; AYALA, 2014).

Figura 1 – Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2012 por sexo, exceto pele não melanoma*

Localização primária					Localização primária		
	casos novos	percentual				casos novos	percentual
			Homens	Mulheres	Mama Feminina	52.680	27,9%
Próstata	60.180	30,8%			Colo do Útero	17.540	9,3%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.210	8,8%		Colón e Reto	15.960	8,4%	
Cólon e Reto	14.180	7,3%		Glândula Tireoide	10.590	5,6%	
Estômago	12.670	6,5%		Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.110	5,3%	
Cavidade Oral	9.990	5,1%		Estômago	7.420	3,9%	
Esôfago	7.770	4,0%		Ovário	6.190	3,3%	
Bexiga	6.210	3,2%		Corpo do Útero	4.520	2,4%	
Laringe	6.110	3,1%		Linfoma não Hodgkin	4.450	2,4%	
Linfoma não Hodgkin	5.190	2,7%		Sistema Nervoso Central	4.450	2,4%	
Sistema Nervoso Central	4.820	2,5%					

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Fonte: INCA (2011).

3.2 Câncer de Mama

O câncer de mama em mais de 80% dos casos se origina no epitélio ductal, sendo minoria o do epitélio lobular. É um tipo de câncer mais comum em mulheres, tanto em países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos. As taxas de incidência é variável em relação à regiões do mundo, sendo que as maiores encontra-se na Europa ocidental e as menores na África central e Ásia oriental. Sabe-se que esse tipo de câncer apenas no ano de 2012, causou o óbito de 520 mil mulheres sendo então a maior causa de morte por câncer a nível mundial e a segunda causa de morte nos países desenvolvidos, ficando atrás apenas do câncer de pulmão. Já nos em desenvolvimento, o câncer de mama é o maior causador de morte. (INCA, 2014a).

Dentre os fatores de risco para o seu desenvolvimento, destaca-se: história familiar de câncer de mama, excesso de peso, consumo de álcool, fatores relacionados a vida reprodutiva da mulher, sedentarismo, exposição à radiação ionizante, alta densidade do tecido mamário, idade avançada para a primeira

gravidez, menarca precoce ou menopausa tardia, uso de contraceptivo oral, nuliparidade entre outros. (RENCK et al., 2014).

Na história familiar, o risco aumentado em até três vezes devido as alterações de alguns genes a exemplo BRCA1 e BRCA2. A prevenção dessa neoplasia em 30% dos casos se dá por alimentação saudável, prática de atividade física e manutenção de peso ideal, além da amamentação. (SILVA, 2013).

Mesmo considerado um câncer de bom prognóstico, quando diagnosticado e tratado a tempo, as taxas de mortalidade de brasileiras são elevadas, uma das causas prováveis é o diagnóstico da doença em estágios avançados. Países como a Inglaterra tem sobrevida de 95,8% em um ano, 85,1% em cinco anos, 77% em 10 anos e 64% em 20 anos. (INCA, 2014a).

Ronchi et al. (2014) alerta que no Brasil há uma alta incidência de câncer de mama nos estados da região sul. Atualmente no estado do Paraná tem percebido prevalência de 58,4% de câncer de mama em mulheres acima de 60 anos, havendo ainda uma estimativa de 10.370 novos casos a serem diagnosticados no ano de 2014 em mulheres da região sul do Brasil e ainda, os dados superiores as regiões Norte e Centro-Oeste.

3.3 Tipos de Câncer de Mama

A palavra câncer destina-se ao nome dado para o conjunto composto de mais de 100 tipos diferentes de doenças cuja característica é o crescimento desordenado de células anormais potencialmente invasivas. Origina-se através de condições multifatoriais cujos fatores causais podem agir tanto em conjunto quanto em sequencia, de modo a iniciar ou então promover a carcinogênese. O desenvolvimento desta doença passa por várias etapas ao longo de muitos anos, sendo que alguns podem ser evitados quando se elimina a exposição de fatores determinantes, caso o potencial de malignidade seja detectado anteriormente a formação de celular malignas (fase inicial da enfermidade) a condição para a cura mediante o tratamento é mais favorável. (INCA, 2014a).

A mama feminina são estruturas glandulares pares localizados na parede anterior e superior do tórax. Tais glândulas derivam das sudoríparas modificadas e se dividem em estruturas menores chamadas lóbulos e ductos mamários.

De acordo com Lucena, Silva Junior e Barra (2005) o processo de carcinogênese nas mamas é gradual e lento, tanto que pode levar vários anos para que a proliferação de células origine um tumor palpável. Nesse sentido, o processo apresenta os seguintes estágios, sendo eles:

- Iniciação: período de ação dos fatores cancerígenos nos genes;
- Promoção: etapa onde a célula alterada sofre atuação dos agentes oncopromotores;
- Progressão: fase em que ocorre a multiplicação descontrolada e irreversível das células.

3.3.1 Carcinoma ductal invasivo

Para Schaffer, Hoffman e Schorge (2014) esse é o tipo de câncer invasivo responde por aproximadamente 80% dos casos, sendo então o mais comum.

Origina-se nas células dos ductos mamários (responsáveis pela drenagem do leite durante a fase de amamentação) embora já tenha invadido células adjacentes aos ductos quando diagnosticado. Esse tipo de câncer é capaz de invadir outros tecidos, crescer localmente ou se espalhar pelas veias e vasos linfáticos.

3.3.2 Carcinoma lobular invasivo

Esse câncer de mama é o segundo tipo histológico mais frequente e segundo Katz, Teixeira e Saad (2007) tem-se percebido um aumento em sua incidência suas características difere-se do carcinoma ductal, sendo frequentemente de baixo grau e na grande maioria das vezes positivo para receptores de estrógeno. Ressalta-se que sua resposta à quimioterapia neo-adjuvante do carcinoma lobular invasivo tem sido verificada como mais baixa que a do carcinoma ductal invasivo.

3.3.3 Carcinoma ductal in situ – CDIS

Considerado como tipo mais comum de câncer de mama não invasivo. Nasce nas células dos ductos mamários e quando diagnosticado ainda não

chegou a invadir as células adjacentes aos ductos. Se extirpado quando ainda se encontra ainda no local (in situ) é incapaz tanto de invadir outros tecidos quanto de espalhar nas veias e/ou vasos linfáticos. Mas mesmo não sendo fatal, aumenta a potencialidade de evoluir e desenvolver uma forma invasiva de câncer que por decorrência pode provocar o óbito. (SCHAFFER, HOFFMAN; SCHORGE, 2014).

3.3.4 Carcinoma lobular in situ- CLIS

Caracteriza-se pela anormalidade de crescimento nas células dos lóbulos vindo a indicar a potencialidade de risco em desenvolver formas invasivas de câncer de mama.

Tido como indicativo de risco de câncer não é considerado como tal. Também conhecido como neoplasia lobular in situ. Mesmo assim, na maioria dos casos a enfermidade compromete diversos lóbulos. Essa ação é denominada multifocalidade.

O CLIS não invade outros tecidos, nem se espalha nas veias ou vasos linfáticos, não é fatal mas, indica uma grande possibilidade de que a mulher desenvolva uma forma invasiva de câncer.

De difícil visualização no exame mamográfico, seu diagnóstico na maioria das vezes dá-se antes da menopausa, e quando diagnosticado há possibilidade de ser discutido juntamente com o mastologista as opções de tratamento. (SALLES et al. 2007).

3.3.5 Câncer de mama inflamatório

Esse tipo de patologia é raro porém altamente agressivo. Apresenta vermelhidão e edema na pele da mama, aumento da temperatura local e na grande maioria dos casos não há registro de massa ou nódulo palpáveis. A paciente pode apresentar mamilo invertido, sendo frequente o aumento do tamanho dos gânglios na axila, geralmente se apresenta em mulheres mais jovens. (RAMALHO et al., 2007).

3.3.6 Doença de Paget

Enfermidade que apresenta com células cancerosas no mamilo, causando irritação local, descamação, prurido (coceira) e vermelhidão. Na maioria dos casos associa-se à presença de carcinoma ductal in situ ou também em uma outra forma invasiva de câncer em alguma região da mama. (SCHAFFER, HOFFMAN; SCHORGE, 2014).

3.3.7 Câncer de mama recidivado ou metastático

Como o próprio diz ele tem a potencialidade de invadir tecidos adjacentes e ainda disseminar-se aos vasos linfáticos e/ou venosos.

Nas cirurgias curativas há o risco de que fiquem células no local onde foi realizado a ressecção tumoral o que pode ocasionar uma posterior recidiva local.

Há também o risco de que a sobra de células malignas invadam os vasos linfáticos e/ou nas veias, possibilitando recidiva regional, a exemplo nos vasos linfáticos e gânglios da axila, a distância que nesses casos recebem o nome de metastática.

Nesses casos há um alto risco de que venham a se alojar em qualquer local do corpo ou até mesmo em mais de um local, sendo os órgãos mais acometidos os ossos, fígado, pulmões, gânglios e cérebro. (VIEIRA et al., 2012).

3.4 Estadiamento do Câncer de Mama

Esse processo descreve diversos aspectos do câncer a exemplo, sua localização, disseminação, se está ou não afetando outros órgãos do corpo da paciente. Permite que se conheça o estágio do câncer e também possibilita a definição de qual será o tratamento e ainda auxilia a prever o prognóstico do portador.

Considera-se o tamanho do tumor na mama, existência de comprometimento nos gânglios na axila e o número dos comprometidos, bem como, existência, ausência ou evidência de metástases ou doença à distância. Se utiliza de exame físico, radiológicos e se necessário, tomografia computadorizada, cintilografia

óssea e ressonância magnética das mamas.

Nos casos onde são considerados os achados pós-cirúrgicos (tamanho e número de linfonodos) que foram apontados pelo patologista no laudo tem-se em última instância o estadiamento cirúrgico, sendo um procedimento de inigualável importância uma vez que permite avaliar o prognóstico do paciente, todavia em diversas ocasiões se faz necessário a proposta de um tratamento baseado no estadiamento clínico objetivando a diminuição do tamanho do tumor antes de que se proceda o tratamento cirúrgico. (MACCHETTI, 2007).

3.5 Estadiamento Patológico

Esse tipo de estadiamento baseia-se em achados cirúrgicos e também no exame anátomo-patológico, se estabelece após o procedimento cirúrgico como meio de realizar com mais precisão a extensão da doença. Em alguns casos não coincide com o estadiamento clínico e também não pode ser aplicado em todos os casos. (BRASIL, 2015).

No tocante ao estágio do câncer temos a seguinte categoria:

- Estádio 0 – Tumor não invasivo (in *situ*);
- Estádio I – Tumor até 2cm, todavia, não há comprometimento de linfonodos;
- Estádio II A - Tumor de até 2 cm e com a apresentação de no máximo três linfonodos axilares, ou ainda, os de até 5cm mas que não tenham comprometido os linfonodos;
- Estádio II B - Tumor de até 5cm (com comprometimento de até 3 linfonodos) ou maior que 5cm, desde que não apresente comprometimento de linfonodos;
- Estádio III A - Tumor maior que 5cm onde há a presença de comprometimento de até 9 linfonodos.
- Estádio III B - Tumor que já tenha invadido a parede do tórax ou pele e que possua no máximo 9 linfonodos.
- Estádio III C – Nesses casos, o tumor já apresenta o comprometimento de 10 ou mais linfonodos independente do seu tamanho.
- Estádio IV - Doença metastática presente. (SOCIEDADE

BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2014).

Como meio de facilitar a localização das alterações observadas na mama frequentemente ela é dividida em quatro partes (quadrantes). Usam-se a analogia com as horas, ou seja, recorre-se aos ponteiros do relógio objetivando a identificação da localização do tumor. Tal divisão corresponde-se da seguinte maneira:

- QSE – quadrante superior externo
- QSI – quadrante superior interno
- QIE – quadrante inferior externo
- QII – quadrante inferior interno. (BONTRAGER; LAMPIGNANO, 2014).

Desse modo se o tumor está localizado na mama direita em 2 horas ele se encontra no quadrante QSI, caso esteja na mama esquerda em 7 horas encontra-se instalado no quadrante QII. (BONTRAGER; LAMPIGNANO, 2014).

3.6 Diagnóstico

Quanto mais cedo diagnosticado, mais potencial de cura e sobrevida é possível. A detecção precoce do câncer tende a seguir premissas cuja principal é a detecção de lesões pré-cancerígenas ou do câncer que se encontra localizado apenas no órgão de origem e sem ramificação de tecidos cancerígenos nos vizinhos e demais estruturas corpóreas. (INCA, 2006).

Dentre as estratégias de detecção precoce estão o rastreamento em diagnóstico precoce, nesse sentido, o diagnóstico precoce é realizado através de ações para detecção de lesões iniciais, sintomatologia e sinais clínicos, desta forma é necessário que se reconheça sinais de alarme para o câncer a exemplo: nódulos, febre contínua, feridas que não cicatrizam, indigestão constante e ronquidão crônica. Já os sintomas que apontam lesões mais avançadas, são: sangramento, obstrução tanto das vias intestinais quanto das respiratórias e dor. (INCA, 2006).

Já o rastreamento pode ser populacional enfatizando um público alvo ou oportunístico quando partem da procura espontânea dos indivíduos aos serviços. Recomenda-se tendo em vista a realidade atual o rastreamento populacional de câncer de mama e colo do útero, bem como câncer de cólon e reto, segundo o Inca (2006) tanto o câncer da próstata quanto o da cavidade oral, em

relação a rastreamentos, devem ser mais pesquisados quanto a epidemiologia a fim de indagar a adoção como política de saúde pública.

Segundo o Inca (2006) alguns princípios devem ser levados em conta na detecção precoce do câncer, são eles:

- Teste ou exame, que visam detectar sinais e que sejam simples, seguros, de fácil aplicação, não invasivos, de sensibilidade e especificidade comprovadas, entre outros;
- Tratamento de intervenção favorável no curso da doença em fase clínica, a fim de aumentar a sobrevida e qualidade de vida;
- História natural bem conhecida;
- Morbimortalidade elevada, entre outros.

Andrade, Ramos-Barbosa e Pereira-Silva (2002) ainda enfatizam que o rastreamento da neoplasia deve possuir teste de níveis aceitáveis de custo e eficácia diagnóstica, como também boa aceitação pelos pacientes e planos de saúde. Ressalta-se que os critérios devem constituir-se de um importante programa de saúde pública e, portanto merece ser considerado através de diversos parâmetros a exemplo: morbidade, mortalidade, e outras medidas que agravam a saúde da população.

Para Brasil (2004) o exame clínico auxilia na detecção precoce do câncer de mama, tal procedimento é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, sendo um exame que deve ser realizado em todas as consultas clínicas independente da faixa etária. O exame clínico de mama (ECM) é a base para a solicitação dos exames complementares devendo ser realizado de forma adequada seguindo passos a seguir:

- Inspeção estática e dinâmica;
- Palpação das axilas;
- Palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal.

O estudo de Freitas Junior et al. (2006) com 2073 mulheres revelou que 75% tinham conhecimento do autoexame de mama, mas 51% afirmaram praticar o exame de forma regular. Foi percebido também que as mulheres cujo perfil sócio econômico menor apresentaram pouca informação e conscientização da necessidade do autoexame.

