

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

FABIANA FERREIRA CÂNDIDO

**AÇÕES DO ENFERMEIRO NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE
MAMA EM MULHERES NO BRASIL**

VITÓRIA
2013

FABIANA FERREIRA CÂNDIDO

**AÇÕES DO ENFERMEIRO NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE
MAMA EM MULHERES NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^a Dra. Livia Perasol Bedin

VITÓRIA
2013

FABIANA FERREIRA CÂNDIDO

**AÇÕES DO ENFERMEIRO NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE
MAMA EM MULHERES NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito obrigatório, para obtenção do título bacharel em enfermagem.

Aprovada emde.....de 2013, por:

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a Dra.Lívia Perasol Bedin

Prof^o. Esp. Ingrid Frederico Barreto

Prof^o. Ms Daliana Lopes Morais

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

Dedico esta como todas as minhas demais conquistas, aos meus admiráveis e amados pais, José Cândido e Iracema Ferreira Cândido, por acompanhar cada momento de dedicação e luta. E que mesmo percebendo o meu desespero, cansaço, não me deixaram desistir em momento algum da concretização deste grande objetivo.

A esta vitória, também agradeço a todos os meus amigos que presenciaram de perto o meu esforço, foram longas noites de sono perdidas. Aos professores que me acompanharam durante a graduação, em especial a professora, Dra. Livia Perasol Bedin, que teve toda dedicação e paciência para a realização deste tão sonhado trabalho.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

RESUMO

Esta pesquisa estabeleceu como delimitação do estudo, identificar as ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama em mulheres no Brasil, analisar sua etiologia e os fatores de risco relacionados, ressaltando a importância da prevenção primária e secundária na saúde pública. Diante deste contexto, balizou-se como objetivo geral descrever as ações do enfermeiro na prevenção primária e secundária do câncer de mama. Em relação aos objetivos específicos, demarcou-se: apresentar o que é o câncer de mama e seus principais tipos e, identificar a situação do câncer de mama no Brasil. Metodologia: Pesquisa de revisão bibliográfica, com consulta a artigos publicados entre o período de 2002 a 2012 na base do Instituto Nacional Câncer, LILACS, SISMAMA e DATASUS. As conclusões do estudo demonstraram que o carcinoma da mama é cada vez mais visível no mundo, assim como na sociedade brasileira, caracterizando uma preocupação e uma tendência universal. Através desta pesquisa, considerando a literatura apresentada, identifica-se como é extrema importância o enfoque da prevenção primária na saúde pública no que se refere à educação coletiva das mulheres para a prática de exames periódicos que possibilitem o diagnóstico precoce do câncer de mama, já que, esta neoplasia é responsável pela morte de grande número de mulheres que não realizam a saúde ginecológica. É também de igual importância, a prevenção secundária que também precisa ser destacada, na medida em que após a detecção precoce do câncer de mama, possui como finalidade começar o tratamento o mais rápido possível e impedir que aconteça a infiltração de células cancerígenas nos tecidos saudáveis.

Palavras-chave: Câncer de mama. Prevenção. Diagnóstico. Saúde.

ABSTRACT

This research established as delimitation of the study, identifying actions of the nurse in early detection of breast cancer in women in Brazil, analyzing its etiology and risk factors, emphasizing the importance of primary prevention and secondary public health. Given this context, buoyed up as a general objective describing the actions of the nurse in primary and secondary prevention of breast cancer In relation to the specific objectives, it drew attention to: present what is breast cancer and their main types and identify the situation of breast cancer in Brazil The study's findings showed that breast cancer is becoming increasingly visible on the world as well as in Brazilian society, featuring a concern and a universal trend. Through this research, considering the literature presented, it is identified as extremely important to focus on primary prevention in public health with regard to the collective education of women to the practice of periodic tests that enable early diagnosis of breast cancer, as that this neoplasm is responsible for the death of large numbers of women who do not perform gynecological health. It is also of equal importance, secondary prevention also needs to be highlighted, in that after the early detection of breast cancer, has as its purpose to begin treatment as soon as possible and prevent it from happening infiltration of cancerous cells in healthy tissues .

Keywords: Breast cancer. Prevention. Diagnosis. Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre, em porcentagem.	26
Tabela 2 – Taxa de incidência de neoplasias malignas (número de casos por 100.000 habitantes, por região do Brasil, em 2010 e 2011).....	29
Tabela 3 – Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas, em mulheres na faixa etária dos 50 a 59 anos, 60 e 69 anos.....	30
Tabela 4 – Escolaridade da população feminina de 15 anos ou mais na zona rural.....	30
Tabela 5 – Escolaridade da população feminina de 15 anos ou mais na zona rural (continuação).....	31
Tabela 6 – Escolaridade da população feminina de 15 anos ou mais na zona urbana	32
Tabela 7 – Escolaridade da população feminina de 15 anos ou mais na zona urbana (continuação).....	32
Tabela 8 – Proporção da população feminina de 50 a 69 anos que refere ter realizado a última mamografia em até 2 anos.....	33
Tabela 9 – Proporção da população feminina de 50 a 59 anos que refere nunca ter realizado mamografia.....	34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A mama e seus lóbulos, alvéolos e ductos lactíferos secretórios (ductos de leite) que constituem a glândula mamaria (A). As ampliações mostram um lóbulo (B) e células secretoras de leite de um alvéolo (C)	22
Figura 2 – Fases Tumor Primário: 1/4; 2/4; 2/3; 4/4	24
Figura 3 – Sinais e sintomas - Mama com aspecto de casca de laranja.....	25
Figura 4 – Realizando o Exame Clínico da Mama	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – População-alvo e periodicidade dos exames	40
--	----

LISTA DE ABREVIATURA

AIS	Ações Integradas da Saúde
CA	Câncer
ECM	Exame Clínico das Mamas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde das Mulheres
PRO-ONCO	Programa de Oncologia
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
SISMMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SUS	Sistema Único de Saúde
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
RAO	Rede de Atenção Oncológica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA MAMA	19
2.2 CÂNCER E MAMA	23
2.3 PREVENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO CÂNCER DE MAMA.....	37
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	43
2.4.1 Programas Do Ministério da Saúde	46
2.4.1.1 Programa Viva Mulher.....	47
2.4.1.2 Estratégia Saúde da Família	48
2.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	50
2.6 AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA.....	54
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	71

1 INTRODUÇÃO

Câncer é a doença considerada mais habitual da mama, muitas vezes se concentrando em mulheres entre 40 e 60 anos de idade. De início, o carcinoma da mama se apresenta com um tumor de pequena extensão, que não se move e sem causar dor, quase não ocasionando efeitos aos gânglios das axilas; posteriormente o tumor passa a crescer o volume dos gânglios regionais mais próximos; com o andamento da enfermidade, o tumor cresce em tamanho, examinável com as mãos com facilidade e incorpora-se à fáscia profunda e aos músculos subjacentes; nas etapas mais progredidas acontece úlcera do tumor, com seu estabelecimento às composições mais adentro do tórax, estagnação linfática no braço atingido, metástases para os ossos e determinadas vísceras (BONASSA, 2005; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2006; SMELTZER et. al., 2009).

