

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

FERNANDA DE FÁTIMA SOARES

**UMA PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO
PROTOCOLAR DE ENFERMAGEM COMO UMA
ESTRATÉGIA EM PACIENTES PORTADORAS DE
CÂNCER DE MAMA**

**PATOS DE MINAS
2010**

FERNANDA DE FÁTIMA SOARES

**UMA PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO
PROTOCOLAR DE ENFERMAGEM COMO UMA
ESTRATÉGIA EM PACIENTES PORTADORAS DE
CÂNCER DE MAMA**

Monografia apresentada a Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. José Henrique Nunes Borges de Andrade.

**PATOS DE MINAS
2010**

628.4.046 SOARES, Fernanda de Fátima

Uma proposta de sistematização protocolar de enfermagem como uma estratégia em pacientes portadoras de câncer de mama

M149i Uma proposta de sistematização protocolar de enfermagem como uma estratégia em pacientes portadoras de câncer de mama / Fernanda de Fátima Soares. - Patos de Minas/MG, 2010. 35 p.

Monografia de Graduação - Faculdade Patos de Minas – FPM

Orientador: Prof. Esp. José Henrique Nunes Borges de Andrade
Câncer de Mama. Protocolo de Assistência de Enfermagem.

1 Câncer de Mama 2 Protocolo de Assistência de Enfermagem

Fonte: Faculdade Patos de Minas – FPM. Biblioteca

FERNANDA DE FÁTIMA SOARES

UMA PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO PROTOCOLAR DE
ENFERMAGEM COMO UMA ESTRATÉGIA EM PACIENTES
PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA

Monografia aprovada em ____ de ____ de _____ pela comissão examinadora
constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof. Esp. José Henrique Nunes Borges de Andrade
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof. Luis Carlos Oliveira
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof. Esp. Cristiana da Costa Luciano
Faculdade Patos de Minas

Dedico este trabalho aos meus pais, meus irmãos, meu filho, as minhas amigas, Lays, Andréia, Rejane, a minha tia Marlene e a todas as pessoas que me apoiaram nesta trajetória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir a realização de um sonho, me abençoando e me ajudando a vencer os obstáculos que encontrei nesta trajetória.

A meu pai Dionísio, e minha mãe Elizabeth a quem dedico todo meu esforço, obrigado pai por ter sido a palavra chave na minha formação de graduação e de vida. Com seus exemplos de humildade, sabedoria e principalmente sua dedicação e preocupação comigo. Mãe você foi a minha inspiração, minha fonte de esperança.

Lucas meu filho, por ter ficado sozinho tantas noites esperando meu retorno. Perdoe-me pela ausência meu companheiro, minha luz. Espero poder recuperar o tempo ausente, as brincadeiras que ficou pra traz.

A minha irmã que esteve comigo nas horas que mais precisei me dando suporte e me ajudando a educar meu filho nos momentos de ausência, meu cunhado Manuel, que tomei a liberdade se considerá-lo como irmão, amigo pra todos os de obstáculos enfrentados durante esta jornada.

Ao meu irmão Sergio por fazer parte da minha vida, me protegendo da maneira dele.

Ao meu orientador César Romero Soares Sousa pela paciência, dedicação, pelas palavras sabia que não só me ajudou na conclusão do meu trabalho, mas que servirão de exemplo pra toda vida. Palavras estas que estarão sempre em minha memória. Incentivou-me, ofereceu apoio, e não deixou que eu desistisse em nenhum momento.

“Se alguém procura a saúde, pergunta-lhe primeiro se está disposto a evitar no futuro as causas da doença; em caso contrário, abstém-te de o ajudar”.

Sócrates

RESUMO

A mama desempenha um papel significativo na sexualidade da mulher e embora a nova tecnologia para o diagnóstico e tratamentos dos distúrbios da mama estejam avançados a resposta das mulheres frente ao câncer de mama é o medo da desfiguração, a perda da sexualidade e medo da morte. Considerando que a mulher vivencia situações singulares, após a descoberta da doença, que interessam à assistência de enfermagem no âmbito de pesquisa e cuidados. Nas últimas décadas tem ocorrido em todo o mundo, significativo aumento da incidência do câncer de mama. Conseqüentemente da mortalidade associada à neoplasia. Ao que tudo indica, o câncer de mama é o resultado da interação de fatores genéticos com estilo de vida, hábitos reprodutivo e meio ambiente. Pacientes portadores de câncer de mama necessitam da assistência de enfermagem em todas as fases do tratamento desde os exames clínicos e físicos até a mamoplastia.

Palavras-chave: Câncer de Mama. Protocolo de Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

The breast plays a significant role in female sexuality and although the new technology for diagnosing and treating disorders of breast advanced are the answer for women facing breast cancer is the fear of disfigurement, loss of sexuality and fear of death. Considering that women face unique situations, after the discovery of the disease of interest to nursing in research and care. In recent decades has occurred worldwide, a significant increase in the incidence of breast cancer. Consequently mortality associated with cancer. By all indications, breast cancer is the result of the interaction of genetic factors with lifestyle, reproductive habits and environment. Cancer patients mana need nursing care in all phases of treatment from the clinical and physical to the breast.

Keywords: Breast cancer. Nursing care protocol.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Anatomia aplicada de mama.....	16
Figura 2 - Anatomia aplicada de mama.....	19
Figura 3 - 3 razões para fazer o auto-exame das mamas.....	24
Figura 4 - Câncer de mama com envolvimento de metástase linfonodos e mastectomia radical.....	25
Figura 5 - Câncer de mama com envolvimento de metástase linfonodos e mastectomia radical.....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Taxas de mortalidade por câncer, brutas e ajustadas por idade, pela população mundial e brasileira, por 100.000 Homens e Mulheres, Brasil, entre 2007 e 2007.....	17
Tabela 2	- Número médio de anos potenciais de vida perdidos por câncer de Mama, por 1.000 mulheres, Brasil, entre 2000 e 2007, partindo da premissa que o limite superior é 70 anos.....	18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	- Instituto Nacional de Câncer
QV	- Qualidade de vida
UTDL	- Unidade Terminal ducto-lobular

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	CÂNCER E VIAS DE DISSEMINAÇÃO	15
2.1	Câncer de mama.....	16
2.2	Anatomia da mama.....	19
3	A INFLUÊNCIA HORMONAL NO CÂNCER DE MAMA.....	21
3.1	Auto-exame das mamas.....	23
3.2	A dor do câncer.....	26
4	FISIOLOGIA DA DOR.....	27
4.1	Fatores de risco Sinais e Sintomas Câncer de mama.....	28
4.2	Sistematizações do protocolo e estratégia de assistência.....	29
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
	REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

A mama desempenha um papel significativo na sexualidade da mulher e embora as novas tecnologia para o diagnóstico e tratamento dos distúrbios da mama estejam avançados a resposta das mulheres frente ao câncer de mama é o medo da desfiguração, a perda da sexualidade e medo da morte.