Silva e Santos (2008) consideram o autoexame uma estratégia eficaz, entre suas vantagens destaca-se q fácil realização, um exame físico indolor e sem custo financeiro, altamente eficaz a detecção precoce da neoplasia, possibilitando uma ação terapêutica eficaz que pode tanto prolongar a sobrevida da mulher quanto também evitar sequelas físicas, emocionais, sociais e econômicas pois a detecção de anormalidade nas mamas possibilita o prognóstico e uma possível mutilação.

O autoexame é recomendado desde a década de 30, sendo tido incorporado às políticas de saúde pública americana desde 1950. (SILVA et al., 2009).

Com o objetivo de verificar a prática e o significado do auto exame de mulheres diagnosticadas com o câncer de mama que foram submetidas à quimioterapia Nascimento, Silva e Machado (2009) entrevistaram mulheres tratadas pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, e perceberam que desconheciam a forma correta, periodicidade e técnica, embora tivessem conhecimento da importância e existência do AEM.

O estudo de Nogueira, Diógenes e Silva (2006) realizado com 31 mulheres por meio de entrevista semi estruturada percebeu que em relação ao conceito de AEM o desconhecem. Alerta-se que todas haviam sido orientadas quanto a importância do autoexame especialmente em relação ao diagnóstico precoce do câncer de mama e o que mais sobressaiu é que de todas apenas 1 afirmou praticar a técnica corretamente.

A mamografia bienal para mulheres entre 50 a 69 anos e o exame clínico de mamas anual a partir dos 40 anos é no Brasil a estratégia recomendada para a detecção precoce do câncer de mama em mulheres com risco padrão. (INCA, 2014a).

Nas mulheres de risco elevado, como as que possuem histórico familiar, o exame clínico da mama e a mamografia são recomendados a ser realizado anualmente a partir dos 35 anos. O Ministério da Saúde recomenda que as mulheres ao identificar alguma alteração nas mamas deve buscar imediatamente um serviço de saúde para que possa ser esclarecido o diagnóstico. (INCA, 2014a).

Acredita-se que o rastreamento mamográfico é uma das estratégias que potencializa a diminuição da morbimortalidade do câncer de mama uma vez que

ainda não são conhecidas maneiras eficazes de reduzir a incidência da doença, desta forma o rastreamento através do uso da mamografia auxilia o diagnóstico da enfermidade em estágios iniciais. (INCA, 2014a).

Nesse sentido, desde o ano de 2004 a mamografia de rastreamento para mulheres entre 50 a 69 anos é prevista a cada 2 anos e anualmente a partir dos 35 para as que apresentam risco elevado, entretanto a Lei nº 11.664 (BRASIL, 2008a) expandiu a mamografia para mulheres a partir dos 40 anos. (RIBEIRO; CALEFFI; POLANCZYK, 2013).

3.7 Tratamento

Brentani, Coelho e Kowalski (2003) consideram que os tratamentos de câncer baseiam-se com as características da doença e com os objetivos que se almeja com tal procedimento.

O tratamento adjuvante objetiva erradicar o câncer que não tenha sido extirpado através de cirurgia, enquanto o neo-adjuvante se dá por meio de quimioterapia ou radioterapia antes do procedimento cirúrgico, a fim de diminuir o tumor antes de ser retirado do órgão. (BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003).

Nos tratamentos paliativos, o que se visa é a melhora da qualidade de vida do portador da doença, uma vez que sua cura já não é mais possível. Por fim o curativo que é necessário e possível a qualquer tipo de lesão ocasionada ou não pelo tratamento. (BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003).

As cirurgias, quimioterapia, radioterapia e bioterapia, são modalidades que podem ser empregadas no tratamento em diversas fases da doença, mas para Bare e Suddarth (2002) a cirurgia é a mais utilizada, devido a sua funcionalidade pois pode diagnosticar, avaliar as características celulares e auxiliar na definição de qual tratamento é o mais indicado.

A bioterapia é um tratamento com agentes derivados de fontes biológicas e/ou que alteram as respostas biológicas sendo o transplante de medula óssea um dos exemplos. (OTTO, 2002).

Os procedimentos terapêuticos e diagnósticos, utilizando radiação ionizante sobre o tórax, em especial no tratamento de tumores mediastínicos ou mesmo neoplasias de mama, devem ser reconhecidos como fator de risco independente para o aparecimento de doença coronariana. Nestas circunstâncias o

acometimento arterial é frequentemente grave, lesando segmentos proximais. (VICTOR; PARENTE, 2004).

A suspeita de câncer necessita de testes diagnósticos e os objetivos dos tratamentos possíveis podem incluir a erradicação completa da doença maligna, sobrevida prolongada e contenção do crescimento das células cancerosas, ou o alívio dos sintomas associados ao processo canceroso, havendo casos onde são empregadas outras modalidades de tratamento, incluindo cirurgia, radioterapia e quimioterapia. (SMELTZER; BARE, 2002).

A quimioterapia baseia-se em administração de antineoplásicos geralmente por via endovenosa ou regional. A endovenosa é aplicada diretamente na artéria por acesso central ou cavidade, quando local é realizada diretamente no tumor. (NAZÁRIO; KEMP, 2007).

O tratamento pode ser paliativo, neoadjuvante ou primário, em fase inicial (tumor com mais de 2 cm). Nesses casos é realizada a quimioterapia adjuvante podendo também ser empregada quando há comprometimento da axila. Quando a axila não está comprometida utiliza-se o esquema CMF (Ciclofosfamida 500 mg/m², Metotrexato 70mg/m², Fluoruracil 500mg/m²) e AC (Ciclofosfamida 500mg/m² e Epidoxorrubicina 60mg/m²) que são administrados por meio intravenoso em 1 dia havendo repetição a cada 14 dias por 4 ciclos. (NAZÁRIO; KEMP, 2007).

Em câncer avançado ou em comprometimento da axila, opta-se pelo esquema FAC, FEC, havendo também o esquema AC, após o término do esquema AC utiliza-se Paclitaxel de 175mg/m² intravenoso a cada 14 dias completando mais 4 ciclos. (NAZÁRIO; KEMP, 2007).

A hormonoterapia se realiza após o término da quimioterapia, utilizando o tamoxifeno de 20 mg/dia via oral devido ser antagonista competitivo do receptor estrogênico na mama. (NAZÁRIO; KEMP, 2007).

Bare e Suddarth (2002) também consideram que a cirurgia serve como método primário, já que o tumor pode ser totalmente retirado ou em alguns casos retirado o máximo que é possível, bem como os tecidos circundantes inclusive os linfonodos regionais.

Nos casos profiláticos, é realizado a retirada de tecidos ou órgãos não vitais mais potenciais para o desenvolvimento do câncer. Tal processo é seletivamente ofertado aos pacientes, uma vez que se desconhece os danos

psicológicos e fisiológicos. (NAZÁRIO; KEMP, 2007).

A cirurgia paliativa tem o objetivo de ofertar melhor qualidade de vida ao paciente quando a cura não é possível, sendo empregada na tentativa de aliviar as complicações do processo oncológico, como ulcerações, obstruções, hemorragias, dor e derrames malignos. (NAZÁRIO; KEMP, 2007).

Já a cirurgia reconstrutora busca a melhora da função da parte afetada ou sua estética, normalmente utilizada nos casos de câncer de mama, pele, cabeça e pescoço. (NAZÁRIO; KEMP, 2007).

Quando o tumor encontra-se do tamanho de 3 cm se realiza a quadrantectomia mamária, ou seja, retira-se o quadrante onde se encontra a neoplasia, esse tratamento é conhecido também como conservador.

Em tumores maiores, a mastectomia total (retirada do seio) é a mais indicada com a preservação dos músculos peitorais, nesses casos pode-se realizar a reconstrução mamária a fim de atenuar o impacto da amputação habitualmente realizada com retalho miocutâneo do músculo reto-abdominal (TRAM) ou com dermoexpansor e posterior implantação de prótese como também em casos eventuais com retalho miocutâneo do músculo grande dorsal. (NAZÁRIO; KEMP, 2007).

Pinto e Gióia-Martins (2007) defendem a ideia de que a mastectomia além de traumatizante abala o estado físico, identidade e forma como a mulher se posiciona no mundo. Geralmente há dificuldades de ajustamento da mulher à sua nova realidade e conseqüente declínio da qualidade de vida no período pós-cirúrgico.

Já que não apenas mutila o corpo, mas também mutila a condição feminina, pois a mama é um órgão representativo para mulher e sua falta ocasiona um sentimento de vazio, a desestrutura emocionalmente e a coloca em confronto com sua própria personalidade. (PINTO; GIÓIA-MARTINS, 2007).

Monteiro et al. (2013) apontam uma situação que vem ocorrendo com aumento de frequência nos últimos anos, que é a constatação do câncer de mama associado à gravidez, ressalta-se que esse tipo de câncer é destacado como o diagnosticado durante a gestação, lactação ou até no primeiro ano pós parto. Alguns estudiosos consideram que o aumento se dá em virtude da diminuição da cavidade, adiamento do primeiro parto e mudança de hábitos de vida da mulher

atual, e alertam que a incidência de câncer de mama na gravidez esta na variável de 1:3000 a 1:10.000 das gestações e na maioria dos casos com pior prognóstico e em estágio avançado quando comparado a mulheres não gestantes. (MONTEIRO et al., 2013).

O tratamento além de angustiante é desafiador, dado a preocupação das consequências que possam ocasionar ao feto e a terapia ideal para a mãe portadora do câncer. (MONTEIRO et al., 2013).

Quanto ao tratamento, em nada se diferencia da mulher grávida ou não, pois o objetivo é o mesmo, ou seja, controle da doença e prevenção de metástase sistêmica, porém, a forma de tratamento deve ser meticulosa quanto a avaliação da potencialidade de efeitos adversos ao feto. A cirurgia tem um grau razoável de segurança, sendo um tratamento definitivo no carcinoma de mama em gestantes, pois pode provocar aborto espontâneo ou parto prematuro, mas sem risco de má formação congênita.

Geralmente as gestantes diagnosticadas com câncer de mama, recebem terapia sistêmica dado ao perfil de segurança.

De acordo com Monteiro et al. (2013) no tocante aos quimioterápicos para tratar o câncer de mama na gravidez, todos fazem parte da categoria D, sendo eles:

- 5-fluorouracil (F),
- doxorubicina (A) ou epirrubicina (E)
- ciclofosfamida (C)
- combinação de doxorubicina e ciclofosfamida (AC), mais seguro e usado após o primeiro trimestre da gestação.

Monteiro et al. (2013) observam que a contracepção e o uso de dispositivo intrauterino associados a métodos não hormonais é de extrema importância em mulheres com idade reprodutiva que necessitam de quimioterapia. Elencam também algumas recomendações, sendo elas:

- O tratamento quimioterápico para as grávidas com câncer de mama não deve ser protelado, devendo-se adotar cuidados adicionais para proteger o feto.
- A quimioterapia pode ser administrada com segurança durante o segundo e terceiro trimestres, com risco mínimo

para o feto.

- Preferir esquemas baseados na utilização de antraciclina.
- Evitar uso de quimioterapia três a quatro semanas antes do parto a fim de impedir a mielossupressão transitória neonatal.
- Não é recomendável o uso de trastuzumabe durante a gravidez pelos riscos de oligodramnia, adramnia, hipoplasia pulmonar fetal, anormalidades esqueléticas, do desenvolvimento e morte fetal.

Para Dolina, Bellato e Araujo (2013) os profissionais de saúde devem estar informados a esse respeito para que possam possibilitar a paciente informações seguras, efetivas e reais especialmente por estarem envolvidos a esses pacientes quanto ao tratamento sendo potenciais minimizadores das tensões que a doença representa

Alguns tipos de câncer podem permanecer em seu local de origem, contudo pode ser impossível a sua detecção em virtude de sua localização anatômica ou devido à infiltração nas estruturas vitais próximas. Isto dificulta o tratamento, já que sua remoção pode afetar severamente alguma função fisiológica. Nessas circunstâncias, a radioterapia é uma das opções de tratamento curativo (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005).

Nesse sentido, sua indicação no tratamento do câncer ocorre em três circunstâncias, ou seja, quando não há outro tratamento curativo, se a terapia alternativa é considerada tóxica ou como função paliativa em casos avançados.

O único tratamento curativo é o cirúrgico, geralmente estes tumores são abordados de forma individualizada conforme a idade do paciente, o tamanho, o tipo do tumor e o seu estadiamento. (DALL'IGNA; ANTUNES; DALL'IGNA, 2005).

Por estarem em contínuo processo de multiplicação, as células neoplásicas são passíveis de sofrerem os efeitos da radiação, mas a capacidade de multiplicação varia de acordo com o tipo celular.

A radioterapia pode ser realizada em esquemas de curta duração até esquemas extremamente protraídos, durante várias semanas com doses diárias. Para Jham e Freire (2006) esse procedimento é justificado e fundamentado nos “cinco Rs” da radiobiologia: reoxigenação, redistribuição, recrutamento, repopulação

e regeneração. (JHAM; FREIRE, 2006).

Desta forma, existe uma escala de radiosensibilidade tanto para células tumorais como para células normais, uma vez que as neoplasias embrionárias e linfomas são tumores radiosensíveis, enquanto que os carcinomas são moderadamente radiosensíveis. (JHAM; FREIRE, 2006).

Para expressar a quantidade de radiação absorvida pelos tecidos, foi proposta inicialmente uma unidade internacional, o RAD (radiation absorbed dose), ou seja, a diferença entre a radiação aplicada e a que atravessou os tecidos, informa-se que essa unidade, foi substituída pelo Gray, definido como um joule por quilograma, desse modo o Gray é abreviado com Gy sendo que: um Gy = 100 cGy = 100 rad. (JHAM; FREIRE, 2006).

A maioria dos pacientes submetidos à radioterapia recebe uma dose total de 50-70 Gy como dose curativa. Essas doses são fracionadas em um período de cinco a sete semanas, uma vez ao dia, cinco dias por semana, com dose diária de aproximadamente dois Gy. Nos tratamentos adjuvantes, 45 Gy são empregados no pré operatório e 55-60 Gy no pós operatório. (JHAM; FREIRE, 2006). O paciente em tratamento tem necessidades complexas (biopsicossociais) que requerem intervenções específicas do médico, do enfermeiro e técnico da radioterapia, que são, na maioria dos serviços, os responsáveis pela atividade assistencial. A interação entre esses profissionais reflete-se diretamente no cuidado prestado aos pacientes.

O enfermeiro também realiza os cuidados diretos aos pacientes durante sua permanência no serviço, a exemplo: curativos, administração de medicações específicas, cateterismos e cuidados de enfermagem durante a radioterapia com anestesia.

No que tange ao gerenciamento do serviço, compete a ele elaborar relatórios administrativos de análise do comportamento financeiro do setor, solicitação de aquisição ou de substituição de novos equipamentos juntamente com o médico e o físico responsável. Ele também colabora com o grupo de "marketing" do hospital na sugestão de estratégias, visando divulgar o serviço para a comunidade, além de supervisionar a equipe de enfermagem, cabendo salientar que dentre os funcionários sob a sua supervisão estão a equipe de enfermagem propriamente dita, o pessoal administrativo os técnicos da radioterapia, segundo

Diegues e Pires (1997).