O câncer é uma doença que se desenvolve, devido a questões hereditárias e pela qualidade de vida do indivíduo. Esta patologia é causada pela multiplicação anormal das células da mama, que forma um tumor maligno. A neoplasia de mama tem cura, se descoberto no início (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010).

Esta enfermidade tem-se mostrado cada vez mais visível no mundo, assim como na sociedade brasileira, caracterizando uma preocupação e uma tendência universal. Ele é considerado um grande problema de saúde pública em países desenvolvidos, sendo responsável pela alta incidência de óbitos a cada ano (GALLO; GUERRA; MENDONÇA, 2005).

Os autores Davim e colaboradores (2003) relatam que atualmente tem-se visto uma grande discussão em torno do câncer de mama, onde se buscam medidas que promovam o seu diagnóstico de forma precoce, e dessa forma, a redução de sua morbimortalidade. Isso ocorre, pois o câncer de mama é uma patologia de extrema gravidade para saúde pública, em nível mundial, devido seus elevados índices de incidência.

Dessa forma, a educação em saúde, através de campanhas de conscientização e orientações ambulatoriais que abarcam o exame clínico da mama, o dever de prevenção ginecológica anualmente e o aumento de práticas preventivas, como a ausência de contato aos fatores de risco, são imprescindíveis na busca do combate

desta enfermidade (DAVIM et al., 2003; SCLOWITZ et al., 2005).

Atualmente, a neoplasia considerada o segundo tipo mais comum no mundo é o câncer de mama, sendo tal carcinoma, também, o mais comum entre as mulheres, o que é o oposto do câncer de colo de útero que possui como fatores de risco a promiscuidades, falta de higiene, multiparidade e outros e para o câncer de mama pode-se citar a exposição elevada das mulheres a produtos químicos vindos do atual processo de industrialização, causado pela entrada da mesma no mercado de trabalho que anteriormente era somente vivenciado por homens, além de outros fatores de risco já conhecidos, como a baixa paridade, menarca precoce e menopausa tardia, álcool, tabagismo, obesidade, sedentarismo (GALLO; GUERRA; MENDONÇA, 2005).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (2009), sem levar em conta os tumores de epiderme não melanoma, o câncer de mama é a forma mais comum nas mulheres das regiões Sul (64/100.000).

Atualmente, esta forma de câncer vem sendo considerado um problema de extrema relevância para saúde pública na América Latina, sendo possível verificar, nesta região, um crescimento sólido nas taxas de mortalidade por câncer de mama nos últimos quarenta anos (GALLO; GUERRA; MENDONÇA, 2005).

O crescimento dos casos de câncer da mama, nas distintas populações, está associado a fatores que assinalam os diversos graus de progresso sócio econômico cultural e sujeição aos poluidores do meio ambiente estabelecido pelos modos diversificados de vida. Os fatores de predisposição podem ser relativos aos alimentos, hormônios, reprodutivos e de formação (VALLE, 1999).

Para Kligerman (2001) o câncer de mama representa uma questão de saúde pública, e sua prevenção e seu domínio precisa permanecer sendo destacados em nível nacional, mesmo naqueles em que, inicialmente, a população ainda revela baixos fatores de risco de tornar-se enfermo.

A neoplasia da mama é um dos tipos mais estudados através de múltiplas características, sobretudo, no que se refere às seus aspectos epidemiológicos. O câncer é a expressão utilizada para se referir a uma série de mais de 100 doenças que se distingue pelo aumento desenfreado das células malignas, havendo uma enorme probabilidade de colonizar demais estruturas orgânicas (metástase)

(FREIRE; MASSOLI, 2006).

O câncer de mama é considerado uma das grandes complexidades de saúde coletiva no mundo, sendo possivelmente o que mais aflige as mulheres por causa da sua elevada ocorrência e também devido a suas consequências psicológicas (DIAS; GONÇALVES, 1999).

Os cânceros da mama podem acontecer em qualquer parte da mama, mas, é mais comum serem localizados no quadrante superior externo, em que se encontra a grande parte da formação mamária. Geralmente, os danos proporcionam dor, são tumores fixos e endurecidos com margens desiguais (SMELTZER et. al., 2009).

No Brasil o carcinoma da mama é tido como a doença que mais provoca óbitos entre as mulheres, no ano de 2006 ocorreu mais episódio de câncer de mama, chegando a alcançar mais 48.000 casos novos. Estes dados indicam que o crescimento aparece em países desenvolvidos ou em países em desenvolvimento (FREIRE; MASSOLI, 2006).

Os índices de caso de acordo com a idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de distintos continentes, nas décadas de 60 e 70, foram objeto de mudanças em 10 vezes, conforme informações da Organização Mundial de Saúde (OMS). No ano de 1987, essa enfermidade foi à causa da morte de 15% das mulheres do Brasil (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2006).

O carcinoma de mama corresponde ao motivo central para causa de morte em mulheres no Brasil, e no mundo fica atrás somente do câncer de pulmão (CANTINELLI et al., 2006).

Por ser, na maioria das vezes, diagnosticado em estágios mais avançados, as taxas de óbitos por câncer de mama no Brasil ainda se encontram elevadas. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010).

No que se refere ao carcinoma de mama, um estudo aponta que a sobrevida relativa para os pacientes é de quase 50% em cinco anos. Apesar desta estatística, ainda não existem pesquisas suficientes no Brasil, para precisar a sobrevida de pacientes com neoplasia de mama. Seria necessária uma rotina ininterrupta através de um grande período de tempo, como ocorre em determinados países. Porém é possível apontar que existem pesquisas específicas em alguns lugares do Brasil, podendo

ser utilizadas como exemplo para apresentar alguns resultados (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Conforme Pivetta (2004), no Brasil, o câncer compõe a segunda causa de morte, vindo depois apenas das doenças cardiovasculares.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2011), as previsões para o ano de 2013 serão as mesmas do ano de 2012, nas quais se apontavam a incidência de cerca de 518.510 casos no Brasil. Inclui-se também nessa lista as neoplasias de pele não melanoma, mostrando dessa forma a dimensão do problema que é o câncer no país.

Como revela Smeltzer e colaboradores (2009), a saúde da mulher corresponde a uma matéria específica de cuidado à saúde exclusiva e em ampliação. Na medida em que as mulheres utilizam o serviço de assistência à saúde com maior constância que os homens e representam a maior parte dos profissionais de saúde, tratar das necessidades e inquietações relacionadas à saúde da mulher aprimorará a qualidade oferecida e o ingresso para todos os indivíduos.