O objetivo desta revisão bibliográfica é enfatizar a importância de uma estratégia protocolar de assistência de enfermagem em pacientes portadores de câncer de mama, destacando e valorizando o papel do profissional de enfermagem inserido na equipe multiprofissional no acompanhamento de diagnóstico, educação e orientações em pacientes portadores de câncer de mama. Buscar novas tecnologia e estratégias para contribuir com a ampliação dos conhecimentos da enfermagem sobre o tratamento de câncer de mama.

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo. No qual será utilizada uma revisão sistemática da literatura utilizando a pesquisa empírica objetivando a consultas bibliográfica, tendo como fontes: livros, através de empréstimos, consultas, aquisições, artigos em periódicos, sites científicos e teses, monografias e dissertações.

Diante da incidência elevada e a taxa de mortalidade de câncer de mama qual a importância da enfermagem conhecer o protocolo de assistência ao câncer de mama? O papel do protocolo de assistência de enfermagem é essencial para proporcionar melhor qualidade de vida (QV), conhecimento, estrutura psicológica a fim de fundamentar a prática clínica, assim como direcionar estratégias de ação e medidas educativas, além de identificar o impacto do câncer, preparar a paciente para possíveis intercorrências, tais como da queda de cabelo, a dor, mudança dos hábitos diários, sociais psicológicos, imagem corporal.

A atuação da enfermagem no acompanhamento de pacientes no tratamento de câncer de mama na adaptação ao processo oncológico frente as necessidades de cada indivíduo diferem muito entre si, pois estão relacionadas com diversas etapas; diagnóstico inicial, tratamento, controle, doença avançada e morte ou sobrevivida que pode ou não ser prolongada (ROBINS; COTRAN; ZACHARIAS, 2005).

Após feito uma análise através de pesquisa bibliográfica, artigos científicos revistas, livros, dissertações e teses que abordassem o tema câncer de mama foi realizada a leitura para a construção desta pesquisa. No primeiro capítulo foi abordado à definição de câncer e suas vias de disseminação bem como tabelas de mortalidade por câncer, brutas e ajustadas por idade, pela população mundial e brasileira. No segundo capítulo foi discutido sobre a influência hormonal no câncer de mama, Fisiologia e anatomia da mama. Já o terceiro capítulo, encontra se em destaque o protocolo de assistência da enfermagem, bem como sugestões de cuidados.

2 CÂNCER E VIAS DE DISSEMINAÇÃO

O surgimento e o tratamento do câncer dependem da intensidade, duração e exposição das células cancerosas. Câncer é um processo maligno com um crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Esse processo patológico inicia quando uma célula normal é transformada por mutação genética do DNA ignorando o crescimento fisiológico normal. Com a proliferação das células anormais estas células tendem a ser muito agressivas e incontrolláveis, ocorrendo à invasão nos tecidos, ganhando acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos, onde serão carreados até outras áreas do corpo. As células cancerosas também descritas como neoplasias malignas. Neoplasia (crescimento celular desordenado) Hiperplasia (aumento do número celular nos tecidos) metaplasia (mudanças de estágio entre células maduras) displasia (crescimento anômalo das células) Anaplasia (são células que diferem por formato e tamanho e são malignas) (SMELTER; BARE, 2005).

“Hipócrates, em 500 a.C na Grécia, foi o primeiro a descrever a palavra “carcinoma” e defini-la como câncer posteriormente como uma doença de mal prognóstico. Desde essa época, os pacientes reagem com medo e desespero ante o diagnóstico” (MOHALLEM; RODRIGUES, p. 3, 2007).

As células malignas têm pouca semelhança com as normais dos tecidos das quais se originaram, causam destruição tecidual, provocam o surgimento de outras patologias tais como anemia, fraqueza e perda de peso. Pode levar a morte, a menos que o crescimento desordenado das células cancerosas seja controlado. As células benignas, geralmente um tumor benigno não provoca a morte, a menos que interfira nas funções vitais. O tumor cresce e não ocorre à infiltração no tecido circunvizinho, ele é encapsulado. A velocidade de crescimento é lenta e não dissemina por metástase. Metástase consiste na disseminação das células tumorais para outras regiões do corpo, através da circulação sanguínea ou linfática (ROBINS; COTRAN; ZACHARIAS, 2005).

“As vias de disseminação do câncer ocorrem na implantação das cavidades e superfícies corporais, o implante pode ocorrer sempre que uma neoplasia maligna

penetrar num campo aberto, como cavidade peritoneal, pleural, pericárdia. Na disseminação linfática é facilitada devido às interconexões do sistema linfático com o sistema vascular. A disseminação hematogênica com a invasão venosa, as células produzidas pelo sangue seguem o fluxo venoso de drenagem do local do neoplasma, o fígado e os pulmões estão envolvidos nessa disseminação hematogênica.” (ROBBINS; COTRAN; ZACHARIAS, p. 292-293, 2005).