Um aspecto relevante da função administrativa do enfermeiro é a coordenação do agendamento dos pacientes em tratamento, sendo este um processo dinâmico, que deve procurar atender as necessidades destes pacientes segundo Popim (2001).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Segundo Minayo (2006) a pesquisa qualitativa é definida como aquela que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, por isso trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que, por sua vez, correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Lima (2010) informa que o método científico é um instrumento utilizado com o objetivo sondagem da realidade e constitui-se de uma serie de procedimentos que tornam possíveis formular hipóteses científicas após identificação do problema.

4.2 Contexto de Realização do Estudo

O estudo foi realizado em um Hospital secundário da cidade de Rolândia, situada na região norte do Paraná. Tal hospital foi fundado através da Sociedade Civil e Beneficente “Fundação Arthur Thomas” no ano de 1957.

Em 2003 o seu nome foi alterado para Hospital São Rafael de Rolândia e no ano de 2006 devido ao crescimento da cidade e região, em parceria com a Santa Casa de Londrina firmou-se um contrato. Tal parceria findou-se em 31 de maio de 2011, a partir daí inicia-se uma nova etapa, e o hospital recebe adequação de suas instalações, um centro cirúrgico com 4 salas e uma para recuperação de pós anestesia, uma CTI com 10 leitos.

O Hospital atende 7 municípios da região, sendo eles: Porecatu, Prado Ferreira, Pitangueiras, Mirassolva, Jaguapitã, Guaraci e Florestópolis.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa são funcionários da instituição, ressalta-se que não houve dificuldades para coleta do material, uma vez que um dos pesquisadores faz parte do quadro de funcionários, desta forma, a coleta das

informações realizou-se nas dependências do hospital, vindo então a facilitar o alcance dos objetivos propostos no estudo.

A escolha dos sujeitos foi diretamente relacionada aos propósitos da pesquisa, cujo objetivo central esteve em avaliar o conhecimento das mulheres /colaboradoras da instituição sobre os aspectos relacionados ao conhecimento, sobre o autocuidado e câncer de mama. Se faz necessário dizer que a escolha dos sujeitos não esteve diretamente ligados à condição profissional, e deste modo há sujeitos que fazem parte de setores administrativos e também sujeitos que fazem parte da área de enfermagem.

Como critérios de inclusão seguiu-se as seguintes determinações: ser do sexo feminino, ser colaboradora e aceitar participar da pesquisa com seu consentimento.

Como critérios de exclusão, não aceitar participar da pesquisa e não cumprir os requisitos de inclusão citados.

Participaram do estudo 36 mulheres cujo perfil de cada qual esta descrito abaixo como meio de que o leitor possa conhecer os sujeitos.

Questionário1 – 49 anos, sexo feminino, casada, auxiliar de limpeza, possui 1º grau completo, não informou a renda familiar.

Questionário 2 - 53 anos, sexo feminino, casada, auxiliar de limpeza, possui 1º grau incompleto, tem renda familiar de R\$870,00.

Questionário 3 – 49 anos, sexo feminino, divorciada, recepcionista, possui 1º grau completo, tem renda familiar de R\$920,00.

Questionário 4 – 41 anos, sexo feminino, viúva, auxiliar de limpeza, possui 1º grau completo, não informou a renda familiar.

Questionário 5 – 59 anos, sexo feminino, divorciada, auxiliar de limpeza, possui 1º grau incompleto, não informou a renda familiar.

Questionário 6 – 35 anos, sexo feminino, solteira, auxiliar de limpeza, possui 2º grau completo, possui renda familiar de R\$1500,00.

Questionário 7 – 26 anos, sexo feminino, solteira, auxiliar de limpeza, possui 2º grau completo, tem uma renda familiar de R\$2500,00.

Questionário 8 – 52 anos, sexo feminino, casada, auxiliar de limpeza, possui 1º grau incompleto, renda familiar de R\$1500,00.

Questionário 9 – 48 anos, sexo feminino, casada, auxiliar de

limpeza, possui 1º grau incompleto, não informou a renda familiar.

Questionário 10 – 36 anos, sexo feminino, casada, auxiliar de limpeza, possui 1º grau incompleto, renda familiar de R\$1200,00.

Questionário 11 – 53 anos, sexo feminino, divorciada, auxiliar de limpeza, possui 1º grau incompleto, renda familiar de R\$870,00.

Questionário 12 – 27 anos, sexo feminino, solteira, auxiliar de farmácia, possui curso superior incompleto, tem renda familiar de R\$1350,00.

Questionário 13 – 43 anos, sexo feminino, casada, técnica de enfermagem, possui 2º grau completo, renda familiar de R\$2500,00.

Questionário 14 – 40 anos, sexo feminino, divorciada, técnica de enfermagem, possui 2º grau completo e renda familiar de R\$2000,00.

Questionário 15 – 39 anos, sexo feminino, casada, enfermeira, possui curso superior completo, não informou a renda familiar.

Questionário 16 – 43 anos, sexo feminino, casada, técnico de enfermagem, possui 2º grau completo, renda familiar de R\$3600,00.

Questionário 17 – 38 anos, sexo feminino, casada, enfermeira, possui curso superior completo, não informou a renda familiar.

Questionário 18 – 56 anos, sexo feminino, divorciada, auxiliar de enfermagem, possui curso superior incompleto, não informou a renda familiar.

Questionário 19 – 28 anos, sexo feminino, casada, farmacêutica, possui curso superior completo, renda familiar de R\$5000,00.

Questionário 20 – 30 anos, sexo feminino, casada, auxiliar de farmácia, possui segundo grau completo, renda familiar de R\$2520,00.

Questionário 21 – 35 anos, sexo feminino, solteira, compradora hospitalar, possui curso superior incompleto, não informou a renda familiar.

Questionário 22 – 23 anos, sexo feminino, auxiliar de farmácia, não informou o estado civil, possui 2º grau completo e renda familiar de R\$920,00.

Questionário 23 – 30 anos, sexo feminino, casada, auxiliar de enfermagem, possui 2º grau completo, renda familiar de R\$2600,00.

Questionário 24 – 32 anos, sexo feminino, casada, enfermeira, possui curso superior completo, não informou a renda familiar.

Questionário 25 – 35 anos, sexo feminino, casada, técnico de enfermagem, possui 2º grau completo, não informou a renda familiar.

Questionário 26 – 37 anos, sexo feminino, casada, enfermeira, possui curso superior completo, renda familiar de R\$1890,00.

Questionário 27 – 36 anos, sexo feminino, casada, técnico de enfermagem, possui 2º grau completo, não informou a renda familiar.

Questionário 28 – 23 anos, sexo feminino, solteira, técnico de enfermagem, possui curso superior incompleto, não informou a renda familiar.

Questionário 29 - 26 anos, sexo feminino, solteira, auxiliar de enfermagem, possui curso superior incompleto, tem renda familiar acima de 2 salários mínimos.

Questionário 30 – 32 anos, sexo feminino, solteira, enfermeira, possui curso superior completo, não informou a renda familiar.

Questionário 31 – 25 anos, sexo feminino, solteira, auxiliar de enfermagem, possui 2º grau completo, renda familiar de R\$2000,00.

Questionário 32 – 26 anos, sexo feminino, solteira, auxiliar de enfermagem, possui 2º grau completo, renda familiar de R\$1200,00.

Questionário 33 – 24 anos, sexo feminino, solteira, auxiliar de enfermagem, possui curso superior incompleto, não informou a renda familiar.

Questionário 34 – 25 anos, sexo feminino, solteira, auxiliar de farmácia, possui 2º grau completo, não informou a renda familiar.

Questionário 35 - 28 anos, sexo feminino, técnico de enfermagem, solteira, possui 2º grau completo, renda familiar de R\$4000,00 a R\$6000,00.

Questionário 36 – 26 anos, sexo feminino, auxiliar de enfermagem, casada, possui curso superior incompleto, renda familiar de R\$859,00.

4.4 Instrumento de Coleta das Informações

Segundo Seliger e Shohamy (1989), questionário é uma forma de coleta de dados que apresentam questões com o propósito de obter dados sobre opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, vivências etc., a respeito de fenômenos não facilmente observáveis, possibilitando que se realize a comparação dos resultados encontrados com outros da mesma linha de pesquisa (MASSAD et al., 2004). Dessa forma foi utilizado um questionário com questões fechadas criado pelos pesquisadores como meio de permitir obter os dados das respostas, a fim de que fosse possível conhecer sobre questões pertinentes a

informações básicas a respeito do câncer de mama e auto cuidado e ainda se os sujeitos envolvidos faziam a prática de prevenção.

Nesse sentido, tal instrumento de pesquisa (APÊNDICE A) também ofertou a possibilidade de verificar os dados sócio-demográficos e questões específicas direcionadas ao que se busca desvelar neste estudo. Tendo sido aplicado *in loco* durante período matutino e vespertino em dias alternados aproveitando os intervalos de cada setor. Não houve dificuldades na aplicação do instrumento e a adesão foi unânime uma vez que todas as mulheres abordadas se mostraram dispostas a participar do estudo.

4.5 Aspectos Éticos

Tendo em vista de que a presente pesquisa envolve seres humanos e ciente de que há diretrizes e normas que regulamentam estudos desse gênero, o presente, respeito então os princípios éticos de pesquisa determinados através da resolução 196/96. (BRASIL, 1996). Houve também a preocupação com a ética, desta forma, Pinheiro et al. (2005) observa que a ética está como referência aos seres humanos em sociedade como meio de que seus pares sejam capazes de enxergar as necessidades dos outros e assim, em relação à pesquisa, a ética implica em três vertentes principais, a primeira é a autonomia, onde o sujeito responsável pela pesquisa deve preocupar-se em registrar formalmente através de consentimento livre esclarecido dos indivíduos participantes, preocupando-se em atender-se aos grupos vulneráveis e os legalmente incapazes que de uma forma geral representa o pensamento de que o envolvendo de seres humanos em pesquisa, deverá sempre preocupar-se em tratar os indivíduos envolvidos com dignidade, respeitar sua autonomia e defende-los quanto à sua vulnerabilidade. O segundo tópico diz respeito à beneficência, ou seja, a ponderação entre os riscos e benefícios, tanto individual quanto coletivo, tendo em vista a máxima dos benefícios e a mínima de danos e riscos. Já a não maleficência, ou seja, a garantia de que seja previstos danos a fim de evita-los e por fim, justiça o que se entende por equidade, relevância social da pesquisa, observando as vantagens significativas aos sujeitos e minimização do ônus aos que são vulneráveis, vindo a garantir paridade de consideração dos interesses envolvidos, sem perca da destinação sócio-humanitária. (BRASIL, 1996).

Seguindo os princípios éticos foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, expondo todos os procedimentos com cada sujeito, de modo que todos os participantes pudessem assinar de livre concordância (APÊNDICE B).

Para Pinheiro et al. (2005) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido compreende-se como exercício da cidadania do sujeito da pesquisa, por tratar de um direito fundamental do humano, garantindo assim sua cidadania devendo também ser vista como indicadora de qualidade estando relacionada a questões referentes à autonomia, privacidade, sigilo e anonimato.

Houve a preocupação também com os aspectos de zelo ético mantendo sigilo das informações e anonimato dos participantes, ressalta-se que o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/INESUL para apreciação e aprovação, e em um segundo momento encaminhado para ciência e conseqüente aprovação.

Partindo do pressuposto de que a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) determina que toda pesquisa que envolva seres humanos seja submetida à apreciação de um Comitê de Ética, o estudo só teve início após o consentimento do referido comitê (BRASIL, 1996).

4.6 Análise das Informações

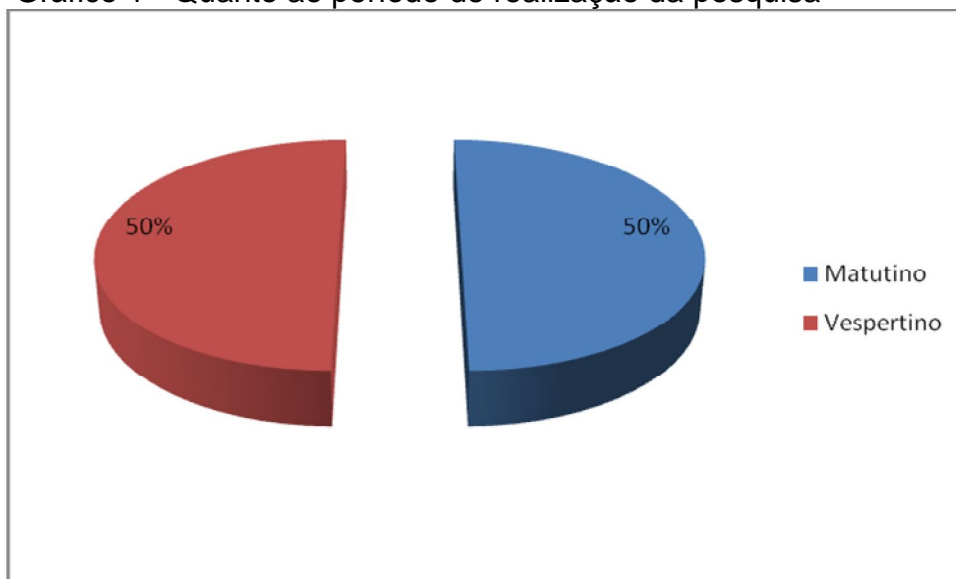
A análise das informações quantitativa por meio da técnica de questionário proposta por Durand (2007) o qual contempla a ideia de que a análise quantitativa verifica quantitativamente a existência de alguns conceitos ou opiniões e permite que os dados sejam trabalhados através de gráficos ou dados numéricos e ainda que seja feito a interpretação dos resultados.

5 RESULTADOS APREENDIDOS

Após a coleta dos dados que foi possível pelo uso do questionário, as informações foram tabuladas estatisticamente permitindo a confecção de gráficos e também interpretações das informações nele registradas.

O total de 36 questionários respondidos, dividem-se em 18 no período matutino e 18 no vespertino (Gráfico 1)

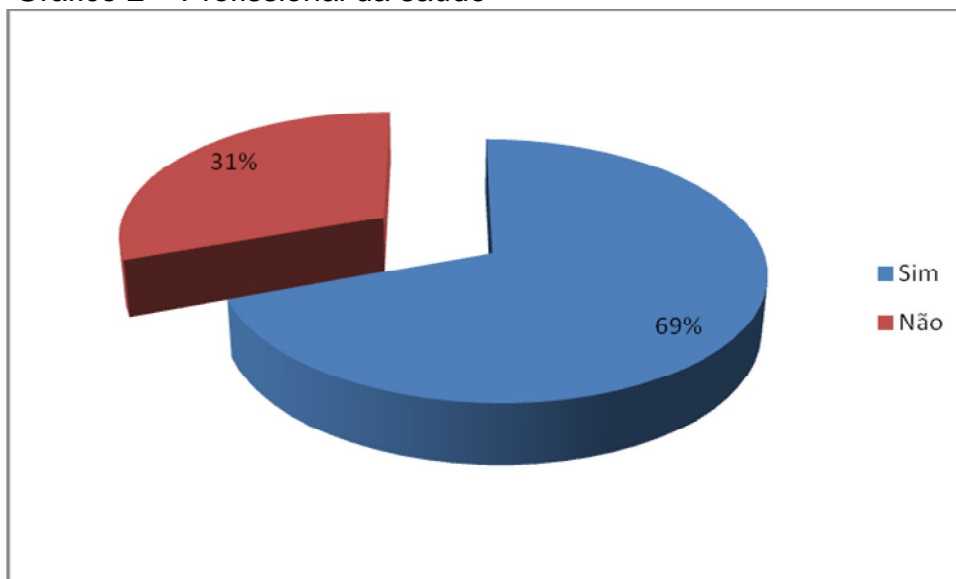
Gráfico 1 - Quanto ao período de realização da pesquisa



Fonte: Das autoras.