Constata-se que o câncer de mama corresponde a uma grande questão de saúde pública no Brasil. É a neoplasia de mama mais recorrente que ataca as mulheres, sendo capaz de ocasionar enormes transformações anatômicas, psicológicas e sociais, interferindo na qualidade de vida das pacientes e provocando interferência na intervenção do profissional de saúde. Nesse sentido, verifica-se que o câncer de mama e a sua terapêutica é geralmente mutiladora, sendo possível direcionar a mulher a transformações na sua imagem própria, diminuição funcional, mudanças psíquicas e sociais (BARRA; DIAS; MAKLUF, 2006).

Dados do Instituto Nacional do Câncer (2012) destacam que a incidência do carcinoma de mama para o Brasil será de 52.680, com estimativa de 52 casos novos a cada 100 mil mulheres. Estima-se para o Espírito Santo 900 casos para 100.000 habitantes. No que se refere à mortalidade, no ano de 2010, o número de mortes alcançou um percentual de 12.852, sendo 147 homens e 12.705 (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010).

Diante desse contexto, apresenta-se como problema de pesquisa a seguinte questão: Quais são as ações educativas desenvolvidas pelos enfermeiros na detecção precoce do câncer de mama em mulheres no Brasil?

Com a finalidade de responder a esta questão delimitou-se como objetivo geral, descrever as ações do enfermeiro na prevenção e diagnóstico do câncer de mama. Com relação aos objetivos específicos, definiu-se apresentar o que é o câncer de mama e seus principais tipos e, identificar a situação do câncer de mama no Brasil.

A relevância deste estudo se justifica na contribuição em identificar os problemas na prevenção e detecção do câncer no serviço de atenção básica e secundária no Brasil.

Com o objetivo de ser mais bem compreendido, o trabalho foi estruturado em quatro partes distintas. A primeira parte apresenta o tema, o problema de pesquisa, os objetivos gerais e específicos. A segunda parte analisa o câncer de mama, dando ênfase à anatomia da mama, sua fisiologia, seus fatores de risco, o diagnóstico e apresenta à situação do carcinoma de mama no Brasil. A terceira parte descreve as ações do enfermeiro na prevenção e diagnóstico do câncer de mama. E por fim, a última parte em que se realiza a análise dos dados sobre as possíveis lacunas das políticas públicas em relação às ações do enfermeiro no câncer de mama.

Em relação ao tipo de pesquisa metodológica e método adotado, foi delimitado como instrumento de análise a pesquisa bibliográfica, com consulta a artigos publicados entre o período de 2002 a 2012 na base do Instituto Nacional Câncer (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) SISMAMA (sistema de informação do câncer de mama), na base Scielo, Biblioteca Virtual (biblioteca virtual em saúde), outra fonte em que a pesquisa se fundamentou foram os artigos do DATASUS do período de 2000 a 2010, salientando que não existem na referida base dados mais recentes, permitindo, assim, traçar o referencial teórico relacionado ao tema em questão.

De acordo com Gil (1999), a pesquisa bibliográfica pode ser entendida enquanto uma elaboração a partir de material já publicado, construído, sobretudo a partir de livros, artigos de períodos e atualmente com material disponibilizado em revistas acadêmicas na internet.

É relevante lembrar que a escolha das fontes de pesquisa foi baseada em publicações de autores mais atuais relacionadas ao assunto no meio acadêmico. A definição da pesquisa contemplou as fases de levantamento e seleção da bibliografia; coleta de dados; leitura minuciosa sobre o assunto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA MAMA

As mamas são órgãos binários, que se encontram na parede anterior do tórax, sobre os músculos da grande peitoral. Do lado externo, a mama, na sua área central, constata-se uma aréola e uma papila. Na papila mamária exteriorizam-se 15 a 20 aberturas ductais, que correspondem aos acessos de substâncias das partes funcionantes, que são os lobos mamários (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2002). É justaposta à parte superior ao ligamento peitoral maior, que cobre as costelas, estendendo em configuração perpendicular a partir no plano da segunda costela alcançando até a sexta ou sétima. Na horizontal é perceptível localizá-la desde a margem do osso externo até próximo a linha imaginária demarcadora da terminação das axilas (GOUVEIA; ÓRFÃO, 2009).

A mama é repartida em 15 a 20 lobos mamários avulsos, afastados por tecido fibroso, de maneira que cada um tem a sua via de drenagem, que direciona para a papila, através do sistema ductal (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2002).

Elas são formações complexas compostas por três modelos fundamentais de tecidos distintos: o tecido glandular, no qual são encontradas as composições que respondem pela fabricação de leite no decorrer da lactação; ao redor deste há o tecido adiposo, gordura na qual o volume em relação às glândulas no momento normal é mais extenso do que no momento em que a mulher está amamentando, enquanto no decorrer da lactação a quantidade de glândulas mamárias cresce relativamente às gorduras para preencher as demandas da criança. Por fim, a terceira espécie de tecido que se localiza na mama da mulher corresponde a tecidos conectivos, ou conjuntivo, formado por colágeno e elastina (GOUVEIA; ÓRFÃO, 2009).

O ácino corresponde a uma amostra terminal da “árvore” mamária, em que se encontram as cavidades secretoras que fabricam o leite. O lóbulo mamário representa o conjunto de ácinos. Por sua vez, o lobo mamário diz respeito à unidade de funcionamento composta por uma série de lóbulos (15-20) que estão associados à papila através de um ducto lactífero. Elemento distinto que compõe a mama é o ducto lactífero, ele corresponde a um sistema de canais (15-20) que conduz o leite

até a papila, a qual é lançada por meio do orifício ductal. Por sua vez a papila equivale a uma saliência formada de fibras musculares elásticas em que se transpõem os ductos lactíferos. A aréola é uma composição central da mama em que se delinea a papila. Formada de tecido adiposo, todo o remanescente da mama é completado por tecido adiposo ou gorduroso, a qual a quantidade se altera com as particularidades físicas, situação nutricional e idade da mulher (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2002).

Elemento que também faz parte da mama são os ligamentos de Cooper, que tem o papel de contração cutânea nos episódios de câncer de mama, são dilatações fibrosas que se pressionam na glândula mamária. Constata-se que as mulheres mais novas revelam mamas com maior parte de tecido glandular, o que faz desses órgãos mais pesados e estáveis (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2002).

No momento em que a mulher está próxima da menopausa, o tecido mamário começa a se atrofiar e sendo trocado gradualmente por tecido gorduroso, até se compor, quase que unicamente, de gordura e resquícios de tecido glandular na etapa pós-menopausa. Possuem como papel fundamental a fabricação do leite para a amamentação, porém, apresentam também enorme relevância para a mulher, revelando um papel essencial na formação de sua autoestima e autoimagem. Além disso, evidenciam a beleza do contorno do corpo feminino e cumprem uma função erótica e de atração sexual (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2002).

É relevante mencionar que a mama possui diversos papéis, o primeiro deles é a participação na lactação. Porém, a feminilidade é evidenciada quando esta parte do corpo está em abundância, já que é considerada como uma das mais relevantes características sexuais da mulher, agindo em ocasiões de procriação como um dote sexual, o que corresponde a uma função secundária (MAIESKI; SARQUIS, 2007).