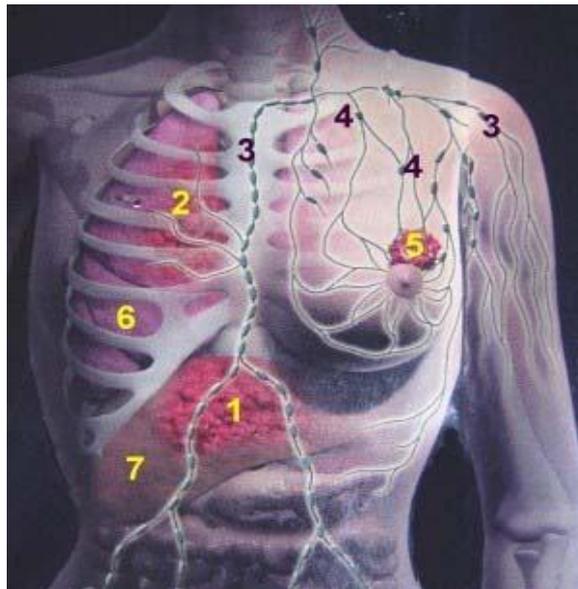


Figura 1 – Anatomia aplicada da mama

Fonte: Fonte: MAMA, on-line, 2010

- 1- Metástase Hepática
- 2- Metástases Pulmonar
- 3- Linfáticos
- 4- Linfonodos
- 5- Tumor
- 6- Pulmão
- 7- Fígado

2.1 Câncer de Mama

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes. Nas últimas décadas tem ocorrido em todo o mundo, significativo aumento da incidência

do câncer de mama. Mundialmente este aumento é da ordem de 572 mil em 1980 para 1.050.00 em 2000, sendo 10% de câncer de mama, No Brasil, são esperados 49.400 novos casos em 2010, com risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres segundo o INCA “Instituto Nacional de Câncer”. Ao que tudo indica, o câncer de mama é o resultado da interação de fatores genéticos com estilo de vida, hábitos reprodutivo e meio ambiente (BRASIL, 2007).

Segundo a Vigilância em Saúde Atenção Básica Educação em Saúde e Gestão, o câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e, sobretudo pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Quando mais demorado o diagnóstico, mais seqüelas a paciente poderá ter, e uma resposta pouco satisfatória no tratamento (BRASIL, 2008).

Tabela 1 – Taxas de mortalidade por câncer, brutas e ajustadas por idade, pela população mundial e brasileira, por 100.000 Homens e Mulheres, Brasil, entre 2000 e 2007

Faixa Etária	Homens		Mulheres	
	Número de Óbitos	Taxa Específica	Número de Óbitos	Taxa Específica
00 a 04	389	4,61	297	3,67
05 a 09	353	4,09	298	3,57
10 a 14	372	4,38	312	3,80
15 a 19	542	6,20	373	4,38
20 a 29	1.377	7,83	1.235	7,00
30 a 39	2.179	15,83	3.265	22,66
40 a 49	6.790	59,59	8.125	66,06
50 a 59	15.158	192,62	13.104	151,20

60 a 69	20.359	442,07	15.320	285,64
70 a 79	21.727	876,73	16.356	510,12
80 ou mais	14.512	1.403,92	12.777	841,75
Idade Ignorada	38	-	17	-
Total	83.796	-	71.479	-
Tx. Bruta	-	90,06	-	74,23
Tx Padr. Mundial (1)	-	100,84	-	70,62
Tx Padr. BR (2)	-	86,43	-	61,23

População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1966)

População Padrão Brasileira – Censo Demográfico de 2000 – IBGE

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação 2000

Tabela 2 - Número médio de anos potenciais de vida perdidos por câncer de Mama, por 1.000 mulheres, Brasil, entre 2000 e 2007, partindo da premissa que o limite superior é 70 anos.

Faixa etária	APVP	TAPVP
01-04 anos	0	0,00
05-09 anos	0	0,00
10-14 anos	173	0,00
15-19 anos	683	0,01
20-29 anos	28.665	0,22
30-39 anos	190.155	1,74
40-49 anos	367.225	4,32
50-59 anos	286.395	5,10
60-69 anos	78.605	2,11

Total	951.901	1,39
--------------	----------------	-------------

APVP- Anos Potenciais de Vida Perdidos
TAPVP - Taxa de Anos Potenciais de Vida Perdidos

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação

2.2 Anatomia da mama

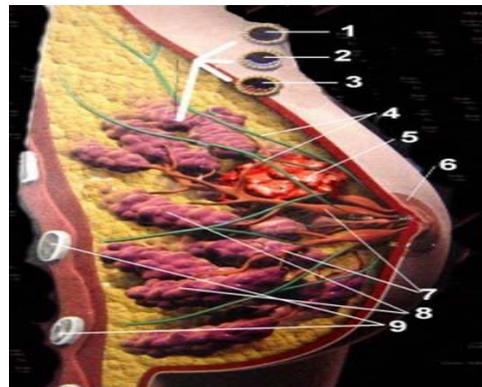


Figura 2 – Anatomia aplicada da mama

Fonte: MAMA, on-line, 2010

- 1- Normal - Células revestem o ducto uniformemente e são bem diferenciadas
- 2 -Hiperplasia -Revestimento de células a mais
- 3- Hiperplasia Ductal Atípica - Células cada vez mais anormais
- 4-Linfáticos
- 5-Tumor
- 6-Mamilo
- 7-Ductos mamários Os ductos podem aparecer:
- 8-Lóbulos
- 9-Costelas

O conhecimento de estruturas da glândula mamária é importante para o estudo e entendimento de diversas doenças que acometem a mama. A forma da mama pode variar em cônica, hemisféricas, piriformes, cilíndricas, dependendo da quantidade de tecido adiposo, do estado funcional (gestação, lactação, nutrição) e faixa etária. A mama é uma glandula exocrina com função de produção de leite. E possuem uma estrutura de ramificação mais complexa do que as demais glândulas da pele. Sua aparência anatomica externa não relata seu potencial de lactância.As

mamas também é vistas como atrativo sexual, feminilidade e maternidade. A mama é constituída por tecido adiposo, tecidos conectivos. As glândulas mamárias são compostas por lobos que dividem em pequenas porções que são os ductos e os lóbulos, que são responsáveis pela condução do leite, componentes epiteliais (responsáveis pela produção do leite) e os componentes estruturais (responsáveis pelos ligamentos que sustentam e protegem as estruturas da mama) (TORTORA; GRABOWSK, 2002).