Todos os respondentes foram do sexo feminino, sendo possível perceber que 25, ou seja, 69% são da área da saúde e 11, ou seja, 31% da área administrativa (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Profissional da saúde



Fonte: Das autoras.

Quanto à faixa etária, 14 respondentes, ou seja, 38,88% encontram-se na faixa etária de 20 a 30 anos, 11 respondentes, ou seja, 30,55% estão na faixa de 30 à 40 anos, enquanto que na faixa de 40 à 50 anos, o total foi de 7 respondentes, ou seja, 19,44%, já a faixa etária entre 50 à 60 anos foi predominante em 7 respondentes, ou seja 19,544%. Conforme exemplificado no quadro abaixo.

Quadro 2 – Idade dos respondentes

Idade	Qtde	%
23 anos	2	5,55%
24 anos	1	2,77%
25 anos	2	5,55%
26 anos	4	11,11%
27 anos	1	2,77%
28 anos	2	5,55%
30 anos	2	5,55%
32 anos	2	5,55%
35 anos	3	8,33%
36 anos	2	5,55%
37 anos	1	2,77%
38 anos	1	2,77%
39 anos	1	2,77%
40 anos	1	2,77%
41 anos	1	2,77%
43 anos	2	5,55%
48 anos	1	2,77%

49 anos	2	5,55%
52 anos	1	2,77%
53 anos	2	5,55%
56 anos	1	2,77%
59 anos	1	2,77%
Total	36	100%

Fonte: Das autoras.

Quanto à profissão soube que dos 36 respondentes, a predominante foi da área administrativa especificamente a de serviços gerais que chegou à casa dos 27,77%, em seguida, as demais profissões estão listadas no quadro abaixo.

Quadro 3 – Profissão

Profissão	Qtde	%
Recepcionista	1	2,77%
Auxiliar administrativo	1	2,77%
Auxiliar de farmácia	4	11,11%
Auxiliar de enfermagem	7	19,44%
Técnico de enfermagem	7	19,44%
Enfermeira	5	13,88%
Farmacêutica	1	2,77%
Auxiliar de limpeza	10	27,77%
Total	36	100%

Fonte: Das autoras.

No tocante a escolaridade, foi percebido que apenas a área da saúde possui respondentes com curso superior completo. Enquanto que na área administrativa a maioria possui apenas 1º grau incompleto, para melhor visualização foi criado o quadro abaixo. Do total das mulheres entrevistadas, 40 (58,82%) apresentaram nível médio de escolaridade e 15 (22,06%) tinham nível superior, ou seja, de 11 a 15 anos de estudos (a escolaridade média da população brasileira em idade ativa, para o ano de 2008, foi de 7,06 anos de estudo. (SILVA et al., 2012).

Quadro 4 - Escolaridade

Instrução	Administrativo		Saúde	
	Qtde	%	Qtde	%
1º grau incompleto	6	54,54%	0	0%
1º grau completo	3	27,27%	0	0%
2º grau completo	2	18,18%	12	48%
Superior incompleto	0	0%	7	28%
Superior completo	0	0%	6	24%
Total	11	100%	25	100%

Fonte: Das autoras.

Quanto à renda familiar mensal, 15 respondentes, ou seja, 41,66% não responderam, os demais encontram-se no quadro abaixo:

Quadro 5 – Renda familiar mensal

Renda	Qtde	%
R\$ 859,00	1	2,77%
R\$ 870,00	2	5,55%
R\$ 920,00	2	5,55%
R\$ 1.200,00	2	5,55%
R\$ 1.350,00	1	2,77%
R\$ 1.500,00	2	5,55%
R\$ 1.600,00	1	2,77%
R\$ 1.890,00	1	2,77%
R\$ 2.000,00	2	5,55%
R\$ 2.500,00	2	5,55%
R\$ 2.520,00	1	2,77%
R\$ 2.600,00	1	2,77%
R\$ 3.600,00	1	2,77%
R\$ 5.000,00	1	2,77%
R\$4.000,00 à R\$6.000,00	1	2,77%
Não respondeu	15	41,66%
Total	36	100%

Fonte: Das autoras.

Em relação ao estado civil, das 36 respondentes, 26, ou seja, 72,22%, são casadas. Já 7, representando 19,44% solteiras, já no mesmo patamar de porcentagem, ou seja, 2,77% estão as viúvas, divorciadas e não respondentes.

Em relação ao exame preventivo foi percebido que das 25 entrevistadas que formam o grupo da área da saúde, 15 ou seja 60%, o realizam uma vez ao ano, 3 (12%) semestralmente sendo também o mesmo valor às que o

fazem a cada dois anos, e também as que não o realizam. Ressalta-se haver uma entrevistada que não respondeu essa questão

Já o resultado nas mulheres da área administrativa revelou que das 11, 8 (72,72%) o fazem anualmente, uma (9,09%) respondeu que não o realiza e duas (18,18%) a cada dez anos, conforme se visualiza no quadro abaixo.

Quadro 6 – Periodicidade de realização do exame preventivo

PERIODICIDADE	ÁREA DA SAÚDE	ÁREA ADMINISTRATIVA
Uma vez ao ano	15	8
Duas vezes ao ano	3	0
A cada dois anos	3	0
De 10 em 10 anos	0	1
Não faço	3	2
Não respondeu	1	0

Fonte: Das autoras.

A pesquisa de Silva et al. (2012) cuja população foi constituída por 80 mulheres que exercem funções tanto administrativa quanto na área de saúde em duas UBS na cidade de Londrina mostrou haver negligencia com a própria saúde em relação aos exames preventivos preconizados pelo Ministério da Saúde.

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Saúde Escola, unidade em que a pesquisadora realiza consulta de enfermagem na área da saúde da mulher no Programa de Controle de Câncer Uterino e de Mama com vinte mulheres. As mulheres demonstraram desconhecimento do câncer, da técnica e da importância do preventivo. Revelaram ainda medo na realização e resultado do exame. A vergonha e o constrangimento foram sentimentos expressados por elas pela exposição da intimidade a que se submetem e ainda expressaram possuírem valores culturais que dificultam mudança de atitude. (FERREIRA, 2009).

No estudo de Rancho e Vargas (2007) cuja amostra foi de 272 mulheres que faziam parte da comunidade interna de uma universidade incluindo alunas, professoras e funcionárias foi verificado que o percentual de participantes com práticas inadequadas quanto ao exame preventivo gerou em torno de 30%.

Arteaga (2008) estudou mulheres dos estados do Rio de Janeiro e Bahia em 2003 conciliando variáveis sócio-demográficas, tais como: cor ou raça da mulher, valor do rendimento mensal, anos de estudo da mulher, se possuíam ou não plano de saúde e se possuindo plano, se o mesmo incorporava exames

complementares. Neste trabalho foi usada a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios e realizado uma Análise de Correspondência como meio de avaliar a relação entre essas variáveis possibilitando traçar o perfil da população do estudo. Assim foi percebido que existir na Bahia existem dois perfis sendo um das mulheres que fizeram exame pela última vez há menos de 5 anos e das que fizeram esse exame pela última vez há menos de 6 anos ou nunca o realizaram. Já no Rio de Janeiro, também se pode definir dois perfis: o das mulheres que fizeram exame alguma vez na vida e das que nunca o fizeram. (ARTEAGA, 2008).

Para Arteaga (2008) o exame é acessível a todos independente da raça, entretanto na Bahia, a realização é menos frequente na população de baixa renda sendo um dos motivos a falta de informação/escolaridade já que 50,37% da população feminina da Bahia possuem quatro anos de estudo ou menos. Similar ao Rio de Janeiro já que 33,76% da população possuem quatro anos de estudo ou menos. (ARTEAGA, 2008).

5.1 Autoexame

O autoexame de mamas é uma técnica cuja finalidade é a de auxiliar na prevenção dos estágios iniciais do câncer de mama, pois permite a percepção de alterações na mama. Essa técnica deve ser utilizada todos os meses na semana seguinte após o término do fluxo menstrual. Já as mulheres que não menstruam devem realizar o procedimento mensalmente em dia estipulado para tal. (INCA, 2007).

O autoexame de mama não substitui o exame clínico realizado por profissional de saúde treinado, porém no estudo de Ferreira e Oliveira (2006) o índice de nódulos achados pela própria mulher devido ao autoexame foi constante o que nos leva a considerar de que é um procedimento viável.

De acordo com Silva et al. (2012) o conhecimento do exame não resulta necessariamente em sua realização.

No presente estudo foi verificado que 30 mulheres, ou seja, 83,33% afirmaram realizar o exame enquanto 5, ou seja, 13,88% não o fazem e 1, ou seja, 2,77% não respondeu a esta questão.

Em relação ao conhecimento do modo de realizar o autoexame de mamas, no presente verificou-se que estudo as profissionais da saúde afirmaram

conhecer. As do setor administrativo, 8 (72,72%) apontaram conhecer enquanto 3 (27,27%) desconhecem, conforme quadro abaixo.

Quadro 7 - Você sabe fazer o autoexame de mamas

	Saúde	Administrativo
Sim	25	8
Não	0	3

Fonte: Das autoras.

As mulheres desconhecem o autoexame de mamas e mesmo as que foram orientadas quanto a sua importância não o realizam. A falta de consciência acaba por dificultar o diagnóstico precoce dessa doença (NOGUEIRA; DIÓGENES; SILVA, 2006).

No estudo de Souza et al. (2011) realizado com 61 mulheres o índice das que não realizavam o autoexame por desconhecimento da técnica foi de 18% ou seja, 11mulheres.

Ressalta-se que o INCA (Instituto Nacional do Câncer) alerta que o autoexame de mama não deve ser usado como método isolado de detecção precoce do câncer de mama, devendo fazer parte de ações de educativas para a promoção da saúde que venha a auxiliar no conhecimento do próprio corpo. (INCA, 2014b).

No estudo de da Silva et al. (2012) foi elaborado um questionário com o objetivo de verificar a prática de autoexame das mamas e oncocitologia e aplicado em 68 trabalhadoras de saúde de duas UBSs de Londrina-Paraná no ano de 2010. Do total das entrevistadas 85% sabiam realizar o autoexame, mas 48,52% raramente o faziam e 14,07% nunca o tinham feito. Quanto à oncocitologia, 54,41% haviam realizado há menos de um ano, 27,94% entre 1 e 3 anos sendo o .esquecimento, falta de atenção à saúde, falta de tempo e vergonha os fatores mas elencados para a não realização desses exames.

No tocante a aprendizagem sobre o autoexame, de acordo com as entrevistadas, a escola e a faculdade são as mais citadas em relação a transmissão de informação e potencialização do conhecimento em relação ao autoexame uma vez que 10 (33,33%) citaram tais instituições como as fornecedoras de informação. Ressalta-se que do universo pesquisado a população das que terminaram o ensino superior e/ou já passaram pelos bancos de instituição de ensino superior,

independente se completaram ou não a graduação chegou a casa dos 36,11%. A seguir, destaca-se as respostas obtidas.

Quadro 8 – Aprendizagem do autoexame

Onde aprendeu	Quantidade
Posto de Saúde	4
TV	5
Médico	5
Escola / Faculdade	10
Não responderam	6

Fonte: Das autoras.

Brito et al. (2010) em pesquisa com 552 mulheres na capital do Maranhão (São Luís) percebeu que a maioria (63,6%) das entrevistadas relataram terem adquirido seus conhecimentos por meio de comunicação em massa (rádio/TV) (58,9%). Considera-se então que os veículos de mídia são de grande importância na disseminação da informação em relação ao autoexame. (BRITO et al., 2010).

Também Monteiro et al. (2003) percebeu que a imprensa foi responsável por divulgar procedimento em para 37,5% das mulheres, entretanto, a prática mais correta ocorreu através da orientação médica para 37,5%. (MONTEIRO et al., 2003). No estudo de Caldeira, Oliveira e Rodrigues (2010) com 20 mulheres atendidas uma UBS, em João Pessoa-PB as ações periódicas como reuniões e palestras realizadas na Unidade Básica de Saúde foram as que mais sobressaíram.

No presente estudo em relação à prática do autoexame houve unanimidade para as mulheres que atuam na área de saúde, portanto, todas afirmaram praticá-lo. Já as do setor administrativo não foram unânimes, uma vez que 8, ou seja, 72,72%, o fazem e 3, ou seja, 27,28% não o fazem. Um dado interessante é o fato de que 3 (27,28%) afirmarem não o realizar por desconhecerem a forma correta.

O estudo de Freitas Junior et al. (2006) com 2073 mulheres revelou que 75% tinham conhecimento do autoexame de mama, mas 51% afirmaram praticar o exame de forma regular. Foi percebido também que as mulheres cujo perfil sócio econômico menor apresentaram pouca informação e conscientização da necessidade do autoexame.

Silva e Santos (2008) consideram o autoexame uma estratégia

eficaz, entre suas vantagens destaca-se a fácil realização, exame físico indolor, sem custo financeiro, altamente eficaz quanto a detecção precoce de alteração na mama, vindo a gerar economia à saúde pública, uma vez que possibilita prognóstico de anormalidade e possíveis mutilações.

Esse procedimento é recomendado desde 1930, tendo sido incorporado pelo governo americano à partir de 1950. (SILVA et al., 2009).

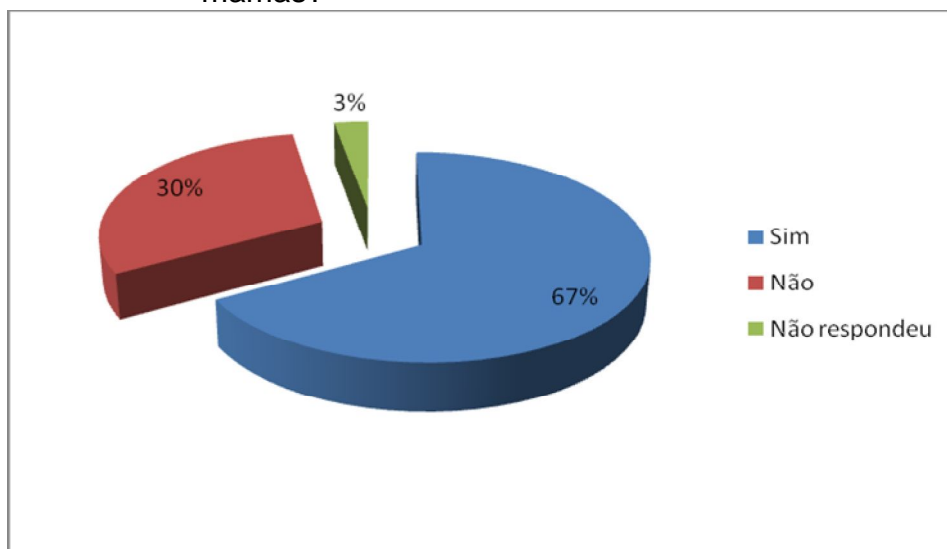
Com o objetivo de verificar a prática e o significado do auto exame de mulheres diagnosticadas com o câncer de mama que foram submetidas à quimioterapia Nascimento, Silva e Machado (2009) entrevistaram as tratadas pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Os dados revelaram que elas desconheciam a forma correta, periodicidade e técnica, embora tivessem conhecimento da sua importância.