Na fase infantil, as meninas demonstram pouco volume na região mamária, devido a presença de tecido mamário rudimentar. Já na adolescência, a hipófise, uma glândula que encontra-se no cérebro, fabrica os hormônios folículo estimulante e luteinizante, que dominam a fabricação hormonal de estrogênios pelos ovários. Assim, as mamas começam seu alargamento com a reprodução dos ácinos e lóbulos. A progesterona que começa a ser fabricada no momento em que os ciclos menstruais passam a ser ovulatório, esta sujeita a atuação anterior do estrogênio, é

diferenciadora da árvore ducto-lobular mamária (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Em relação à lactação e o desenvolvimento das mamas, ainda que se inicie na puberdade, percebe-se que ele é estimulado pelo estrogênio do ciclo menstrual feminino, que também estimulam o crescimento da parte glandular das mamas e o depósito de gordura, que concede massa as mesmas. Na gravidez o crescimento das mamas é bem mais intenso devido ao elevado nível de estrogênios, o que faz com que enfim o tecido glandular se torne completamente desenvolvido para produzir leite. (GUYTON, 2006).

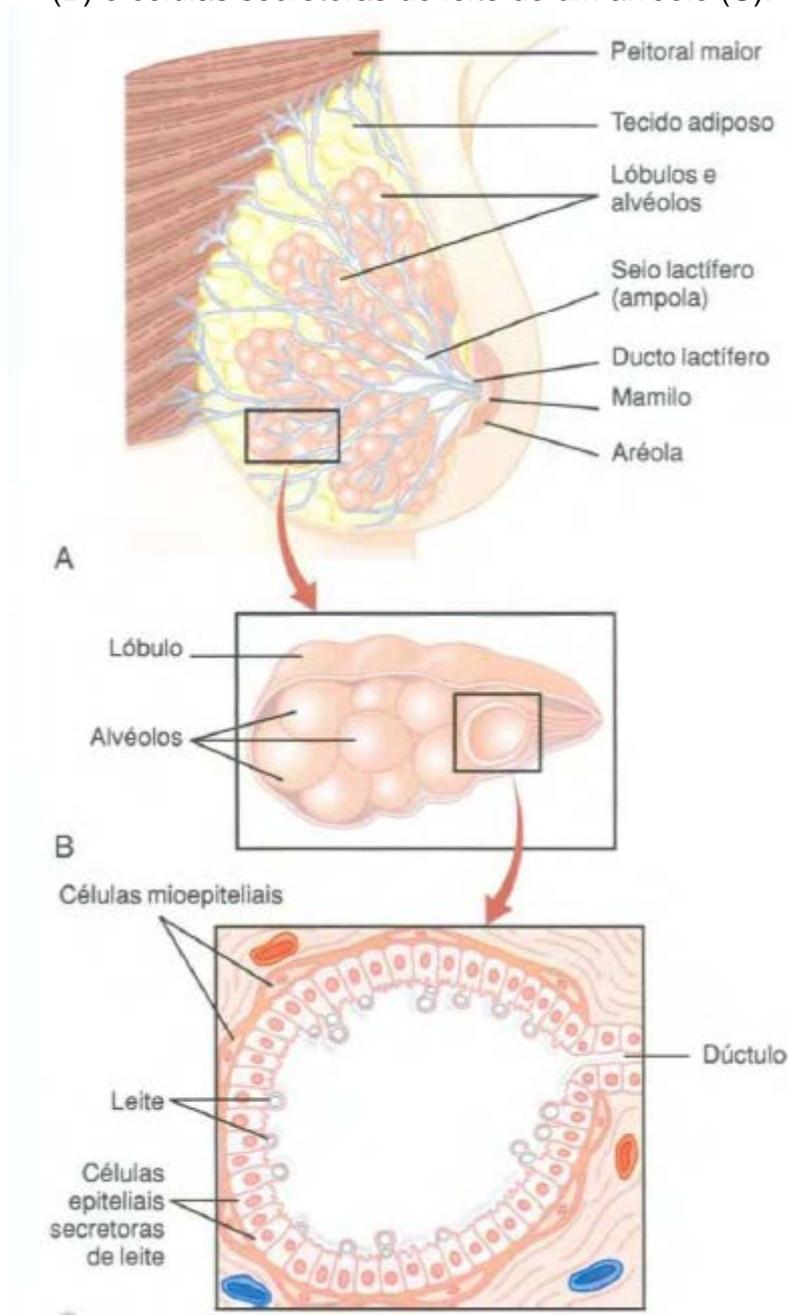
No que se refere ao crescimento do sistema de ductos e o papel dos estrogênios, no decorrer de toda a gravidez, as grandes quantidades de estrogênios secretadas pela placenta fazem com que o sistema de ductos das mamas cresça e ramifique-se. Ao mesmo tempo, o estroma das mamas aumenta em quantidade, e grandes quantidades de gorduras são depositadas no estroma (GUYTON, 2006).

Quatro outros hormônios são da mesma forma relevante para o crescimento do sistema de ductos: hormônio do crescimento, prolactina, os glicocorticóides, adrenais e a insulina. Sabe-se que cada um deles tem no mínimo alguma função no metabolismo das proteínas, o que esclarece sua função no desenvolvimento das mamas (GUYTON, 2006).

Ao atingir a fase adulta, o incentivo cíclico de estrogênios e progesterona faz com que as mamas fiquem mais inchadas no período pré-menstrual, por fixação de líquido. A atuação da progesterona, na próxima etapa do ciclo, causa uma retenção de líquidos no organismo, mais elevada nas mamas, originando nelas aumento de volume, endurecimento e dor. Após a menopausa, por causa da carência hormonal, acontece o enfraquecimento glandular e convergência à substituição do tecido parenquimatoso por gordura (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008)

Durante a gestação, o estímulo de estrogênio e progesterona (hormônios esteroides) é elevado, por causa da sua fabricação pela placenta, porém demais hormônios também se aumentam na gestação, imprescindíveis para realizar a lactação. São eles: prolactina, hormônios da tireoide, corticosteroides e lactogênio placentário. A plenitude funcional das mamas acontece na amamentação, com a fabricação e saída do leite (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Figura 1 – A mama e seus lóbulos, alvéolos e ductos lactíferos secretórios (ductos de leite) que constituem a glândula mamária (A). As ampliações mostram um lóbulo (B) e células secretoras de leite de um alvéolo (C).



Fonte: Guyton (2006, p.1182).

A saída do leite, na ocasião das mamadas, é consequência fundamentalmente da contração das células mioepiteliais, que apertam os ácinos, incitadas pelo estímulo de outro hormônio, a ocitocina, que é fabricado na hipófise posterior ou neuro-hipófise. A mulher que não amamenta nunca alcança a maturidade funcional da mama (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Segundo aponta Smeltzer e colaboradores (2009), não há qualquer motivo particular único para o desenvolvimento do câncer de mama. Um conjunto de fatores hormonais, genéticos e, provavelmente do ambiente em que se vive, é capaz de induzir a um aumento do risco para seu progresso.