Segundo Dangelo e Fanttini (2006) a mama é formada por um sistema de ductos ramificados a partir do mamilo, aos quais se ligam no estroma. Essa estrutura começa a ser formada a partir da quinta semana de vida intra-uterina com o aparecimento da linha mamaria. A partir dessa linha, brotos epiteliais invadem o mesênquima adjacente que é (um tecido embrionário formado por células alongadas) e na área peitoral formam colunas epiteliais que posteriormente se tornam canalizadas e dão origem ao sistema ducto-lobular. Estes podem ser divididos em dois grupos: a unidade terminal ducto-lobular (UTDL), e os grandes ductos. As mamas situam-se ventralmente aos músculos da região peitoral (m. peitoral maior, m. serrátil, m. anterior, m. oblíquo externo) A papila mamária (mamilo) é a projeção onde desembocam aproximadamente de 15 a 20 ductos lactíferos dos respectivos lobos da glândula mamária. A papila é composta principalmente de fibras musculares lisas podendo tornar rijas. A papila da mama é inervada, ao redor da papila há uma área de maior pigmentação a aréola mamaria onde existem glândulas sudoríparas e sebáceas, estas que formam pequenos tubérculos.

A UTDL é considerada a unidade anatomo-funcional da mama. A divisão dos ductos maiores e a UTDL tem grande importância em patologias porque algumas lesões afetam determinadas regiões da mama. O papiloma, ectasia ductal e abscesso recidivante subareolar são exemplos de lesões próprias dos grandes ductos, e doenças císticas como as hiperplasias epiteliais e grande maioria de carcinomas originam-se na UTDL (BOGLIOLO; BRASILEIRO FILHO, 2006).

3 A INFLUÊNCIA HORMONAL NO CÂNCER DE MAMA

Os hormônios são substâncias orgânicas produzidas por estruturas especializadas (glândulas) e, apesar de liberados em pequenas quantidades atingem todas as partes do organismo e influenciam especificamente o funcionamento de algumas células ou tecidos. Sua ação pode ser estimulante ou inibidora em tecidos diferentes ou no mesmo tecido, conforme as diversas circunstâncias (ARONE; PHILLIPPI, 2006).

O papel dos hormônios e suas relações permanecem controversos. Algumas bibliografias sugerem que a exposição ao estrogênio pode estar relacionada ao desenvolvimento do câncer de mama. Pesquisas apontam o desenvolvimento de tumores quando exposto ao estrogênio. A teoria é de que cada ciclo que possui níveis altos de estrogênio endógeno proporciona as células da mama outra possibilidade para sofrer mutação, aumentando a chance para desencadear o câncer. O próprio estrogênio não causa câncer de mama, mas está associado ao seu desenvolvimento. O estrogênio estimula o desenvolvimento de expressão. A progesterona é responsável pelo desenvolvimento da porção secretora: os lóbulos (GUYTON; ARTHUR, 2002).

Do ponto de vista endócrino a vida da mulher pode ser dividida em duas partes. A primeira metade se inicia na puberdade e termina na menopausa, durando cerca de quarenta anos. Essa metade da vida se caracteriza pela atividade plena dos ovários gerando hormônios ovarianos em abundância, que dominam o corpo e a mente da mulher. É sob o efeito dos hormônios que se desenvolvem os atributos femininos que fazem da mulher o principal alvo da atenção, do afeto, da admiração e do desejo dos homens. A produção de hormônios sexuais pela mulher ao longo dos 40 anos de sua vida reprodutiva é fenomenal. Os ovários que são a principal fonte tanto dos androgênios quanto dos estrogênios mantêm níveis de testosterona e estradiol circulando no sangue e atuando sobre praticamente todos os órgãos do corpo e especialmente naqueles mais ricos em receptores como o trato genital e as mamas (COUTINHO, on-line, 2010).

Seja qual for o mecanismo que desencadeia a menopausa, à medida que menos folículos são estimulados, diminui a quantidade de progesterona e de

estrogênio produzidos pelos ovários, embora outros hormônios continuem a ser produzidos. De forma alguma os ovários murcham e param de funcionar, como popularmente se acredita. Com a redução desses hormônios, a menstruação torna-se escassa, irregular e acaba um dia cessando por completo.

No entanto, outras partes do corpo como glândulas supra-renais, pele, músculos, cérebro, glândula pineal, folículos do cabelo e a gordura do corpo têm condições de produzir esses mesmos hormônios, possibilitando ao corpo feminino fazer ajustes no equilíbrio hormonal após a menopausa, desde que a mulher tenha cuidado bem de si mesmos nos anos do período pré-menopausa, com um estilo de vida e dieta adequadas, além da devida atenção para com a saúde mental e emocional (HORMÔNIOS..., on-line, 2010).

Os hormônios e antagonistas hormonais são usados com o objetivo de deter o crescimento tumoral. Os mais utilizados são dietilestilbestrol (estrogênio), amoxifeno (antiestrogênio), megestro (progestogênio), dexametasona e prednisona (adrenocorticosteróide), anastrozol (inibidor dos adrenocorticosteróides) (BONASSA, 2005).

A mama é formada por um sistema de ductos circundados por tecido glandular, que atuam na produção do leite. Esta produção é influenciada por vários hormônios, entre eles a prolactina produzida na glândula pituitária anterior estimula a secreção de leite nos alvéolos. A ocitocina é produzida na glândula pituitária posterior, responsável pela ejeção do leite (SMELTZER; BARE, 2005).

A freqüência do câncer de mama despertou um estudo intensivo dos fatores de riscos ao desenvolvimento da doença para que se adquirissem pistas quanto a sua etiologia, e suas medidas de prevenção. Idade, raramente é diagnosticado câncer de mama antes dos 25 anos, exceto em casos câncer na família. A menarca antecipada antes dos onze anos é um fator agravante. Primeira gestação em mulheres muito jovens antes dos vinte anos (a amamentação diminui o risco de câncer de mama). Raça, exposição ao estrogênio, exposição à radiação, toxinas ambientais, obesidade (risco pós- menopausa), dieta (altos níveis de estrogênio, baixos níveis de ácido fólico associados ao consumo de álcool, podem ser mecanismos de base dessa associação) (BOGLIOLO; BRASILEIRO FILHO, 2006).