O estudo de Nogueira, Diógenes e Silva (2006) realizado com 31 mulheres por meio de entrevista semi estruturada percebeu que as mulheres afirmaram desconhecerem ou autoexame de mamas, embora todas que participaram do estudo haviam sido orientadas quanto a importância do autoexame especialmente em relação ao diagnóstico precoce do câncer de mama. Nogueira, Diógenes e Silva (2006) informaram que das 31 apenas 1 afirmou praticar a técnica corretamente.

5.2 Exame Clínico Realizado pelo Profissional Médico

Ao serem indagadas se nas visitas ao ginecologista era realizado exame clínico de mamas, foi percebido que 24 (67%) afirmaram positivamente, 11 (30%) negativamente e 1 (3%) não respondeu a esta questão.

Gráfico 3 – Quando vai ao ginecologista é realizado o exame clínico de mamas?



Fonte: Das autoras.

O profissional médico deve realizar o exame clínico de mama e o inserir no exame físico e ginecológico às mulheres a que presta atendimento como meio de subsidiar exames complementares. (SILVA; RIUL, 2011).

Para Brasil (2004) o exame clínico auxilia na detecção precoce do câncer de mama sendo compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas independente da faixa etária.

O exame clínico de mama (ECM) é a base para a solicitação dos exames complementares devendo ser realizado de forma adequada seguindo passos a seguir:

- Inspeção estática e dinâmica;
 - Palpação das axilas;
 - Palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal.
- (NAZARIO; REGO; OLIVEIRA, 2007).

Szwarcwald et al. (2005) constatou que das 1.026 mulheres entre 20 a 60 anos que fizeram parte de seu estudo na cidade de São Leopoldo (Rio Grande do Sul), apenas 54,2% havia sido submetida ao referido exame.

Lourenço, Mauad e Vieira (2013) informam que nas recomendações da *American Cancer Society* (ACS), o exame clínico deve iniciar aos 20 anos, tendo intervalo trienal até os 30 anos, a partir daí a mulher deve realizá-lo anualmente. Já

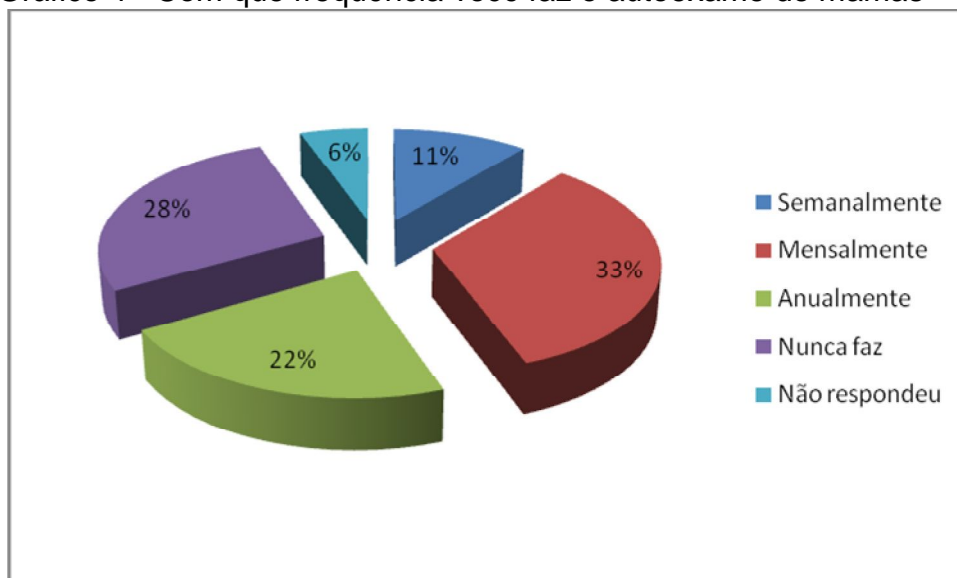
no Brasil, o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, o preconiza anualmente a partir dos 40 anos.

Nesse sentido Godinho e Koch (2005) afirmam que o profissional de saúde é um grande agente disseminador de informações, dessa forma também é o seu papel informar e orientar seus pacientes na prevenção e manutenção da saúde dos mesmos.

Quanto ao exame clínico ele deve ser realizado por profissionais treinados, como médicos ou enfermeiros. Ressalta-se que o Sistema Único de Saúde prioriza a realização do exame clínico de mama a todas as mulheres que buscam atendimento através do referido Sistema independente por qual razão seja, principalmente as que se encontram na faixa etária de maior risco que é a de 40 a 60 anos. (SANTOS et al., 2014).

Em relação a frequência que as respondentes do presente estudo realizam o autoexame das mamas foi percebido que 33 % ou seja, 12 o realizam mensalmente enquanto que 28% (10) não o realiza. Já 22% (8) afirmam realiza-lo anualmente, 11% (4) semanalmente e 6% (2) não responderam conforme demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 4 - Com que frequência você faz o autoexame de mamas



Fonte: Das autoras.

Em estudo realizado na cidade de Uberaba (MG) no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro que atende 26 municípios que compõem a Divisão Regional de Saúde Triângulo Sul. Foi aplicado um

questionário a 200 mulheres que aguardavam atendimento no SGO/AMG/HC/UFTM entre 18 e 83 anos sendo observado quanto a frequência de realização do AEM do total de respondentes 101 (50,5%) realizam o autoexame realizar às vezes, 65 (32,5%) todos os meses e 34 (17%) nunca realizaram. Segundo Silva, Mendes e Silveira (2013) as mulheres possuem déficit de conhecimento quanto ao autoexame.

No estudo de Oshiro et al. (2013) realizado com 12 mulheres com média de idade de 47 anos portadoras de câncer de mama residentes no Estado do Mato do Sul foi percebido que em 58,3% dos casos as próprias mulheres através do autoexame perceberam o aparecimento do nódulo na vindo a reforçar o valor desse procedimento.

Silva, Mendes e Silveira (2013) consideram que a ação de prevenção secundária deve ser preconizada, devendo o enfermeiro informar a forma do procedimento adequado as mulheres atendidas em locais onde o mesmo atua uma vez que esse profissional é responsável pelo cuidado do paciente e dentre suas atribuições estão as de garantir , promover e estimular o autocuidado.

A falta da prática do autoexame pode segundo Medeiros et al. (2013) ser compreendida devido a alguns fatores como: temor em detectar anormalidades, questões culturais e sexológicas, descrédito quanto a capacidade da detecção precoce da doença e também supervalorização do médico e de exames radiológicos, entretanto não se discute de que a descoberta precoce de anormalidades na mama é eficaz para o diagnóstico do câncer.

5.3 Mamografia

A mamografia é um exame que tem a finalidade de estudar o tecido mamário através de imagem como meio de diagnosticar precocemente o câncer de mama, desse modo há vários estudos científicos e linhas de orientação internacionais que a recomendam como exame de rastreio preferencial para esse tipo de enfermidade. (PEREIRA et al., 2014).

Lourenço, Mauad e Vieira (2013) esclarecem que tanto a Sociedade Brasileira de Mastologia quanto o Canadian *Task Force* recomendam o uso rotineiro da mamografia a partir dos 40 anos. Já a *US Task Force* juntamente com o Instituto Nacional do Câncer do Brasil defendem a ideia a partir dos 50 anos nos casos assintomáticos, enquanto que a Organização Mundial da Saúde a partir do estudo

de ensaios clínicos, considera necessário que se amplie o rastreamento entre 40 a 69 anos, com intervalo anual ou bianual. (LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013).

A realização de exames de colo de útero e mamografia são mais elevadas na população com mais escolaridade. (MALTA; JORGE, 2014).

Pereira et al. (2014) considera que o rastreio por mamografia entre os 39 e 40 anos reduz a mortalidade por câncer de mama, nessa faixa etária, ele é altamente eficaz reduzindo a mortalidade em até 17%.

Já Silva, Assis e Migowski (2013) alerta que em mamas mais densas a mamografia não tem a mesma acuidade, principalmente nas mulheres mais jovens, e considera que antes dos 50 anos esses exames podem potencializar resultados falso-positivos e biópsias desnecessárias. Além do mais aumenta mesmo em pequeno grau a indução de câncer pela radiação. Outro alerta se faz necessário, a prática anual da mamografia dobra os riscos e não altera os benefícios, por isso a indicação a cada dois anos.

Quanto as principais lesões possíveis de serem identificadas na mamografia Ribeiro et al. (2008) considera:

- Microcalcificações: geralmente um dos primeiros indícios de tumores em formação com potencial suspeita de malignidade;
- Nódulos: prevalentes na maioria dos casos de câncer de mama, devendo ser analisados de acordo com seu tamanho, densidade, limites e contorno. (RIBEIRO et al., 2008).

No tocante às barreiras para não realização da mamografia, Lourenço, Mauad e Vieira (2013) consideram:

- Acessibilidade aos serviços de saúde;
- Dificuldade de realização de exames de seguimento;
- Custo dos exames;
- Adesão médica insatisfatória, devido as limitações do SUS.

O estudo de Azevedo et al. (2012) contou com 91 funcionárias do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) das quais foram analisadas através de questionário e acompanhamento da periodicidade da mamografia de 2000 a 2009, apontou que foram realizadas 247 mamografias.

Das que realizaram tal exame quarenta e oito funcionárias o fizeram como meio de obedecer à periodicidade do exame, sendo dessas 12,6% por solicitação médica, 47,9% pela importância do mesmo, 4,1% devido os casos de câncer em seus familiares e 35,4% por rotina. (AZEVEDO et al., 2012).

Os motivos dados pelas 47 que não realizaram foram: 37,3% devido a falta de solicitação médica, 20,9% por não conseguirem pelo Sistema Único de Saúde, 18,6% por medo e ainda 23,2% por desconhecerem a importância. O resultado do estudo de Azevedo et al. (2012) permitiu aos pesquisadores a hipótese de que as funcionárias da instituição estudada não possuem conhecimento sobre a prevenção do câncer de mama.

6 CONCLUSÃO

Por meio da revisão bibliográfica é possível sintetizar e considerar de que a mama feminina é formada por estruturas glandulares localizadas na parede anterior e superior do tórax, sendo derivadas das glândulas sudoríparas modificadas e, se dividem em estruturas menores (lóbulos e ductos mamários).

Desta forma, o câncer se inicia a partir de anormalidade de uma célula dado a transformação por mutações genéticas vindo a se proliferar e invadir tecidos adjacentes, vasos linfáticos e sanguíneos podendo ainda vir a ser transportada à outras áreas do corpo vindo a formar metástases mais conhecido como câncer maligno.

O processo do câncer de mama dá-se pelos estágios de iniciação, promoção e progressão e divide-se em diversos tipos dentre eles destaca-se o Carcinoma Ductal Invasivo que é o mais prevalente, respondendo por aproximadamente 80% dos casos, estando em segundo lugar o Carcinoma Lobular Invasivo.

Já o Carcinoma Ductal In Situ – CDIS é o mais comum no tocante a câncer de mama não invasivo. E quando retirado a tempo é incapaz de invadir outros tecidos e se espalhar nas veias e/ou vasos linfáticos, caso não extirpado a tempo potencializa a evolução e desenvolvimento de uma forma invasiva de câncer.

Há também o Carcinoma Lobular In Situ- CLIS, cuja característica é a anormalidade de crescimento nas células dos lóbulos podendo evoluir para formas invasivas de câncer de mama. Este tipo de enfermidade também é denominado como neoplasia lobular in situ e na maioria dos casos sua ação compromete os lóbulos sendo denominada multifocalidade. Embora não invasivo indica uma grande margem para o desenvolvimento de uma forma invasiva de câncer e na maioria das vezes ocorre antes da menopausa.

Tem-se também o Câncer de Mama Inflamatório que na maioria dos casos acomete mulheres mais jovens, sendo um tipo raro e altamente agressivo. Caracteriza-se pela vermelhidão e edema na pele da mama e aumento da temperatura local e em muitas ocasiões não aparenta massa ou nódulo palpáveis, mas pode apresentar mamilo invertido, aumento do tamanho dos gânglios na axila.

Outro tipo de câncer é denominado Doença de Paget onde há presença de células cancerosas no mamilo, irritação local, descamação, prurido e

vermelhidão. Estando em grande parte associado à presença de carcinoma ductal in situ ou outra forma invasiva de câncer em alguma região da mama.

O Câncer de Mama Recidivado ou Metastático invade tecidos adjacentes vindos a disseminar-se nos vasos linfáticos e/ou venosos. Há risco de que no processo de cirurgias curativas fiquem células no local da ressecção tumoral potencializando uma posterior recidiva local ou invasão dos vasos linfáticos e/ou nas veias podendo ocorrer recidiva regional em especial nos vasos linfáticos e gânglios da axila recebendo o nome de metastática.

Ressalta-se que nesses casos há um alto risco de que as células se alojem em outras regiões do corpo ou ainda em mais de um local. Nesses casos os órgãos mais prevalentes são os ossos, fígado, pulmões, gânglios e cérebro.

Os estágios do câncer dividem-se em Estádio 0 onde o tumor não é não invasivo, Estádio I onde o volume é de até 2cm sem comprometimento de linfonodos, Estádio II A (tumor de até 2 cm) onde há no máximo três linfonodos axilares, podendo ainda apresentar volume de até 5cm sem comprometimento dos linfonodos.

No Estádio II B o tumor pode haver presença de tumor de até 5cm (com comprometimento de até 3 linfonodos), havendo casos cujo volume ultrapassa a 5cm mas sem comprometimento de linfonodos, enquanto que no Estádio III A apresenta tumor maior que 5cm e presença de comprometimento de até 9 linfonodos.

Os mais agravantes são: Estádio III B, nesses casos o tumor invadiu a parede torácica ou pele e apresenta no máximo 9 linfonodos, enquanto o Estádio III C o tumor já compromete 10 ou mais linfonodos independente do seu tamanho. Por fim, o Estádio IV onde há presença da doença metastática.

Portanto, é necessário os profissionais de saúde conscientizem melhor às mulheres, através de campanhas educativas, sobre a importância desta prática para que estas, deem mais importância ao autoexame das mamas, uma vez, que a detecção precoce do câncer nos estágios iniciais possibilita em muitos casos aumento de chances significativas de cura e também de utilização de tratamentos menos agressivo, proporcionando assim um aumento da expectativa de vida dessas mulheres.

Quanto conhecimento das mulheres sobre o autocuidado e sobre o

câncer de mama sendo ou não profissional de enfermagem dentro do serviço hospitalar foi percebido que o autocuidado e a prevenção referente ao câncer de mama ainda não encontra-se difundido na população estudada embora muitas das respondentes sejam da área de saúde, vindo a confirmar resultados semelhantes a outros estudos publicados e elencados na revisão bibliográfica desse trabalho.

Infere-se nesse sentido a necessidade de esforço por parte do enfermeiro em trabalhar unindo teoria e prática, alinhando junta a percepção dos aspectos etiológicos, clínicos e patológicos, como meio de difundir, informar, atuar e ensinar sobre o câncer de mama, importância do autoexame e de medidas que possam prevenir ou até mesmo diagnosticar a existência precoce dessa enfermidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T. L. E. S.; RAMOS-BARBOSA, S.; PEREIRA-SILVA, J. L. Protocolos de rastreamento para o diagnóstico precoce do câncer de pulmão: passado, presente e futuro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 28, n. 5, p. 294-301, 2002.