2.2 CÂNCER DE MAMA

O câncer é uma enfermidade que se progride, devido a questões hereditárias e pela qualidade de vida do indivíduo. Esta doença é ocasionada pela reprodução anormal das células da mama, que configura um tumor maligno. A neoplasia de mama tem cura, se identificada no começo (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010).

A neoplasia de mama é uma situação de grande preocupação para a sociedade em geral causando nas mulheres um enorme impacto, devido ao alto índice de morbimortalidade e de mutilação, provocando queda da auto-estima, o que acarreta em comprometimento do seu desenvolvimento na sociedade (ARAÚJO et al., 2008).

O câncer de mama corresponde a um conjunto heterogêneo de doenças, que possui condutas diferentes. A heterogeneidade que este câncer possui, permite observar distintas reações clínicas e morfológicas, variadas assinaturas genéticas e como resultado variadas reações terapêuticas (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

O carcinoma de mama é definido por um crescimento anormal e maligno que se prolifera por meio dos tecidos e órgãos, invadindo outras partes do corpo, o que chamamos de metástase, há cerca de 100 tipos de doenças com essa característica. Sendo uma das maiores causas de morte por câncer no sexo feminino, o câncer de mama é o segundo tipo mais comum entre essa população, o que causa uma grande preocupação nos serviços de saúde pública e entre as mulheres (MOURA et al., 2010).

O carcinoma mamário espalha-se por meio linfático, através da corrente sanguínea e por influência direta. Os linfonodos atuam como filtros fundamentais das células que se desligam do tumor primário. Após cruzar o filtro ganglionar, normalmente, as células tumorais envolvem os linfonodos supra claviculares e ingressam na circulação venal. Mais do que se difundir até a axila as células tumorais são capazes de alastrar-se para os gânglios mamários internos, sobretudo, na medida em que for

originário de tumor situado no quadrante medial e na região areolar, sendo possível se difundir para os linfonodos mediastinais. O fluxo sanguíneo é a essência via de dispersão para demais órgãos e sistemas (CHARANEK; TOCCI, 2004).

Figura 2 – Fases Tumor Primário: 1/4; 2/4; 2/3; 4/4



Fonte: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (2012)

Entre os principais carcinomas da mama, destaca-se o câncer não invasivo ou carcinoma in situ corresponde à primeira etapa na qual o câncer pode ser classificado (essa classificação não se aplica aos cânceres do sistema sanguíneo). Nessa etapa (in situ), as células atingidas estão apenas na divisão de tecido em que se aumentaram e ainda não se disseminaram para outras partes do órgão de procedência. Em muitos casos o câncer in situ é curável se for adequadamente cuidado antes de avançar para a etapa de câncer invasivo (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

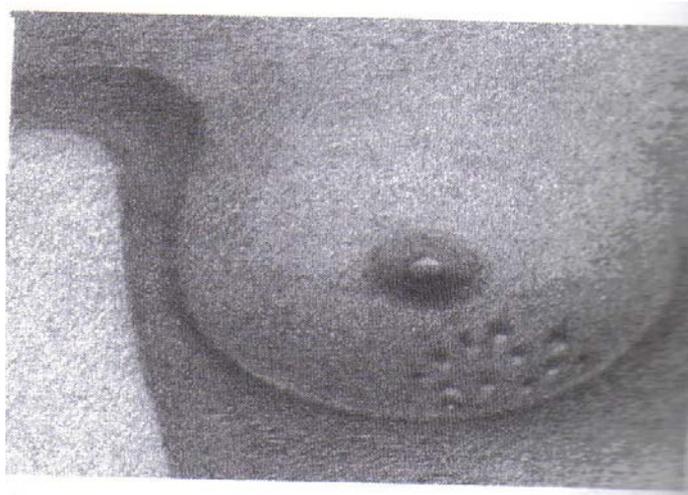
Segundo Silva (2012), o câncer de mama caracteriza-se por tumor em uma das mamas, onde manifesta alterações no formato e cor, aparecem também lesões indolores, acometendo o quadrante superior externo. Quando em estágios mais avançados apresentam modificações na pele.

Para Vieira e outros (2008) o câncer invasivo de mama são tumores malignos que se caracterizam por invadir órgãos vizinhos por metástase. Estes tumores originam-se das células do ducto terminal do lóbulo mamário. No câncer invasivo, as células cancerosas dominam outras divisões celulares do organismo, atingindo a corrente

sanguínea ou linfática e possui o poder de se espalhar para outros membros do corpo (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

O carcinoma ductal invasor ou invasivo (CDI) sem outra especificação é o grupo maior dos carcinomas invasivos da mama, (75-80% dos carcinomas invasivos), representando uma parcela heterogênea de tumores sem aspectos histológicos específicos. Já que é um diagnóstico de eliminação, existe enorme diversidade histológica seja relativa ao padrão, seja referente às particularidades citológicas. Para um câncer ser classificado como carcinoma ductal invasivo (OLIVEIRA et al., 2011).

Figura 3 – Sinais e sintomas - Mama com aspecto de casca de laranja



Fonte: Semiologia: bases para a prática assistencial (2006, p. 258).

Essa característica que os tumores malignos oferecem, de irrupção, de dispersão e de fabricação de outros tumores em distintos órgãos do corpo, tendo como início um ponto existente, e fundamental aspecto para esse tipo de câncer. Esses novos pontos em que se forma a doença são denominados de metástases (INSTITUTONACIONAL DO CÂNCER, 2012).

A detecção precoce da neoplasia é a única forma de diminuir suas taxas de morbidade e de mortalidade. O exame clínico das mamas e a mamografia são procedimentos utilizados para o diagnóstico precoce (MOLINA et al., 2003).

Muitos fatores de risco considerados como variáveis já foram reconhecidos, como: uso de tabaco e álcool, rotina alimentar incorreta, falta de atividade física, agentes infecciosos, contato com substâncias tóxicas no ambiente de trabalho, radiação,

alimentos infectados, situação econômica. Além desses, é possível considerar o uso de drogas hormonais, características reprodutivas e imunossupressão. Este contato é cumulativo ao longo do tempo, e, nesse sentido, a possibilidade do câncer crescer no decorrer da idade. Porém, é a relação entre os fatores modificáveis e os não modificáveis que poderá definir o risco de câncer de cada paciente (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

O sedentarismo está diretamente relacionado com a possibilidade de aumento de peso e, conseqüentemente, com risco de surgimento de câncer de mama em pessoas bem acima do peso, devido ao fato do estrógeno ser secretado pelo tecido adiposo (PIRHARD, 2009).

Em estudos realizados sobre atividade física no sexo feminino, nas faixas etárias 45 a 54 anos, 55 a 64 anos e 65 e mais, considerando todas as regiões do Brasil, (Tabela 1) é possível observar que no ano de 2006 foi maior na região centro-oeste (16,5%). E entre os anos de 2007 e 2010 foi notado um declínio da taxa de atividade física suficiente no tempo livre.