A prevenção do câncer de mama tem como finalidade evitar o surgimento do tumor e conhecer a predisposição que cada indivíduo possui para que essa doença se manifeste. A detecção precoce do processo neoplásico será favorável no

tratamento, no prognóstico, e menor será o sofrimento da paciente (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Na fase inicial, o câncer de mama é geralmente assintomático, o que dificulta sua detecção e diagnóstico. O sinal mais notado pela mulher é a presença de nódulos na mama, ou discreto desconforto. Podendo ocorrer secreção hemorrágica, que está associada geralmente a lesão maligna. As pacientes com câncer de mama vivenciam experiências de dor física e psicológica durante diferentes estágios da doença. A dor na mama ou mastalgia pode ser cíclica (caracterizada por alterações hormonais) ou não-cíclica (não varia com o ciclo menstrual, que é menos comum). É importante a atuação do profissional de enfermagem esclarecer e orientar pacientes, bem como é direito do paciente ter conhecimento sobre os procedimentos clínicos, preventivo, a duração do tratamento, os desconfortos, riscos físicos, psicológicos entre outros. O tratamento do câncer de mama deve ser ministrado pela equipe de saúde especializada, com os tratamentos terapêuticos, cirúrgicos, radioterapia, quimioterapia e a hormonioterapia. O uso dessas combinações garante a sobrevivência e a qualidade de vida das pacientes, existindo uma variação nos efeitos colaterais de acordo com o tipo de agente quimioterápico empregado, desde náuseas, vômitos, fadiga, alopecia e alterações do paladar (PEREIRA et al.; 2006).

3.1 Auto-exame das mamas

O INCA (Instituto Nacional de Câncer) não estimula o auto-exame das mamas como estratégia isolada de detecção precoce do câncer de mama. A recomendação é que o exame das mamas pela própria mulher faça parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo. As evidências científicas sugerem que o auto-exame das mamas não é eficiente para o rastreamento e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama. Além disso, o auto-exame das mamas traz consigo consequências negativas, como aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos exames falsamente negativos e impacto psicológico negativo nos exames falsamente positivos. Portanto, o exame das mamas

realizado pela própria mulher não substitui o exame físico realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro) qualificado para essa atividade (BRASIL, 2010).

A inspeção física pode ser feita durante qualquer exame ginecológico, é recomendado que mulheres que tenham riscos para o desenvolvimento da doença procurem os serviços de saúde assim que observarem qualquer modificação anatômica e funcional na mama estando elas na faixa etária de 20 a 30 anos de idade, e depois dos 30 anos uma vez por ano (BRASIL, 2006).



Figura 3 – 3 razões para fazer o auto-exame das mamas

Fonte: Três razões, on-line, 2010

Evidenciado que a palpação é importante para detectar possíveis nódulos superficiais, em movimentos circulares onde abrange todos os quadrantes da mama, a posição recomendada é decúbito dorsal para que seja palpada toda a superfície da mama até o mamilo. A mama é dividida em quadrantes, q. superior externo, q. superior interno, q. inferior externo, q. inferior interno. Quando detecta uma massa, ela é descrita por localização, tamanho, formato, consistência. Quando a paciente apresentar desconforto, ou problema mamário, é importante que o profissional de enfermagem inclua no exame físico a história pregressa da paciente, história de câncer familiar, ou se submeteu a tratamentos hormonais. O exame tem início com a inspeção, observando-se que existem variações anatômicas, diferenças na coloração, edema, e vascularização (BRASIL, 2010).

A mamografia pode ser preventiva ou diagnóstica, auxiliando no diagnóstico de nódulos, cistos, massas palpáveis. Mostrando um tumor antes de clinicamente ser notado pela técnica da palpação. Ao exame, a mama é comprimida para que o

tecido mamário seja observado na imagem, a compressão pode causar desconforto e dor moderada.

Segundo Smeltzer e Bare (2005) a mastectomia consiste na remoção da mama. Mastectomia simples é a remoção somente da mama, a radical é a remoção da mama e de uma parte da musculatura, linfonodos regionais, músculos peitorais, tecido adiposo e pele.

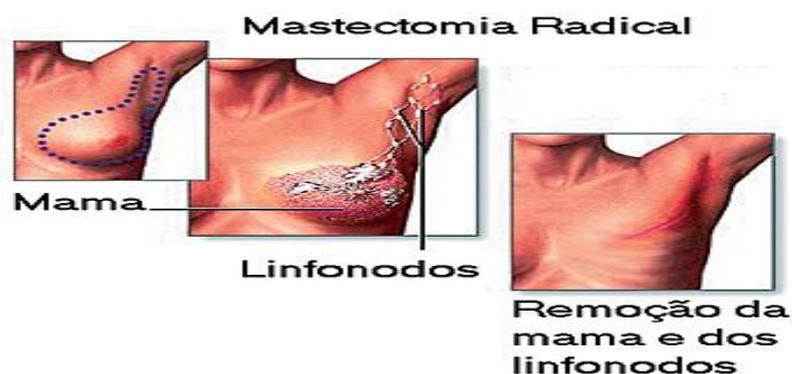


Figura 4 - Câncer de mama com envolvimento de metástase linfonodos e mastectomia radical

Fonte: www.unesp.br/prope/projtecn/saude/saude14b.htm

É comum mulheres que se submetem a mastectomia deixem de se preocupar com as questões relacionadas ao câncer e que o câncer estaria sob controle, à intervenção do profissional enfermagem é de suma importância neste momento para orientar, esclarecer e apoiar estas pacientes com a finalidade de incentivar a continuidade do tratamento e para manter a qualidade de vida.

De acordo com Almeida et al.; (2001) o câncer de mama traz à consciência das mulheres a importância do cuidado consigo mesmas. Diante da doença muitas passam a refletir das ações tomadas com relação à sua saúde e percebem o descaso que tiveram com o próprio corpo. As mulheres que tem ou teve câncer de mama, através de seus depoimentos deixam transparecer sentimentos de culpa decorrentes da falta de cuidado consigo mesmas e demonstram a importância de se manter atenta quanto às alterações percebidas no próprio corpo e dão ênfase no incentivo de tais práticas às mulheres que não se encontram em situação semelhante.

3.2 A dor do câncer

A presença de dor e de possível diagnóstico de câncer a ela relacionado desperta intensa ansiedade. Na maioria dos pacientes a dor crônica desperta reações fisiológicas, psicológicas, afetivas e psicossociais que se agravam nos pacientes com dor e câncer. Esses fatores aumentam a percepção da dor e devem ser corrigidos pelo tratamento. Pacientes cancerosos apresentam geralmente, mais problemas de sono, perda de apetite, depressão e debilidade física do que os outros (CAILLIET, 1999).