ARTEAGA, T. C. S. Perfis da população que realiza ou não exame preventivo de câncer de colo uterino: comparação entre os estados do Rio de Janeiro e da Bahia. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 2008, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1799.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2014.

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

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. São Paulo: Guanabara, 2002.

BATISTON, A. P.; TAMAKI, E. M.; SOUZA, L. A.; SANTOS, M. L. M. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 2, p. 163-171, 2011.

BONTRAGER, K. L.; LAMPIGNANO, J. P. **Bontrager manual prático de técnicas e posicionamento radiográfico**: atlas de bolso. 8. ed. São Paulo: Elsevier, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 196/96 – CNS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_ver_sao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2014.

_____. **Lei nº 11.164, de 29 de abril de 2008a**. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11664.htm>. Acesso em: 9 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de bases técnicas APAC/ONCO**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/neoplas.mansia.htm>>. Acesso em: 3 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.183, de 3 de junho de 2009a**. Altera o procedimento mamografia unilateral (02.04.03.003-0) e inclui o procedimento Mamografia Bilateral para Rastreamento (02.04.03.018-8), com financiamento pelo

FAEC. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1183_03_06_2009.html>. Acesso em: 5 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.253, de 12 de novembro de 2013**. Altera atributos de procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/121246-1253.html>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.856, de 12 de julho de 2010**. Altera a Portaria 1183 e prorroga em dezoito meses o financiamento dos exames de mamografia pelo FAEC. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1856_12_07_2010.html>. Acesso em: 5 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 18, de 25 de julho de 2012a**. Incorpora o medicamento trastuzumabe no Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento do câncer de mama localmente avançado. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/114383-18.html>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014**. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0189_31_01_2014.html>. Acesso em: 5 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.012, de 23 de agosto de 2011a**. Estabelece recursos adicionais para o fortalecimento das ações de rastreamento e diagnóstico precoce dos cânceres do colo uterino e de mama. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/109365-2012.html?q=>>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.918, de 13 de novembro de 2007**. Exclui e altera procedimentos da tabela SIA/SUS e SIH/SUS relativos ao controle do câncer de colo do útero e de mama. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2918_13_11_2007.html>. Acesso em: 5 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 215, de 25 de junho de 2009b**. Prorroga o prazo para início da utilização exclusiva do SISMAMA para faturamento dos exames. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0215_25_06_2009.html>. Acesso em: 5 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 531, de 26 de março de 2012b**. Institui o Programa Nacional de Qualidade da Mamografia (PNQM). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0531_26_03_2012.html>. Acesso em: 5 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 558, de 24 de março de 2011b**. Constitui o Comitê Técnico Assessor para acompanhamento da política de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo de útero e de mama. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107617-558.html>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 779, de 31 de dezembro de 2008b**. Em vigor desde junho de 2009, institui o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-779.htm>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 779, de 31 de dezembro de 2008c**. Retificação. Vincula o faturamento de procedimentos como mamografia bilateral e exame citopatológico, entre outros, à prestação de informações de cadastro e de laudo, descritas no manual gerencial do sistema. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/6787f4004eb683f187cc97f11fae00ee/Retifica%C3%A7%C3%A3o+Portaria+n%C2%BA+779.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=6787f4004eb683f187cc97f11fae00ee>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 939, de 21 de dezembro de 2011c**. Altera o nome do procedimento Exame anatomo-patológico para congelamento/parafina (excetocolo uterino e mama) - peça cirúrgica. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0939_21_12_2011.html>. Acesso em: 5 jun. 2014.

BRENTANI, M. M.; COELHO, F. R. G.; KOWALSKI, L. P. **Bases da oncologia**. 2. ed. São Paulo: LEMAR, 2003.

BRITO, L. M. O.; CHEIN, M. B. C.; BRITO, L. G. O.; AMORIM, A. M. M.; MARANA, H. R. C. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, maio 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2014.

CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, R. M.; RODRIGUES, O. A. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 dez. 2015.

DALL'IGNA, C.; ANTUNES, M. B.; DALL'IGNA, D. P. Tratamento radioterápico dos tumores glômicos do osso temporal. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 71, n. 6, p. 752-757, nov./dez. 2005.

DIEGUES, S. R. S.; PIRES, A. M. T. Atuação do enfermeiro em radioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 251-255, jan. 1997.

DOLINA, J. V.; BELLATO, R.; ARAUJO, L. F. S. O adoecer e morrer de mulher jovem com câncer de mama. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001700022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 set. 2014.

DURAND, G. **Introdução geral à bioética**: história, conceitos e instrumentos. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário, 2007.

FERREIRA, M. L. M.; OLIVEIRA, C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 5-15, 2006.

FERREIRA, M. L. S. M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 378-84, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a20>>. Acesso em: 9 dez. 2014.

FREITAS JUNIOR, R.; KOIFMAN, S.; SANTOS, N. R. M.; NUNES, M. O. A.; MELO, G. G.; RIBEIRO, A. C. G.; MELO, A. F. B. Conhecimento e prática do auto-exame de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 337-41, 2006.

GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. Fontes utilizadas pelas mulheres para aquisição de conhecimentos sobre câncer de mama. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 38, v. 3, maio/jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rb/v38n3/24847.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2014.

HÖFELMANN, D. A.; ANJOS, J. CC.; AYALA, A. L. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000601813&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 dez. 2014.

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/situcancerbrasil/situcancerbras2006.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2014.

_____. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf>. Acesso em: 4 set. 2014.

_____. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014a. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2014.

_____. **Mama:** prevenção. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama+/prevencao>>. Acesso em: 8 nov. 2014b.

_____. **Mamografia:** da prática ao controle. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/qualidade_mamografia.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2014.

JHAM, B. C.; FREIRE, A. R. S. Complicações bucais da radioterapia em cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 72, n. 5, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992006000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 dez. 2014.

KATZ, A.; TEIXEIRA, C. H. A.; SAAD, E. D. Quimioterapia no carcinoma lobular invasivo: qual a evidência? **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-34, 2007.

LIMA, P. G. **Conceitos de ciência em diferentes perspectivas filosóficas métodos e técnicas de comunicação científica em educação**. 2010. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/34995109/CONCEITOS-DE-CIENCIA-EM-DIFERENTES-PERSPECTIVAS-FILOSOFICAS-METODOS-E-TECNICAS-DE-COMUNICACAO-CIENTIFICA-EM-EDUCACAO-Prof-Dr-Paulo-Gomes-Lima>>. Acesso em: 6 out. 2014.

LORENCETTI, A.; SIMONETTI, J. P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2014.

LOURENCO, T. S.; MAUAD, E. C.; VIEIRA, R. A. C. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, ago. 2013.

LUCENA, C. M.; SILVA JÚNIOR, G. A.; BARRA, A. A. **Propedêutica em mastologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 549 p.

MACCHETTI, A. H. Estadiamento do câncer de mama diagnosticado no Sistema Público de Saúde de São Carlos. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 394-402, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/revista>>. Acesso em: 9 ago 2014.

MALTA, D. C.; JORGE, A. O. Análise de tendência de citologia oncológica e mamografia das capitais brasileiras. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 66, n. 1, 2014. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252014000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2014.

MASSAD, E.; MENEZES, R. X.; SILVEIRA, P. S. P.; ORTEGA, N. R. S. **Métodos quantitativos em medicina**. São Paulo: Manole, 2004.

MEDEIROS, R. M.; SILVA, G.; CORRÊA, D.; LUZ, E. L.; SCHMIDT, P. C. Câncer de mama: análise situacional em uma cidade do norte do Rio Grande do Sul. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 2, n. 2, nov. 2013.

MELO, M. C. S. C.; SOUZA, I. E. O. Ambiguidade: modo de ser da mulher na prevenção secundária do câncer de mama. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MONTEIRO, A. P. S.; ARRAES, E. P. P.; PONTES, L. B.; CAMPOS, M. S. S.; RIBEIRO, R. T.; GONÇALVES, R. E. B. 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: 9 nov. 2014.

MONTEIRO, D. L. M.; TRAJANO, A. J. B.; MENEZES, D. C. S.; SILVEIRA, N. L. M.; MAGALHÃES, A. C.; MIRANDA, F. R. D.; CALDAS, B. Câncer de mama na gravidez e quimioterapia: revisão sistemática. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 2, mar./abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 dez. 2014.

NASCIMENTO, T. G.; SILVA, S. R.; MACHADO, A. R. M. Auto-exame de mama: significado para pacientes em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 557-561, jul./ago. 2009.

NAZÁRIO, A. C. P.; KEMP, C. Câncer de mama. In: LOPES, A. C. (Org.). **Diagnóstico e tratamento**. Barueri: Manole, 2007. p. 692-709.

NAZARIO, A. C. P.; REGO, M. F.; OLIVEIRA, V. M. Nódulos benignos da mama: uma revisão dos diagnósticos diferenciais e conduta. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jan. 2015.

NOGUEIRA, S. M. B.; DIÓGENES, M. A. R.; SILVA, Â. R. V. Auto-exame das mamas: as mulheres o conhecem?. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 7, n. 1, p. 84-90, jan./abr. 2006.

OSHIRO, M. L.; BERGMANN, A.; SILVA, R. G.; COSTA, K. C.; TRAVAIM, I. E. B.; SILVA, G. B.; THULER, L. C. S. Câncer de mama avançado como evento sentinela para avaliação do programa de detecção precoce do câncer de mama no centro-oeste do Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 15-23, 2014. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/04-artigo-cancer-de-mama-avancado-como-evento-sentinela-para-avaliacao-do-programa-de-

deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-centro-oeste-do-brasil.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2014.

OTTO, S. E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso Editores, 2002.

PEREIRA, M. B.; OLIVEIRA, J.; RIBEIRO, D. P.; CASTRO, B.; YAPHE, J.; SOUSA, J. C. Grupo etário e periodicidade recomendados para a mamografia de rastreio: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401135&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jan. 2015.

PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C.; PEREIRA, M. L. D.; BARROSO, M. G. T. O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 569-75jul./ago. 2005.

PINTO, A. C.; GIÓIA-MARTINS, D. F. Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios para intervenção psicológica. **Revista da SBPH**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 3-27, 2007.

POPIM, R. C. **O cuidador na ação de cuidar na enfermagem oncológica**: uma perspectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schütz. 2001. 124 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

RACHO, D.; VARGAS, V. R. A. Análise da prática e atitude sobre o exame preventivo de câncer de colo de útero em uma comunidade universitária. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 259-263, 2007. Disponível em: <<http://www.sbac.org.br/rbac/009/125.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2014.

RAMALHO, S.; MARTUCCI, O.; REDI, G.; GARCIA, A. H. R.; OLIVEIRA FILHO, J. A. Cânceres de mama triplo negativos e inflamatórios. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, São Paulo, v. 4, n. 12, p. 11-15, set./dez. 2007.

RAMOS, W. S. R.; SOUSA, F. S.; SANTOS, T. R.; SILVA JÚNIOR, W. R.; FRANÇA, I. S. X.; FIGUEIREDO, G. C. A. L. Sentimentos vivenciados por mulheres acometidas por câncer de mama. **Journal of the Health Sciences Institute**, Mirandópolis, v. 30, n. 3, p. 241-8, 2012.

RENCK, D. V.; BARROS, F.; DOMINGUES, M. R.; GONZALEZ, M. C.; SCLOWITZ, M. L.; CAPUTO, E. L.; GOMES, L. M. Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 88-96, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100088&lng=en&tlng=pt.10.1590/0102-311X00017113>. Acesso em: 6 jun. 2014.

RIBEIRO, P. B.; SCHIABEL, H.; PATROCINIO, A. C.; ROMERO, R. A. F. Análise da variação de textura em imagens mamográficas para classificação de massas suspeitas. In: WORKSHOP DE VISÃO COMPUTACIONAL, 4., 2008, Bauru. **Anais...**

Baurú: UNESP, 2008. Disponível em: <http://iris.sel.eesc.usp.br/wvc2008/Anais/Artigos/48452_1.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2014.

RIBEIRO, R. A.; CALEFFI, M.; POLANCZYK, C. A. Custo-efetividade de um programa de rastreamento organizado de câncer de mama no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, supl. 1, p. 131-145, nov. 2013.

RONCHI, S.; COSTA, L. D.; PERONDI, A. R.; BORTOLOTTI, D. S.; WIETZIKOSKI, E. C. Prevalência de alterações mamárias em mulheres atendidas em um município do estado do Paraná. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 113-120, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v35n2/pt_1983-1447-rngenf-35-02-00113.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2014.

SALLES, M. A.; MATIAS, M. A. R.; SOARES, P. C. M.; RESENDE, L. M. P.; GOBB, H. Abordagem atual do carcinoma ductal in situ da mama. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 19-27, jan. 2007.

SANTOS, J.; GICO, V. V.; REIS, L. A.; MARINHO, T. T. A. Estudos de revisão de literatura panorama do câncer de mama indicadores para a política de saúde no Brasil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 80-94, 2014.

SCHAFFER, J. I.; HOFFMAN, B. L.; SCHORGE, J. O. Doença mamária. In: _____. **Ginecologia de Williams**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2014. p. 333-352.

SELIGER, H. W.; SHOHAMY, E. **Second language: research methods**. New York: Oxford University Press, 1989.

SILVA, G.; SANTOS, M. A. "Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. **Texto & Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 561-8, 2008.

SILVA, J. M. T. S.; BUENO, A. P.; AMIN, V. H. G.; SUDAN, L. C. P. Autoexame de mamas e oncocitologia em trabalhadoras de saúde de Londrina – Paraná. **Ciência e Cuidados da Saúde**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 506-513, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/13416/pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2014.

SILVA, L. N. Síndrome do câncer de mama e ovário hereditário: reflexões e desafios. **Revista do Médico Residente**, Curitiba, v. 15, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/415/405>>. Acesso em: 9 set. 2014.

SILVA, P. A.; RIUL, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2014.

SILVA, R. C. S.; ASSIS, M.; MIGOWSKI, A. rastreamento do câncer de mama em debate. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 15, n. 2, 2013.

SILVA, R. M.; SANCHES, M. B.; RIBEIRO, N. L. R.; CUNHA, F. M. A. M.; RODRIGUES, M. S. P. Realização do auto-exame das mamas por profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 902-908, 2009.

SILVA, S. R.; MENDES, L. C.; SILVEIRA, C. F. Conhecimento de mulheres a respeito do exame de papanicolaou e do autoexame das mamas. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 2, n. 3, 2013.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Oncologia: cuidado de enfermagem à pessoa com câncer. In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 251-301.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratamento de pacientes com distúrbios vasculares cerebrais. In: _____. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 1996-2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Câncer de mama: estadiamento: tratamento**. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/downloads/estadiamento_e_tratamento.pdf>. Acesso em: 9 set. 2014.

SOUZA, A. G.; ROCHA, M. R.; CARDOSO, E. A. M.; FILIPINI, S. M. O conhecimento das mulheres em relação ao autoexame das mamas. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 14., 2008, São José dos Campos. **Anais...** São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba, 2008. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/0162_0524_01.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2014.