Tabela 1 – Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre, em porcentagem.

Região (Capitais)	2006	2007	2008	2009	2010
Região Norte	10	10,6	9,7	11	10,3
Região Nordeste	13,9	14,4	12,3	12,5	11,8
Região Sudeste	10,7	10,9	13	10,8	11,1
Região Sul	12,8	13,8	11	11,7	10,9
Região Centro-Oeste	16,5	12,3	14,1	14,6	15,9

Fonte: DATASUS (2006-2010).

Por sua vez, a região com o menor índice de prevalência de atividade física suficiente no tempo livre, foi à região Norte, atingindo em 2006 o índice de 10%, que se manteve com o índice variando pouco para mais ou para menos no decorrer dos anos de 2007 a 2010.

Estes dados são preocupantes, pois, a doença está associada ao sedentarismo, à inatividade física, e os estudos apontam que a realização de atividade física regular

reduz o risco de câncer de mama na pós-menopausa; e ainda mais, diminui a possibilidade de originar uma obesidade. Esta última é considerada um fator de risco relevante para diversos tipos de cânceres. A ingestão exagerada de bebidas alcoólicas é capaz de originar diversos tipos de cânceres. Somado a estes, os agentes infecciosos, que são responsáveis por 18% dos cânceres no mundo (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

De acordo com Smeltzer e colaboradores (2009), não existe nenhuma causa específica isolada para o câncer de mama. Um conjunto de fatores hormonais, genéticos e, provavelmente, ambientais pode causar a um maior risco para seu aumento.

Segundo Pirhard e outros (2009) mulheres com história familiar mãe, irmã e filha ocorrem maior probabilidade de desenvolver a neoplasia mamaria, outro fator importante é que, mulheres que já foram curadas de câncer de mama têm maior predisposição em desenvolver a patologia na mama não acometida.

A neoplasia de mama pode ter causa multifatorial, sendo os fatores de risco divididos em: reprodutivos, hormonais, nutricionais, familiares e hereditário, causando modificações anormais nas células do tecido mamário, tendo a idade como maior fator de risco. Vários estudos alistam à primeira menstruação, menopausa e idade da primeira gravidez ao risco de desenvolvimento de câncer de mama (LOPES et al., 2008).

Mulheres que durante a pós-menopausa se encontram obesas, ou que possuem histórico de câncer de ovário, doença benigna da mama, exposição ao tabaco, a radiação, e/ou pesticidas e possuem uma maior densidade mamária, apresentam um risco elevado para desenvolverem o câncer de mama. Além de todos os fatores citados acima, mulheres com histórico anterior de câncer em um dos seios têm risco maior de desenvolverem a neoplasia na mama não acometida anteriormente (GONÇALVES et al., 2010).

Nesse sentido, um lado positivo em relação aos fatores ambientais é que eles estão sujeitos ao comportamento do indivíduo, que é passível de ser alterado, diminuindo a possibilidade de originar um câncer. Muitas dessas transformações estão diretamente ligadas apenas ao indivíduo, por outro lado, as outras necessitam de mudanças em escala populacional, como por exemplo, uma mudança no que diz

respeito ao indivíduo seria a suspensão da utilização do tabaco e, em nível mais amplo, a inserção de uma vacina buscando o controle do agente infeccioso associado com avanço do câncer. É importante mencionar também que um grande índice de mortalidade por câncer seria impedido, porém, nesse sentido seria necessário que todos precisem cooperar para transformar o risco de originar um câncer (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Ainda pode-se afirmar que o aparecimento de novas neoplasias de mama está associado com o desenvolvimento da urbanização da sociedade, este desenvolvimento aumenta o risco de adoecimento de mulheres, elevando a incidência de risco de adoecimento entre mulheres com padrão de vida diferenciado (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

No que se refere à rotina alimentar, a alimentação inadequada baseada em gordura saturada e carente de verduras, frutas, eleva a possibilidade de desenvolvimento dos cânceres de mama. Por outro lado, uma alimentação com base em produtos de grande densidade energética amplia o risco de aumento de peso e surgimento da obesidade, considerada um fator de risco para uma variedade de tipos de câncer (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Em relação aos fatores de risco não modificáveis, são os fatores de risco que não estão sujeitos ao comportamento, costumes e estilo de vida individual. São denominados também como fatores de risco intrínsecos, como: gênero, etnia/raça e herança genética ou hereditariedade. É baixíssimo o número de casos de cânceres que tem como origem fatores apenas hereditários familiares ou étnicos, mesmo que o fator genético desempenhe uma relevante função na oncogênese (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

A idade é um fator que eleva a possibilidade do surgimento do câncer, sendo assim, eles acontecem com mais frequência na faixa etária de pessoas com idade avançada. A etnia é outro fator considerado, já que as diferenças genéticas fazem variar os riscos de cânceres entre as etnias humanas. Somado a este, a hereditariedade corresponde a outro fator de risco, pois, os genes de cânceres hereditários são responsáveis por 4% de todos os casos. O gênero também é outro fator, determinados tipos de cânceres surgem somente em um dos sexos, pois, diz respeito às características anatômicas, como próstata e colo do útero; por outro

lado, alguns acontecem nos dois sexos, no entanto, com índices notadamente distintos entre um sexo e outro (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

O câncer de mama é raro antes dos 35 anos, crescendo rápida e progressivamente com a idade, sendo descoberto, principalmente, entre 40 a 60 anos (SILVA; RIUL, 2012).

Verifica-se também que ocorrem modificações numéricas em relação ao aparecimento da doença e as regiões do Brasil.

Conforme a tabela 2, a taxa de incidência de neoplasias malignas em relação a número de casos por 100.000 habitantes apresentou maior índice na região sudeste (64,54), sendo o menor índice a região norte (16,62) reforçando o argumento de que quanto maior o índice de industrialização da região maior a incidência de casos.

Tabela 2 – Taxa de incidência de neoplasias malignas (número de casos por 100.000 habitantes, por região do Brasil, em 2010 e 2011).

Região	Mama feminina
Região norte	16,62
Região nordeste	30,11
Região sudeste	64,54
Região sul	64,3
Região centro-oeste	37,68
Total:	49,27

Fonte: DATASUS (2010).

A mortalidade causada devido a neoplasias mostra enorme alteração entre os estados no país, representando os distintos perfis de contato a fatores de risco e estilos de vida. Normalmente, os índices são mais elevados em unidades da federação da Região Sul e mais baixos na Região Norte, revelando assim, um marco na conjuntura da saúde no Brasil. Esse modelo geográfico sofre bastante influencia no que se refere à qualidade das informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), considerando que se identificam as elevadas taxas de motivos mal definidos de morte nas regiões Norte e Nordeste, mesmo que a melhora seja identificada na última década (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

É possível observar na tabela 3, que as regiões do Brasil mais industrializadas são as que apresentam maiores números de carcinoma da mama, levando à morte, já

que este possui relação direta com o processo de industrialização, levando ao risco de adoecimento associado ao nível socioeconômico, verificou-se que a região sudeste em no ano 2000 é a que apresenta o maior número de casos, aumentando de acordo com o decorrer dos anos. Por outro lado, a região Centro-Oeste é a que registra o menor número de casos no ano 2000 mantendo-se quase que estável nos dois próximos anos e registrando um aumento em 2003.