A dor é um fenômeno universal, vivenciado em todas as faixas etárias, níveis socioeconômicos e em todas as situações e ambientes.

A dor constitui-se em uma das principais razões pelas quais um cliente procura assistência de saúde, para obter alívio. Com frequência o profissional de saúde é chamado para intervir e avaliar a dor (KAZANOWSKI; LACETTI, 2006).

Bem como que com as descobertas mais importantes sobre a dor ocorreram após a II Guerra Mundial, decorrentes da expansão do conhecimento sobre anatomia e fisiologia, e a utilização do método científico para investigar o significado da dor.

A dor crônica, no paciente oncológico, incapacita-o e acarreta modificações danosas no âmbito orgânico, emocional, comportamental e social (BENOLIEL, 1995).

4 FISILOGIA DA DOR

“O propósito da Dor. A dor é, principalmente, um mecanismo de proteção do corpo; ocorre sempre que qualquer tecido esteja sendo lesado, e faz com que o indivíduo, reaja, para remover o estímulo doloroso.” (GUYTON; ARTHUR, p. 516, 2002).

De acordo com Kazanowski e Laccetti (2006) o sistema nervoso central e periférico estão envolvidos na sensação de dor, a dor é um sinal de aviso para evitar lesão. Com frequência, a resposta a dor é reflexiva. As células nervosas especializadas, chamadas *nociceptores*, são receptores sensoriais localizados na pele, nos músculos, nas vísceras e no tecido conjuntivo. Essas células nervosas respondem ao estímulo provocado por lesão térmica, mecânica ou química. A resposta consiste na liberação de mediadores químicos, como, por exemplo, prostaglandinas. Os mediadores químicos fazem com que os nociceptor seja estimulado, transportando o impulso doloroso até a medula espinhal. Esses impulsos deslocam-se ao longo de fibras nervosas aferentes – fibras A-delta mielinizadas, ou fibras C desmielinizadas. A informação sensitiva proveniente de diversas áreas no interior do corpo pode convergir nos neurônios espinhais. Essa convergência é responsável pela sensação de dor referida, a dor que é percebida em uma parte do corpo diferente daquela onde teve origem a lesão ou estímulo.

A bibliografia relacionada à dor na mama (mastalgia) sinaliza que como único sinal deve ser bem investigado, pois a dor em Câncer de mama é muito rara, entretanto a dor após o tratamento por câncer de mama é comum, pode ter várias causas, este sintoma caracteriza-se por redução funcional e emocional importante. A dor na mama é caracterizada por dor cíclica relacionada imediatamente antes da menstruação e a dor não-cíclica não associada ao período menstrual.

4.1 Fatores de risco Sinais e Sintomas Ca de mama

Segundo Scowitz et al.; (2005) as medidas preventivas para o câncer de mama vêm sendo bastante utilizadas quantitativamente; entretanto, os dados apontam para limitações em relação à sua adequação. O nível socioeconômico parece ser o principal determinante do acesso à consulta ginecológica e, conseqüentemente, às demais condutas na prevenção secundária do câncer de mama. O câncer de mama é hoje uma doença de extrema importância para saúde pública em nível mundial, motivando ampla discussão em torno de medidas que promovam o seu diagnóstico precoce e, conseqüentemente, a redução em sua morbidade e mortalidade.

A partir do conhecimento dos fatores de risco para câncer de mama, as mulheres têm mais capacidade para adotar as medidas preventivas. As pesquisas citadas anteriormente preconizam que os fatores de riscos mais freqüentes em mulheres estão bem estabelecidos associados ao desenvolvimento de Ca de mama, com uma ressalva de suma importância, pois pode ocorrer sem qualquer fator de risco identificável. **Riscos:** Idade, o risco aumenta à medida que aumenta a idade; Menarca precoce; Menopausa tardia (Exposição hormonal); Historia familiar (Genética) **Sinais e sintomas:** Nódulo ou massa mamária; Dor mamária. Eritema (vermelhidão da mama), edema (inchaço da mama), retração da pele ou do mamilo, biópsia prévia em nódulo mamário benigno com resultado de hiperplasia atípica aumenta o risco, Já ter tido câncer de mama, aumenta quatro vezes a chance de ter câncer na mama oposta e o tabagismo (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

O INCA destaca a importância dos Exames pré-operatórios e como deve ser feito a avaliação das condições clínicas da paciente:

- Hemograma Completo (inclui contagem diferencial e plaquetometria);
- Creatinina sérica;
- Glicemia, se a doente tiver mais de 40 anos ou história pessoal e familiar de diabetes.
- ECG, se a doente tiver mais de 40 anos, história pessoal ou sintoma ou sinal de hipertensão arterial ou cardiopatia;
- Risco cirúrgico, se a doente tiver mais de 60 anos, história pessoal ou sintoma ou sinal de hipertensão arterial ou cardiopatia. Para o tratamento de uma paciente com câncer de mama, deve-se, inicialmente, considerar a finalidade deste tratamento, se curativa, paliativa ou “higiênica”. Deve-se também levar sempre em consideração as doenças associadas que

porventura a mulher tenha, como cardiopatias, insuficiência renal e hepática, doenças reumáticas, distúrbios psiquiátricos. (BRASIL, 2010).

4.2 Sistematizações do protocolo e estratégia de assistência

O protocolo é um conjunto de normas e conceitos, para as intervenções técnicas, padronizadas e atualizadas na efetivação das condutas do profissional de enfermagem relacionadas à pacientes portadores de câncer de mama. Assim este protocolo proposto, esta pautado em pesquisas na literatura atualizada e no conhecimento científico visando selecionar normas e tecnologia apropriadas. Pacientes portadores de câncer de mana necessitam da assistência de enfermagem em todas as fases do tratamento desde os exames clínicos e físicos até a mamoplastia. O papel da proposta de um protocolo de enfermagem é essencial para proporcionar melhoria na qualidade de vida (QV), conscientização, e estrutura psicológica a fim de fundamentar a prática clínica, assim como direcionar estratégias de ação e medidas educativas, além de identificar o impacto do câncer, preparar a cliente para possíveis intercorrências, tais como da queda de cabelo, a dor, mudança dos hábitos diários, sociais entre outras.