SZWARCWALD, C. L.; LEAL, M. D. C.; GOUVEA, G. C.; SOUZA, W. V. D. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da pesquisa mundial de saúde, 2003. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 511-522, 2005.

VAZ, A. F.; MACEDO, D. D.; MONTAGNOLI, E. T. L.; LOPES, M. H. B. M.; GRION, R. C. Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 288-297, maio/jun. 2002.

VICTOR, E. G.; PARENTE, B. O. Radioterapia mediastínica e lesão de tronco de coronária esquerda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 3, p. 295-297, 2004.

VIEIRA, S. C.; LUSTOSA, A. M. L.; BARBOSA, C. N. B.; TEIXEIRA, J. M. R.; BRITO, L. X. E.; SOARES, L. F. M.; FERREIRA, M. A. T. **Oncologia básica**. Teresina: Fundação Quixote, 2012. Disponível em: <<http://www.sbmastologia.com.br/Arquivos/Publicacoes/Oncologia-basica.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário

O questionário a ser respondido destina-se a uma pesquisa de cunho acadêmico, cujo tema principal é o câncer de mama. Sua participação é muito importante.

- 1) Período de realização da pesquisa () Matutino () Vespertino
- 2) É profissional da saúde? () sim () não
- 3) Idade _____
- 4) Profissão _____
- 5) Escolaridade:

() sem instrução	() 2º grau completo
() 1º grau incompleto	() superior incompleto
() 1º grau completo	() superior completo
() 2º grau incompleto	
- 6) Renda familiar mensal: _____
- 7) Casada () Solteira () Divorciada () Viúva (...)
- 8) Com que frequência você costuma fazer exame preventivo?

() duas vezes ao ano	() não faço
() uma vez ao ano	() outro _____
() a cada 02 anos	
- 9) Quando vai ao ginecologista é realizado o exame clínico de mamas?
() sim () não
- 10) Você sabe fazer o auto-exame de mamas?
() não () sim. Onde aprendeu? _____
- 11) Com que frequência você faz o auto-exame de mamas?

() semanalmente	() anualmente
() mensalmente	() nunca faz.
- 12) Você já fez mamografia ?
() não () sim. Há quanto tempo? ____ meses ____ anos

Obrigado por sua colaboração.

APÊNDICE B – Termo De Consentimento Livre E Esclarecido - TCLE

Eu, _____, por intermédio do presente termo de consentimento livre e esclarecido, concordo plenamente em participar do Projeto de Pesquisa intitulado câncer de mama: orientação de enfermagem na prevenção do câncer de mama em mulheres na faixa etária de 35 a 40 anos que tem por objetivo informar sobre o câncer de mama.

Tenho conhecimento que o estudo, projeto, procedimento não provoca nenhum dano físico ou emocional, que não há risco em participar da pesquisa.

Concordo também que minha participação no projeto se dê a título gratuito, não recebendo, portanto nenhum honorário ou gratificação referente ao projeto de pesquisa, bem como, não estou sujeito a custear despesas para a execução do projeto.

Tenho conhecimento que tenho o direito de me retirar do projeto a qualquer momento desde que faça comunicação ao professor orientador da pesquisa, por escrito, previamente.

Concordo com a possibilidade de as informações relacionadas ao estudo serem inspecionadas pelo professor orientador da pesquisa e pelos membros do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/INESUL, que qualquer informação a ser divulgada em relatório ou publicação, deverá sê-lo de forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.

Assim sendo, acredito ter sido suficientemente informado(a) à respeito das informações que li ou que foram lidas e explicadas para mim, descrevendo o estudo. Ficaram claros para mim, os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo em participar, voluntariamente, deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido.

Londrina ____, de _____ de 2014.

Participante do projeto

Nome completo _____ Assinatura: _____
Endereço: _____ Cidade: _____
Telefone: _____ CPF: _____

Pesquisador

Nome completo _____ Assinatura: _____
Endereço: _____ Cidade: _____
Telefone: _____ CPF: _____

APÊNDICE C - Artigo

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMADanile Franco Da Luz¹Tais Rocha²

Resumo: O câncer de mama é um dos, senão o mais temido pelas mulheres dado pelos efeitos psicológicos, distorção da percepção da sexualidade, da própria imagem corporal, etc. Mesmo o tratamento, exames preventivos e diagnósticos terem ao longo dos anos ganhado avanços esse tipo de câncer de mama é o que mais acomete o gênero feminino. Nesse sentido dentre os profissionais de saúde que atuam na prevenção, diagnóstico, tratamento e informação quanto a saúde da mulher destaca-se os de enfermagem uma vez que esse profissional que além de técnico também possui formas humanizadoras que corroboram tanto na questão terapêutica quanto na psicológica do paciente. a atuação dos enfermeiros brasileiros em ações que objetivam rastrear e diagnosticar precocemente o câncer de mama é incipiente, sendo um dos motivos a falta de sensibilização sobre o valor dessas ações no combate a essa enfermidade. Por meio de revisão bibliográfica o artigo buscou conhecer trabalhos publicados e indexados na base de dados BNCDF entre os anos de 2009 a 2014 que abordassem o papel da enfermagem quanto ao câncer de mama. Considera-se que as ações do enfermeiro em relação o câncer de mama são essenciais havendo falta de sensibilização desses profissionais no que se refere a divulgar as formas e estratégias que utilizam. Os profissionais de enfermagem que atuam em especial na atenção primaria devem ser incentivados a divulgar seus serviços e serem mais atuantes no contexto de estudos científicos.

Palavras-chave: Câncer de mama. Conhecimento. Prevenção. Papel da enfermagem.

Abstract: Breast cancer is one of, if not the most feared by women given by the psychological effects, distorted perception of sexuality, body image, etc. Even treatment, preventive examinations and diagnoses have over the years won advances this type of breast cancer is what most affects females. In this sense among health professionals working in prevention, diagnosis, treatment and information about women's health stands out nursing since this professional as well as technical also has humanizing ways that support both therapeutic and in psychological question of the patient. the performance of Brazilian nurses in actions aimed track and early diagnosis of breast cancer is incipient, one of the reasons the lack of awareness about the value of these shares in combating this disease. Through literature review sought to know the article published and indexed in BNCDF database between the years 2009 to 2014 that addressed the role of nursing as to

¹ Aluna do curso de Enfermagem.

² Aluna do curso de Enfermagem.

breast cancer. It is considered that the actions of the nurse regarding breast cancer are essential with a lack of awareness of these professionals with regard to disclose the ways and strategies they use. Nursing professionals who work especially in primary care should be encouraged to promote their services and be more autuantes in the context of scientific studies.

Kew-words: Breast cancer. Knowledge. Prevention. Role of nursing.

Introdução

Por séculos, o câncer foi considerado uma enfermidade dos países desenvolvidos e com grandes recursos financeiros, a partir da década de 70 sua incidência foi aumentada mudando a situação, uma vez que a maioria dos portadores de câncer é observada em países em desenvolvimento, em especial, os de médio ou pouco recurso. Para a organização mundial da saúde, até o ano de 2030 estima-se que 27 milhões de casos da doença se incida, 17 milhões de mortes ocorra e 75 milhões de pessoas sejam dele portadoras, especialmente em países cuja renda é baixa ou média. (INCA, 2011).

Há uma predominância de cânceres em relação ao volume de recursos financeiros entre os países, é percebido que nos com alto poder aquisitivo predomina o de pulmão, mama, próstata e cólon. Nos de baixo e médio recursos, os de estômago, fígado, colo de útero e dos instalados na cavidade oral. Não se pode criar padrões mais característicos de países ricos em relação aos demais, pois os padrões estão mudando rapidamente, sendo observado um aumento progressivo nos cânceres de pulmão, mama e cólon ou reto, que historicamente não eram e nem representavam grande importância e magnitude. (SABAS et al., 2012).

Ressalta-se que o câncer pode tornar um obstáculo de grande magnitude ao desenvolvimento sócio econômico em países emergentes como é o Brasil que a partir dos anos de 1960, as doenças tidas como principal causa de morte eram as infecciosas e parasitárias, foram substituídas pelas neoplasias e doenças do aparelho circulatório, tal progressão tem como fator principal o envelhecimento da população e um intenso processo de urbanização, juntamente com campanhas de promoção e recuperação da saúde. (INCA, 2011).

Revisão de Literatura

A mama feminina é formada por estruturas glandulares localizadas na parede anterior e superior do tórax. São provenientes das glândulas sudoríparas modificadas e, se dividem em estruturas menores denominadas lóbulos e ductos mamários.

Para a maioria das mulheres é um órgão que expressa a feminidade, maternidade entre outros, desta forma de acordo com estudos entre deles o de Ewald e Danielski (2013) possivelmente o câncer de mama é um dos, senão o mais temido pelas mulheres dado pelos efeitos psicológicos, distorção da percepção da sexualidade, da própria imagem corporal, etc. Mesmo o tratamento, exames preventivos e diagnósticos terem ao longo dos anos ganhado avanços esse tipo de câncer de mama é o que mais acomete o gênero feminino.

O tratamento envolve uma série de procedimentos que vão desde as cirurgias até quimioterapias, não esquecendo também das radioterapias e bioterapias, podendo ocorrer concomitantemente ou não.

O câncer inicia-se devido a anormalidade e transformação de uma célula devido mutações genéticas, vindo proliferar e invadir tecidos adjacentes e vasos linfáticos e sanguíneos. Há também o risco de ocorrer o transporte às outras áreas do corpo que por sua vez pode vir a formar metástases, comumente conhecido como câncer maligno.

Nesse sentido o processo do câncer de mama dá-se pelos estágios de iniciação, promoção e progressão. (LUCENA; SILVA JUNIOR; BARRA, 2005). Divide-se em diversos tipos dentre eles destaca-se o Carcinoma Ductal Invasivo que é o mais prevalente, respondendo segundo Schaffer, Hoffman e Schorge (2014) por aproximadamente 80% dos casos, estando em segundo lugar o Carcinoma Lobular Invasivo. (KATZ; TEIXEIRA; SAAD, 2007).

O Carcinoma Ductal In Situ – CDIS é o mais comum no tocante a câncer de mama não invasivo. Se retirado a tempo é incapaz de invadir outros tecidos e se espalhar nas veias e/ou vasos linfático e quando não extirpado a tempo potencializa a evolução e desenvolvimento de uma forma invasiva de câncer. (SCHAFFER; HOFFMAN; SCHORGE, 2014).

Há também o Carcinoma Lobular In Situ- CLIS, cuja característica é a

anormalidade de crescimento nas células dos lóbulos, podendo evoluir para formas invasivas de câncer de mama. Este tipo de enfermidade também é denominado como neoplasia lobular in situ e na maioria dos casos sua ação compromete os lóbulos sendo denominada multifocalidade. O CLIS, embora não invasivo, indica uma grande margem para o desenvolvimento de uma forma invasiva de câncer e na maioria das vezes ocorre antes da menopausa. (SALLES et al., 2007).

Tem-se também o Câncer de Mama Inflamatório que na maioria dos casos acomete mulheres mais jovens, sendo um tipo raro e altamente agressivo. Caracteriza-se pela vermelhidão e edema na pele da mama e aumento da temperatura local e em muitas ocasiões não aparenta massa ou nódulo palpáveis, mas pode apresentar mamilo invertido, aumento do tamanho dos gânglios na axila. (RAMALHO et al., 2007).

Um outro tipo de câncer é denominado Doença de Paget onde há presença de células cancerosas no mamilo, irritação local, descamação, prurido e vermelhidão. Estando em grande parte associado à presença de carcinoma ductal in situ ou outra forma invasiva de câncer em alguma região da mama. (SCHAFFER; HOFFMAN; SCHORGE, 2014).

O Câncer de Mama Recidivado ou Metastático invade tecidos adjacentes vindos a disseminar-se nos vasos linfáticos e/ou venosos. Há risco de que no processo de cirurgias curativas fiquem células no local da ressecção tumoral potencializando uma posterior recidiva local ou invasão dos vasos linfáticos e/ou nas veias podendo ocorrer recidiva regional em especial nos vasos linfáticos e gânglios da axila recebendo o nome de metastática. (VIEIRA et al., 2012).

Ressalta-se que nesses casos há um alto risco de que as células se alojem em outras regiões do corpo ou ainda em mais de um local, sendo os órgãos mais prevalentes ossos, fígado, pulmões, gânglios e cérebro.

Quanto aos seus estágios, o câncer de mama dividem-se em Estádio 0 onde o tumor não é não invasivo, Estádio I onde o volume é de até 2cm sem comprometimento de linfonodos, Estádio II A (tumor de até 2 cm) onde há no máximo três linfonodos axilares, podendo ainda apresentar volume de até 5cm sem comprometimento dos linfonodos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2014).

No Estádio II B o tumor pode haver presença de tumor de até 5 cm (com

comprometimento de até 3 linfonodos), havendo casos cujo volume ultrapassa a 5cm mas sem comprometimento de linfonodos, enquanto que no Estádio III A apresenta tumor maior que 5cm e presença de comprometimento de até 9 linfonodos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2014).

Os mais agravantes são: Estádio III B, nesses casos o tumor invadiu a parede torácica ou pele e apresenta no máximo 9 linfonodos, enquanto o Estádio III C o tumor já compromete 10 ou mais linfonodos independente do seu tamanho. Por fim, o Estádio IV onde há presença da doença metastática. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2014).

Para Porto, Teixeira e Silva (2013) a partir da década de 80 iniciaram-se no Brasil ações em prol de controle do câncer de mama tendo como marco histórico a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher cujo objetivo foi de ampliar os cuidados em relação a saúde da mulher ou seja, não restringir-se a questão básica dos cuidados tradicionais destinados a atenção ao ciclo gravídico-puerperal.

Nesse sentido dentre os profissionais de saúde que atuam na prevenção, diagnóstico, tratamento e informação quanto a saúde da mulher destaca-se os de enfermagem uma vez que esse profissional que além de técnico também possui formas humanizadoras que corroboram tanto na questão terapêutica quanto na psicológica do paciente. (SILVA; MENDES; SILVEIRA, 2013).

Para Vaz et al. (2002) o câncer é uma enfermidade carregada de estigmas especialmente em relação a morte. Nesse sentido o enfermeiro necessita estar sempre buscando aprimorar seus conhecimentos para que possa repassar informações corretas e assim, auxiliar na quebra de mitos e conceitos errados quanto a prevenção, diagnóstico e tratamento sem esquecer de considerar a integridade e nível de conhecimento do paciente e seus familiares

Ainda segundo Vaz et al. (2002) o enfermeiro pode atuar em campanhas que visem a conscientização das mulheres através de campanhas educativas sobre a importância da prática do autoexame das mamas pois sabe-se que a detecção do câncer nos estágios iniciais aumenta as chances de cura evitando assim de tratamentos agressivos em especial a mastectomia.

Lourenço, Mauad e Vieira (2013) atenta que em países desenvolvidos tanto o rastreamento para o câncer de mama quanto a periódica realização regular do

exame de mamografia é uma realidade, sendo a enfermagem atuante através de diversas maneiras neste processo e também no enfrentamento das barreiras relacionadas com a não adesão ao rastreamento.

De acordo com Cavalcante et al. (2013) a atuação dos enfermeiros brasileiros em ações que objetivam rastrear e diagnosticar precocemente o câncer de mama é incipiente, sendo um dos motivos a falta de sensibilização sobre o valor dessas ações no combate a essa enfermidade.