Tabela 3 - Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas, em mulheres na faixa etária dos 50 a 59 anos, 60 e 69 anos.

Região	2000	2001	2002	2003
Região Nordeste	565	548	620	658
Região Sudeste	2108	2310	2411	2325
Região Sul	744	754	807	839
Região Centro-Oeste	186	191	187	238
Total:	3603	3803	4025	4060

Fonte: DATASUS (2000-2003).

A partir da tabela 4 e 5 identificou-se que a escolaridade da população de 15 anos ou mais na zona rural é bem menor quando comparado com as tabelas 6 e 7 (abaixo) em relação à população de 15 anos ou mais na zona urbana.

Tabela 4 – Escolaridade da população feminina de 15 anos ou mais na zona rural

Região	2001	2002	2003	2004	2005
Região Norte	99640	92368	98040	1023931	1033219
Reg. Nordeste	4355912	4465293	4553797	4609302	4809641
Região Sudeste	2115188	2099435	2124269	2107993	2179801
Região Sul	1644413	1645767	1643022	1667701	1672113
Região Centro-Oeste	501417	500018	560867	556120	586483
Total:	8716570	8802881	8979995	9965047	10281257

Fonte: DATASUS (2001-2005).

Andrade e outros (2005) e Nascimento, Silva e Machado (2009) mencionam que as pacientes com grau educacional, renda e apoio social mais elevado são as que mais aceitam e que possuem mais informações acerca da prática do exame clínico das mamas, apontando a concretização da realização desse exame.

Esta situação aproxima mais as pessoas de baixa escolaridade da zona rural dos fatores de risco. Já que o analfabetismo funcional corresponde a menos de 4 anos de estudo, a partir do conhecimento dos fatores de risco para câncer de mama, as pessoas têm mais condições para adotar as medidas preventivas e de promoção de saúde, com vistas à melhor qualidade de vida (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2009).

O número de casos de câncer aumenta no Brasil, assim como em todo o mundo, numa proporção que segue o avanço da idade da população tendo como principal motivação o crescimento da expectativa de vida. Assim, este último fator está diretamente ligado às grandes mudanças no contexto da sociedade, como a condição de saúde da população causada pela urbanização acelerada, dos novos estilos de vida e comportamento de consumo (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Tabela 5 – Escolaridade da população feminina de 15 anos ou mais na zona rural

Região	2006	2007	2008	2009
Região Norte	1016191	999325	994301	1017779
Região Nordeste	4769947	4847884	4869278	4901734
Região Sudeste	2196586	2227847	2251021	2244452
Região Sul	1666619	1693608	1708377	1727886
Região Centro-Oeste	593037	590855	570940	582266
Total:	10242380	10359519	10393917	10474117

Fonte: DATASUS (2006-2009).

Analisando as tabelas acima (Tabela 4 e 5), pode-se ver que as camadas mais carentes de informação e conscientização sobre a importância da técnica do exame

clínico das mamas na detecção precoce do câncer de mama apresentam desconhecimento quanto à prática e momento de realização e que por muitas vezes não o pratica.

Tabela 6 – Escolaridade da população feminina de 15 anos ou mais na zona urbana

Região	2001	2002	2003	2004	2005
Região Norte	3184985	3350580	3458730	3661048	3827188
Região Nordeste	12753594	13077313	13407651	13920778	14020353
Região Sudeste	26680814	27233630	27881620	28317328	28723255
Região Sul	7918608	8196655	8403677	8519948	8724373
Região Centro-Oeste	3848421	3994009	4076776	4230672	4307863
Total:	54386422	55852187	57228454	58649774	59603032

Fonte: DATASUS (2001– 2005).

Tabela 7 – Escolaridade da população feminina de 15 anos ou mais na zona urbana (Continuação)

Região	2006	2007	2008	2009
Região Norte	3953131	4140865	4268931	4410779
Região Nordeste	14421211	14754835	15154336	15587549
Região Sudeste	29456557	29717991	30389594	30789076
Região Sul	8952615	9079960	9245909	9453123
Região Centro-Oeste	4421527	4514308	4689292	4841692
Total:	61205041	62207959	63748062	65082219

Fonte: DATASUS (2006-2009).

A análise das tabelas 6 e 7 pode-se notar que o grau de escolaridade também deve ser avaliado, pois, verifica-se que mulheres com mais anos de estudo acabam tendo mais informações e se cuidam mais como já foi afirmado nos parágrafos anteriores. Mas, isto não significa que não terão a doença, segundo o Instituto Nacional do

Câncer (2012) qualquer mulher pode vir a ter um câncer de mama, no entanto, há determinados grupos com maiores probabilidades.

Ao analisar a tabela 8, no período de estudo de 2003 a 2008, refere-se ao número de mulheres na faixa etária dos 50 a 69 anos que menciona ter feito a última mamografia em até dois anos, os dados apresentam um aumento deste número em todas as regiões, sendo predominante a região sudeste. Em contraposição a região norte foi a que apresentou o menor índice em 2003 e que o aumento nos anos seguintes não foi significativo.

Tabela 8 - Proporção da população feminina de 50 a 69 anos que refere ter realizado a última mamografia em até 2 anos

REGIÃO DO PAÍS	ANO/2003	ANO/2008
Região Norte	30,3	35,3
Região Nordeste	30	39,8
Região Sudeste	56	63,8
Região Sul	44,9	55,1
Região centro-sul	47,7	52,4
Total:	46,1	54,2

Fonte: IBGE (2003-2008).

A única forma de redução da morbimortalidade do câncer de mama é a detecção precoce. Esse diagnóstico precoce é realizado pela mamografia, e o exame clínico das mamas é também utilizado como forma de perceber qualquer alteração mamária (MOLINA et al., 2003).

Todos esses dados permitem concluir que há uma deficiência no serviço, e o número insuficiente de mamógrafos faz com que o paciente não consiga realizar o exame no tempo solicitado pelo médico, o que caracteriza um agravante para a saúde pública.

O diagnóstico precoce é efetivado com a finalidade de identificar o quanto antes uma doença através dos sinais clínicos do paciente. O contato com fatores de risco é um dos critérios a que se deve prestar mais atenção em caso de suspeita de um câncer, sobretudo, no caso do paciente estiver em meio a tais fatores (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

A mamografia é um exame realizado pelo profissional de saúde, e tem sido usada como exame de diagnóstico na detecção precoce do câncer de mama em mulheres com idade acima de 50 anos, seguindo o protocolo de cada programa de rastreamento. Para as mulheres que estão no climatério, que fazem terapia de reposição hormonal, a mamografia tem se mostrado um importante exame para analisar as mamas neste grupo populacional. Este exame também tem sido realizado em mulheres que apresentam risco mamário após os 35 anos com suspeita clínica de malignidade (MOLINA et al., 2003).