O protocolo de enfermagem de maneira geral abrange todos os grupos etários e é praticada em diversos ambientes de cuidados de saúde, tais como: em domicilio, na comunidade, nas instituições de cuidados agudos e nos centros de reabilitação. Os procedimentos, responsabilidades e as metas de enfermagem no câncer, também chamadas de enfermagem oncológica, são tão diversificados e complexos como aqueles para qualquer especialidade de enfermagem. De modo geral os indivíduos podem associar o câncer á dor e a morte, para os profissionais de saúde é de suma importância identificar dos portadores reações ao câncer e estabelecer metas realistas para satisfazer aos desafios inerentes ao cuidado. Bem como estes profissionais devem estar preparados para apoiar o paciente e a família que enfrenta uma ampla gama de crises físicas, emocionais, sociais, culturais e religiosas. O câncer de mama é o mais temido pelas mulheres devido ao impacto psicológico relacionado à imagem corporal.

A prefeitura municipal de campinas destaca o Núcleo e campo de atuação do Enfermeiro, segundo o protocolo de assistência de enfermagem:

Gerenciar, supervisionar, organizar os serviços de enfermagem. Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar a assistência de enfermagem. Proporcionar educação continuada e em serviço à equipe de enfermagem nas tarefas relativas à assistência de enfermagem. Realizar a SAE valorizando a consulta de enfermagem ao longo do ciclo vital. Realizar os Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, que exigem conhecimento científico adequado e capacidade de tomar decisões imediatas. Participar de ações de educação em saúde realizando grupos educativos.

Participar das atividades em vigilância à saúde. Participar do núcleo de saúde coletiva. Integrar a equipe de acolhimento, recebendo, executando, resolvendo e realizando o encaminhamento necessário. Apoiar a equipe de saúde. Participar da discussão e elaboração de projetos terapêuticos. Participar do processo de cadastramento e adscrição de clientela. Executar procedimentos básicos de enfermagem. Participar de atendimentos programáticos prestando assistência integral à saúde individual e coletiva ao longo do ciclo vital. Participar e estimular o controle social. Promover a intersetorialidade.

Produzir conhecimentos técnicos através da realização de pesquisas e estudos da ação profissional e utilizá-los como subsídios nas intervenções em saúde. Prescrever medicamentos e solicitar exames laboratoriais previstos em protocolos de saúde pública (em anexo). (CAMPINAS,).

De acordo com o Protocolo de Assistência de Enfermagem no Tratamento do Câncer de Mama da Prefeitura de BH as atribuições comuns a todos os Profissionais da Equipe são:

Conhecer as ações de controle do câncer da mama. Planejar e programar as ações de controle do câncer da mama, com priorização das ações segundo critérios de risco vulnerabilidade e desigualdade. Realizar ações de controle do câncer da mama, de acordo com este Protocolo: promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico. Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade. Acolher as usuárias de forma humanizada. Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito. Trabalhar em equipe integrando áreas de conhecimento e profissionais de diferentes formações. Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal (ao longo do tempo). Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher. Desenvolver atividades educativas, individuais ou coletivas. (BH,).

Segundo Nettina (2003) a enfermagem atua na orientação e educação da paciente para aumentar o conhecimento e estimular a melhora da imagem corporal, sugerindo sobre as opções de prótese e reconstrução da mama. Dar importância sobre os questionamentos da paciente quando esta relatar sobre sua imagem corporal alterada. Sugerir ajuste nas roupas para disfarçar a falta da mama. Delimitar o auto cuidado bem como a higienização da incisão, massagear a incisão

cicatrizada, para aumentar a circulação e a elasticidade cutânea. Estimular a paciente expor sentimentos com o parceiro, observar a incisão e discutir juntamente com ele as mudanças ocorridas, manter atividade sexual, embora a mulher tenha certa resistência em retomar sua atividade sexual pós mastectomia, elaborar posições durante a relação sexual, pára diminuir a pressão sobre a incisão, trazendo bem estar e elevação da auto-estima no ato sexual. Se a mesma obtiver mais conforto, usar um *soutien* com enchimento para lhe trazer melhores sensações e conforto.

Depois da mastectomia ou dissecação axilar, o braço pode inchar por causa da incisão dos linfonodos e seus vasos comunicantes. A circulação da linfa fica diminuída, tornando mais difícil para o corpo combater a infecção. Devem ser tomadas precauções para evitar o linfedema e a infecção. Evitar se queimar, e queimaduras solares. Todas as vacinas, injeções, coletas de sangue, verificações de pressão arterial sejam realizadas no outro braço, se possível. Usar barbeador elétrico, para diminuir o risco de arranhaduras e cortes. Carregar embrulhos, ou bolsas pesadas. Nunca cortar cutículas, usar nas mãos cremes e loção. Usar luvas de proteção para praticar atividades de limpeza, jardinagem. Usar repelentes, e evitar substancias corrosivas e compostos (NETTINA, 2003).

Para a mulher que sofreu mastectomia em decorrência do câncer de mama, existe uma necessidade de ajuda profissional, de sua imagem diante ao mundo, sua imagem diante ao parceiro e sua imagem diante de si mesmo. O câncer de mama é um estado de risco de vida e causa certo grau de depressão. Pesquisa recente entre mulheres mastectomizadas ocorre um decréscimo temporário na capacidade orgásmica. E esta não mantém relações sexuais nos primeiros três meses pós mastectomia. A estimulação prazerosa provenientes dos seios declina, e as sensações eróticas desaparecem significativamente em 50% (MUNJACK et al.; 1984).

A mamoplastia é indicada para melhorar a auto-estima e imagem corporal. Os implantes são indicados em pacientes com tecido mamário inadequado e pele de boa qualidade. Já os enxertos é a retirada de pele, músculos e tecido subcutâneo de uma parte do corpo para o local da mastectomia (NETTINA, 2003).