Tal ideia foi a responsável para o objetivo desse artigo que é de conhecer os trabalhos publicados e indexados na base de dados BDNF entre os anos de 2009 a 2014 que abordassem o papel da enfermagem quanto ao câncer de mama.

Metodologia

Os dados foram coletados por meio de pesquisa dos artigos indexados pelo banco de dados da Bireme. Tal escolha justifica pelo fato de que a Bireme é um centro especializado da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) criada no Brasil em 1967, juntamente com a colaboração do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, bem como, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo.

A BIREME através de sua Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) contém uma rede de fontes de informação possibilitando o acesso à informação científica para profissionais da saúde, acadêmicos, estudantes ou indivíduos interessados (BIREME; OPAS; OMS, 2014).

Seu banco de dados tem o intuito de atender a crescente demanda de publicação de literatura científica, dos sistemas nacionais de saúde, comunidades de pesquisadores, profissionais e acadêmicos da citada área (OPAS, 2014).

As buscas foram realizadas no mês de dezembro do ano de 2014. Primeiramente foi utilizado as palavras chave câncer de mama and papel da enfermagem tendo sido encontrados 360 artigos.

Decidiu-se então refinar a pesquisa por meio do uso de filtros delimitadores ofertados pelo banco de dados. **Desta forma optou-se utilizar as palavras chave câncer de mama and papel da enfermagem e os seguintes filtros:** Texto completo, Base de dados BDNF - enfermagem (Brasil), Idioma Português, Ano de

publicação 2009 a 2014, Tipo de documento Artigo. Resultando no total de 8 artigos.

A opção por utilizar a base de dados BDEF deve-se ao fato de que a mesma é especializada na área de Enfermagem.

Tal base de dados foi criada no ano de 1988 e é desenvolvida pela Biblioteca J. Baeta Vianna, do Campus da Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais a fim de facilitar o acesso e a difundir as publicações da área de enfermagem tanto as bibliografias nacionais quanto as internacionais.

A Base de dados BDEF é patrocinada pelo PRODEN - Programa de Desenvolvimento da Escola de Enfermagem / UFMG por meio de convênio estabelecido com o Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Além de artigos agrega documentos convencionais e não convencionais, a exemplo: livros, teses, manuais, folhetos, congressos, separatas e publicações periódicas nacionais e internacionais. Ressalta-se que esse banco de dados tem as informações constantemente atualizadas. (BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE – ONCOLOGIA, 2014).

Após o levantamento de dados, realizou-se a leitura de todos os artigos do estudo, a fim de cientificar-se qual o conteúdo das conclusões sobre o papel do enfermeiro na atenção e prevenção do câncer de mama.

Análise dos Dados

Os anos de 2013, 2012 e 2009 representam 25% cada qual por apresentar dois artigos, seguido de 2011 e 2010 com uma publicação cada qual (12,5%). Foi percebido que o ano de 2014 não foi contemplado.

Em relação aos periódicos, a revista Ciência, Cuidado e Saúde foi a mais prevalente por apresentar quatro artigos indexados, tal periódico é de responsabilidade da Universidade Estadual de Maringá, e sua publicação foi iniciada no ano de 2002.

Os demais periódicos tiveram cada qual um artigo indexado, desta forma, a Revista Brasileira de Enfermagem, destaca-se por ser a mais antiga, tendo iniciado suas publicações no ano de 1955, sendo da Associação Brasileira de Enfermagem. Em seguida tem-se a Revista da Escola de Enfermagem da USP, cuja publicação iniciou-se no ano de 1967, sendo a Universidade de São Paulo responsável pela

mesma. Já a Revista Mineira de Enfermagem é de responsabilidade da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e sua publicação foi iniciada no ano de 1997. Por fim, a Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online) teve sua primeira publicação no ano de 2009 e é de responsabilidade da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Em relação ao papel da enfermagem, Lourenço, Mauad e Vieira (2013) por meio de sua revisão integrativa realizada no Banco de Dados PubMed e Lilacs concluíram haver efetividade da enfermagem em relação ao rastreamento do câncer de mama, por meio de novas perspectivas de atuação profissional, tendo um contexto multidisciplinar de qualificação de ações no que se refere à saúde da mulher.

O estudo de Pereira et al. (2013) cujo método foi qualitativo, teve cenário de cinco mulheres que tiveram câncer de mama, cuja coleta ocorreu entre agosto e outubro de 2011, segundo as entrevistadas, o câncer de mama embora permeado de dor e sofrimento especialmente quando se trata de mulheres mastectomizadas, pode trazer a tona resiliência. A enfermagem dentro desse contexto tem um papel fundamental uma vez que seus profissionais podem articular meios para que a mulher possa ser reinserida socialmente e dentro das atividades que podem ser executadas pelos profissionais de enfermagem, destaca-se as de promoção à saúde, articulação dos cuidados, entre outros.

O trabalho de Costa et al. (2012) foi compreender a percepção de mulheres durante o tratamento quimioterápico para câncer de mama quanto aos cuidados realizados pelo enfermeiro. Abarcou nove mulheres entre os meses de agosto e setembro de 2008 em dois centros oncológicos em Minas Gerais. O resultado mostrou que as pacientes reconheceram habilidades técnicas e humanas desse profissional tendo sido destacados as estratégias humanizadas e qualificadas. Entretanto, foi percebido também que as entrevistadas não conseguiam diferenciar o enfermeiro de sua equipe vindo então a inferência de que esse profissional deve atuar de forma mais visível no tocante as suas práticas de assistência dentre as relações entre enfermeiro e paciente.

Cestari e Zago (2012) analisaram o impacto das questões de gênero nos comportamentos de prevenção do câncer nas mulheres e sua relação com as ações de cuidado de enfermagem. O estudo foi realizado com nove mulheres usuárias de

uma Unidade de Saúde do Paraná no ano de 2004 tendo sido percebido que o fato de o profissional que realiza o exame ginecológico ser homem ou mulher interfere na adesão às práticas de prevenção.

Muitas das entrevistadas relataram sentimentos de vergonha e violência quando a coleta era realizado por homens e quando a coleta era realizada por profissionais do gênero feminino havia melhor aceitação do exame.

Soube-se também que para algumas, desnudar-se na frente de um homem é mais fácil já que os mesmos para elas são mais profissionais já que as enfermeiras possuem uma relação mais próxima e mais afetiva e, confundidas neste papel, não teriam uma conduta profissional adequada. Sendo assim, Cestari e Zago (2012) ressaltaram a necessidade de inclusão da discussão de gênero em programas de prevenção como essenciais a fim de garantir a adesão das mulheres a programas de prevenção do câncer cérvico-uterino e de mamas.

Nascimento et al. (2011) através de pesquisa exploratório-descritiva com abordagem quantitativa, buscou identificar as estratégias de enfrentamento de 200 familiares de mulheres com diagnóstico de câncer de mama pacientes do Ambulatório do Hospital Santa Rita de Cássia, em Vitória, no Espírito Santo entre agosto a dezembro de 2007.

O resultado apontou que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas são as centradas no problema, e as menos as focadas na emoção, e que o papel da enfermagem é importante para compreender e contextualizar a experiência de cada familiar e paciente e assim auxiliá-los no reconhecer estratégias que minimizem o estresse e os estressores. (NASCIMENTO et al., 2011).

A fim de compreender o conhecimento, as preocupações e as expectativas de pacientes portadoras de câncer de mama em relação à mastectomia Alves et al. (2010) entrevistou-se 11 pacientes internadas no pré-operatório da cirurgia, no Hospital das Clínicas de Fortaleza no mês de dezembro de 2008 utilizando o método hermenêutico-dialético .

Foi percebido que as pacientes passam por um pré-operatório estressante por não terem informações sobre a cirurgia, sentem ansiedade e medo do futuro e ainda sentimentos de pânico e choque diante devido a necessidade de retirada da mama.

Alves et al. (2010) em suas considerações ressaltou a importância do papel

educativo e apoio emocional advindo da equipe de enfermagem como meio de minimizar o drama que vivenciam.(AU).

O câncer de mama na gestação não é um assunto trabalhado com assiduidade pela literatura, bem como seu diagnóstico. Para Lima et al. (2009) o enfermeiro que atua na atenção primária tem papel atuante em relação a detecção precoce tanto do câncer de mama quanto de colo uterino já que a ele compete realizar coleta de material para exames colposcópico e clínico das mamas.

Através de pesquisa bibliográfica realizada na base LILACS Lima et al. (2009) analisou trabalhos sobre os cânceres de mama e cervicouterino durante a gestação. Tendo percebido que são poucos estudos voltados à compreensão do impacto da vivência do câncer na gestação e raros os estudos epidemiológicos sobre a questão. De acordo com os autores a falta de interesse por estudos sobre temática por parte dos profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro. Nesse sentido considera importante realizar pesquisas sobre o assunto como meio de subsidiar e incentivar a realização de práticas preventivas no cuidado à gestante.

Já Feijó et al. (2009) em sua pesquisa descritiva e exploratória, com enfoque qualitativo abordou sobre a percepção da mulher em tratamento radioterápico acerca das relações familiares.

O estudo contou com a participação de seis mulheres em tratamento radioterápico por meio de entrevista semiestruturada, que foi realizada em um Serviço de Radioterapia. Foi observado que a família deve ser um alicerce para seu familiar doente, como meio de enfrentar a doença e o tratamento sem se desalentar e ainda foi salientado a importância das ações dos enfermeiros ao cuidar da mulher acometida por câncer de mama, uma vez que os familiares também se encontram em situação de doença.

Considerações Finais

A análise dos dados permitiu considerar que as ações do enfermeiro em relação o câncer de mama são essenciais, entretanto ainda se percebe uma certa falta de sensibilização desses profissionais no que se refere a divulgar as formas e estratégias que utilizam, uma vez que embora a literatura não aponte trabalhos que busquem divulgar tal temática os profissionais de enfermagem atuam em especial

na atenção primária devendo ser incentivados a divulgar seus serviços e serem mais atuantes no contexto de divulgação científica.

Referências

ALVES, P. C.; SILVA, A. P. S.; SANTOS, M. C. L.; FERNANDES, A. F. C. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 989-995, dez. 2010.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE – ONCOLOGIA. **Bases de dados internacionais**. Disponível em: <<http://www.bvsoncologia.org.uy/php/level.php?lang=pt&component=17&item=119>>. Acesso em: 9 nov. 2014.

BIREME; OPAS; OMS. **Rede de fontes de informação**. Disponível em: <<http://guiabvs2011.bvsalud.org/operacao-da-bvs/redes-de-conteudos/qualidade-das-fontes-de-informacao/>>. Acesso em 20 dez. 2014.

CAVALCANTE, S. A. M.; SILVA, F. B.; MARQUES, C. A. V.; FIGUEIREDO, E. N.; GUTIÉRREZ, R. Ações do enfermeiro no rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 459-466, 2013.

CESTARI, M. E. W.; ZAGO, M. M. F. A atuação da enfermagem na prevenção do câncer na mulher: questões culturais e de gênero. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, p. 1076-182, jan./mar. 2012.

COSTA, W. B.; VIEIRA, M. R. M.; NASCIMENTO, W. D. M.; PEREIRA, L. B.; LEITE, M. T. S. Mulheres com câncer de mama: interações e percepções sobre o cuidado do enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 31-37, jan./mar. 2012.

EWALD, F.; DANIELSKI, K. Cuidado de enfermagem diante o diagnóstico de câncer de mama. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 2, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://www.uniarp.edu.br/periodicos/index.php/ries/article/view/100>>. Acesso em: 8 out. 2014.

FEIJÓ, A. M.; SCHWARTZ, E.; JARDIM, V. M. R.; LINCK, C. L.; ZILLMER, J. G. V.; LANGE, C. O papel da família sob a ótica da mulher acometida por câncer de mama. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, p. 79-84, dez. 2009.

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf>. Acesso em: 4 set. 2014.

KATZ, A.; TEIXEIRA, C. H. A.; SAAD, E. D. Quimioterapia no carcinoma lobular invasivo: qual a evidência? **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-34, 2007.

LIMA, A. P.; TEIXEIRA, R. C.; CORRÊA, Á. C. P.; OLIVEIRA, Q. C. Câncer de mama e de colo uterino no período gestacional: uma revisão de literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 4, p. 699-706, out./dez. 2009.

LOURENCO, T. S.; MAUAD, E. C.; VIEIRA, R. A. C. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, ago. 2013.

LUCENA, C. M.; SILVA JÚNIOR, G. A.; BARRA, A. A. **Propedêutica em mastologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

NASCIMENTO, A. N.; CASTRO, D. S.; AMORIM, M. H. C.; BICUDO, S. D. S. Estratégias de enfrentamento de familiares de mulheres acometidas por câncer de mama. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 789-794, out./dez. 2011.

OPAS. **Sobre a BIREME**. Disponível em:

<http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=55&lang=pt>. Acesso em: 9 nov. 2014.

PEREIRA, C. M.; PINTO, B. K.; MUNIZ, R. M.; CARDOSO, D. H.; WEXEL, W. P. O adoecer e sobreviver ao câncer de mama: a vivência da mulher mastectomizada. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3837-3846, abr./maio 2013.

PORTO, M. A. T.; TEIXEIRA, L. A.; SILVA, R. C. F. História do controle do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 331-339, 2013.

RAMALHO, S.; MARTUCCI, O.; REDI, G.; GARCIA, A. H. R.; OLIVEIRA FILHO, J. A. Cânceres de mama triplo negativos e inflamatórios. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, São Paulo, v. 4, n. 12, p. 11-15, set./dez. 2007.

SABAS, C. V.; BRITO, L. X. E.; SOARES, L. F. M.; TEIXEIRA, J. M. R.; LUSTOSA, M. L.; BARBOSA, C. N. B.; FERREIRA, M. A. T. **Oncologia básica**. Teresina: Fundação Quixote, 2012.

SALLES, M. A.; MATIAS, M. A. R.; SOARES, P. C. M.; RESENDE, L. M. P.; GOBB, H. Abordagem atual do carcinoma ductal in situ da mama. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 19-27, jan. 2007.

SCHAFFER, J. I.; HOFFMAN, B. L.; SCHORGE, J. O. Doença mamária. In: _____. **Ginecologia de Williams**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2014. p. 333-352.

SILVA, S. R.; MENDES, L. C.; SILVEIRA, C. F. Conhecimento de mulheres a respeito do exame de papanicolaou e do autoexame das mamas. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 2, n. 3, p. 4-17, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Câncer de mama**: estadiamento: tratamento. Disponível em:
<http://www.sbmastologia.com.br/downloads/estadiamento_e_tratamento.pdf>.
Acesso em: 9 set. 2014.

VAZ, A. F.; MACEDO, D. D.; MONTAGNOLI, E. T. L.; LOPES, M. H. B. M.; GRION, R. C. Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 288-297, maio/jun. 2002.

VIEIRA, S. C.; LUSTOSA, A. M. L.; BARBOSA, C. N. B.; TEIXEIRA, J. M. R.; BRITO, L. X. E.; SOARES, L. F. M.; FERREIRA, M. A. T. **Oncologia básica**. Teresina: Fundação Quixote, 2012. Disponível em:
<<http://www.sbmastologia.com.br/Arquivos/Publicacoes/Oncologia-basica.pdf>>.
Acesso em: 9 ago. 2014.