Figura 5 - Câncer de mama com envolvimento de metástase linfonodos e mastectomia radical

Fonte: ARANDA, on-line, 2010

Desde 1999 a reconstrução da mama após o câncer é um direito garantido à mulher por uma lei federal. No entanto, não há previsão de quando o procedimento deve ser feito. Os médicos explicam que nem sempre é possível fazê-lo de forma imediata, principalmente quando a paciente é diabética, tem pressão alta ou alguma outra doença associada. Os especialistas dizem, entretanto, que em caso de quadros clínicos estabilizados não há nenhum impedimento (ARANDA, on-line, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de mama é uma neoplasia maligna responsável pelo maior número de óbitos em mulheres no mundo, inclusive no Brasil (BRASIL, 2008).

Considerando que a mulher vivencia situações singulares, após a descoberta da doença, que interessam à assistência de enfermagem no âmbito de pesquisa e cuidados. Nas últimas décadas tem ocorrido em todo o mundo, significativo aumento da incidência do câncer de mama. Conseqüentemente da mortalidade associada à neoplasia. Ao que tudo indica, o câncer de mama é o resultado da interação de fatores genéticos com estilo de vida, hábitos reprodutivo e meio ambiente (BOGLIOLO, 2006).

Este estudo enfatiza a importância de uma estratégia protocolar de sistematização para procedimentos de enfermagem em pacientes portadores de cancer de mama, em todas as fases quer sejam nos auto-exames, mamoplastia e acompanhamento até quando as pacientes recuperam dos traumas físicos e psicologias da patologia, visando uma melhor qualidade de vida.

Através desta pesquisa foi concluído que as mulheres por vezes apresentam dificuldades frente a doença tanto psicológicas e físicas. Se faz necessário que a atuação da enfermagem seja eficaz juntamente com a sua equipe multiprofissional, estabelecendo um protocolo de assistenciamento como estratégia para acolher e orientar esta paciente. A análise dos artigos sinalizou que as pacientes apresentam sentimentos e comportamentos tais como: medo, negação, dificuldades para a aceitação da doença, dor, e reações do tratamento e reações fisiológicas, psicológicas, afetivas e psicossociais que se agravam nos pacientes com dor e câncer. Para uma abordagem humanizada a paciente com diagnóstico de câncer de mama faz-se oportuno considerar todo e qualquer sintoma.

É necessário conhecer os fatores de risco da doença, informar medidas de prevenção, orientar sobre o auto exame mensal e acompanhamento, assim como desenvolver ações educativas voltadas para minimizar o câncer de mama na população feminina.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.M. et al. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v. 5, n. 9, p. 63-69. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n4/v13n4a19.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2010.

ARANDA, F. Reconstrução da mama após o câncer de mama – mova técnica mas com falta de especialistas. Disponível em: <<http://www.saudeeforca.com/reconstruoda-mama-aps-o-cncer-demama>>. Acesso em: 13 out. 2010.

ARONE, E. M.; PHILIPPI, M. L. S. **Enfermagem medico- cirúrgica aplicada ao sistema endócrino**. 3. ed. São Paulo: SENAC, 2006.

BENOLIEL, J. Q. Multiple meaning of pain and complexities of pain management. **Nurs Clin North Am**. v. 4, n. 30, p. 583-96, dec. 1995. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/vigilancia-em-saude-atencao-basica-educacao-em-saude-e-gestao-participativa/188-educando-para-prevenir-cer-de-mama>>. Acesso em: 23 abr.2010.

BOGLIOLO, L.; BRASILEIRO FILHO, G. **Patologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BONASSA, E.M.A. **Conceitos gerais em quimioterapia antineoplásica**. In: BONASSA, E.M.A.; SANTANA, T.R. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. São Paulo: Atheneu. 2005. p. 3-19.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Instituto Nacional o Câncer. Estimativa 2006. Incidência de câncer de mama no Brasil**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/versãofinal.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2010.

_____. **Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3 ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=36>. Acesso em: 15 ago. 2010.

_____. **Instituto Nacional o Câncer .Estimativa 2008. Incidência de câncer de mama no Brasil**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versãofinal.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2010.

CAILLIET, R. **Dor**: Mecanismo e tratamento. Trad. WALKIRIA M.F. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

COUTINHO, E. Efeitos benéficos dos hormônios no câncer de mama. Disponível em: <<http://www.sobrage.org.br/a09.html>>. Acesso em: 21 ago. 2010.

DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia humana 1**. São Paulo: Atheneu, 2006. Disponível em: <<http://www.unesp.br/prope/projitecn/saude/saude14b.htm>>. Acesso em: 16 set. 2010.

GUYTON, C.; ARTHUR, M. D. **Tratado de fisiologia médica**, 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HORMÔNIOS. Disponível em: <<http://www.mulherdeclasse.com.br/Hormonios.htm>>. Acesso em: 03 set. 2010.

KAZANOWSKI, M. K.; LACCETTI, M. S. **DOR fundamentos abordagem clínica tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005.

MAMA. Disponível em: <<http://www.oncogineco.com/og/visualizarMaterial.php?idMaterial=32>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. **Enfermagem Oncológica**. Barueri: Manole, 2007.

MUNJACK D.J. et al. **Sexual Medicine And Conseling in Office Pratices: A Comprehensive Treatment Guid** Tradução D^o Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Atheneu. 1984.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem: Afecções da Mama**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Googan, 2003. cap.25, p.768-784.

PEREIRA, S. G. et al. Vivências de cuidado na mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Rev. Bras. Enferm. Bras.** v. 59, n. 6, p. 791-795, dez. 2006. Disponível em: < >. Acesso em: 17 ago. 2010.

PREFEITURA DE BH. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Assistência de Enfermagem no Tratamento do Câncer de Mama**.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria de Saúde. **Protocolo de ação para Assistência do Enfermeiro.**

ROBBINS, S.; COTRAN, R. S.; ZACHARIAS, M. C. (trad.). **Patologia - Bases patológicas das doenças.** 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico cirúrgica.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SCLOWITS, M. L. et al. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Revista Saúde Pública.** Brasil, v. 39, n. 3, p. 340-349, jun. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24786.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2010.

TORTORA, G.; GRABOWSKI, S. R. **Princípios de anatomia e fisiologia.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRÊS RAZÕES. Disponível em: <<http://www.medinforme.com/3-razoes-para-fazer-o-auto-exame-das-mamas>>. Acesso em: 15 ago. 2010.