A infra-estrutura apresenta-se como principal limitação ao acesso das mulheres às vantagens proporcionadas pela utilização regular da mamografia no rastreamento do carcinoma da mama (CORREA, 2002).

Em oposição a tabela 8, a tabela 9 apresenta a proporção da população feminina de 50 a 59 anos, nos anos de 2003 e 2008, que refere nunca ter realizado a mamografia. Verifica-se que o índice é maior nas regiões menos industrializadas registrando as regiões norte e nordeste como sendo as maiores taxas (62,7 e 63,5, respectivamente).

Tabela 9 – Proporção da população feminina de 50 a 59 anos que refere nunca ter realizado mamografia.

Região	2003	2008
Região Norte	62,7	50,2
Região Nordeste	63,5	45,1
Região Sudeste	34	18,1
Região Sul	46,8	28,2
Região Centro-Oeste	44,3	31,2
Total:	45,3	28,9

Fonte: DATASUS (2003-2008).

Já o sudeste a área mais industrializada do Brasil revela uma maior conscientização a respeito de se realizar a mamografia, com o índice de 34% da população feminina entrevistada relatando não ter realizado o exame, esta taxa caiu em 2008 para 18,1, o que pode representar maior conscientização por parte das mulheres.

A mamografia é o melhor método de detecção precoce do câncer de mama, sendo a sua interpretação um desafio para o profissional de saúde. Há evidências de que muitos dos cânceres detectados nas mamografias de rastreamento são visíveis

retrospectivamente, mas não identificados pelo radiologista no momento da análise (CALAS et al., 2012).

Guimarães (2004) diz que mulheres com história de câncer de mama em parentes de primeiro grau instruem se a realização da mamografia de rastreamento 10 anos antes do recomendado, pois há um elevado índice de desenvolvimento do carcinoma em idade mais precoce.

Na mamografia são analisadas partes anatômicas de cada mama, este exame realiza compressão da mama de cima para baixo, de um lado para o outro. Ao realizar a mamografia pelo profissional de saúde, pode acontecer das mulheres sentirem um leve desconforto, pois a compressão máxima é necessária para que se atinja a visualização desejada (TAVARES apud SMELTZER et. al., 2009).

Apesar de historicamente a ultrassonografia mamária ter sido amplamente usada para a diferenciação de lesões líquidas e sólidas, o interesse de diferenciar massas benignas e malignas tem crescido cada vez mais. A ultrassonografia é utilizada como coadjuvante no processo diagnóstico aos pacientes com nódulos de mama pois, ela é utilizada para caracterizar o tumor encontrado pelo exame da mamografia, o que faz com que a biópsia desnecessária seja evitada. (NASCIMENTO; SILVA; MACHADO, 2009).

Guimarães (2004) considera a ultrassonografia como um exame de grande importância no auxílio do diagnóstico do câncer de mama, seu uso vem crescendo devido às informações precisas que o mesmo fornece.

Para Instituto Nacional do Câncer (2004) a ultrassonografia é a opção de técnica para análise através de imagem das lesões palpáveis, em pacientes com idade abaixo de 35 anos. Em pacientes 35 anos ou mais, a mamografia é a alternativa mais apropriada. É possível de complementá-la com a ultrassonografia nas seguintes condições: nódulo sem aparecimento, já que a mama é pesada ou porque está em zona cega na mamografia; nódulo regular ou levemente lobulado, que possivelmente seja um cisto; densidade assimétrica difusa, que seja capaz de ser lesão sólida, cisto ou parênquima mamário.

Segundo Frankel e outros (2011) a punção aspirativa por agulha fina, trata se de um procedimento realizado pelo médico com o auxílio do enfermeiro, é considerado um

procedimento seguro, com poucas intercorrências, utilizado nos programas de detecção precoce para o câncer de mama.

Guimarães (2004) argumenta que a biopsia por agulha grossa facilita a retirada de pequenos pedaços do tecido mamário. Este procedimento é realizado com o auxílio de agulhas de grosso calibre, é um procedimento mais eficaz que punção aspirativa por agulha fina. Considerando que este procedimento é realizado pelo profissional da saúde, com o auxílio do enfermeiro no preparo do paciente para o exame.

De acordo com Instituto Nacional do Câncer (2012), destacam-se como orientações e indicações para a identificação precoce do câncer de mama conforme a queixa ou alterações percebidas pelas mulheres enfermas ou pelo profissional de saúde:

- Para o sintoma de dor, calor, edema, eritema ou descamação da mama, modificação na configuração ou estatura da mama, transformação na aréola ou no mamilo; constatação de nódulo ou condensação na mama, ao redor a ela, ou na axila. **Orientação:** o rastreamento através de avaliação clínica da mama, para mulheres iniciando pela idade de 40 anos, prática do uma vez ao ano. Esta prática é entendida enquanto componente da atenção integral à saúde da mulher, necessitando ser prática do em qualquer atendimento clínico, para qualquer idade da mulher (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER 2012).
- Para o sintoma de irritação ou vazão de excreção pelo mamilo, entrada do mamilo para o interior da mama. **Orientação:** Na idade de 50 a 69 anos, depois da avaliação clínica da mama anualmente, a mulher precisa realizar uma mamografia no intervalo de cada dois anos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).
- Para a manifestação de rugas ou enrijecimento da pele da mama (a pele revela uma aparência de casca de laranja). **Orientação:** Avaliação clínica da mama e mamografia anual, com início aos 35 anos, para as mulheres que fazem parte de setores populacionais com alto grau para progressão de câncer de mama; acessibilidade a diagnóstico, terapêutica e acompanhamento para todas as pacientes com mudanças nos exames efetivados (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

As mudanças demográficas que incide sobre os habitantes ocasionaram como

implicação um aumento do registro de episódios de doenças crônicas dentre as quais se destaca o câncer (MENDONÇA, 1993).

Dados levantados pelos Registros de Câncer de Base Populacional, acessíveis para 16 municípios do Brasil, revelam que na década de 1990, o carcinoma da mama foi o mais recorrente no país. Os elevados índices de ocorrências foram verificados nas cidades de São Paulo, no Distrito Federal e em Porto Alegre (BRASIL, 2004).

A progressão de novos eventos de câncer de mama aguardados para o Brasil em 2010 era de 49.240, com um risco considerado de 49 casos a cada 100 mil mulheres (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2009).

De acordo com Mendonça (1993), as neoplasias malignas, em particular os tumores de mama, apresentam sua importância no número de incidências de enfermidades de óbitos das mulheres brasileiras.

A neoplasia da mama é a segunda forma de câncer mais recorrente no mundo e o mais freqüente entre as mulheres. No Brasil, anualmente, por volta de 22% dos episódios novos de câncer em mulheres são de mama (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2009).

Isto acontece principalmente devido a um diagnóstico médico realizados tardiamente, insuficientes estudos na área, tardia deliberação das mulheres de buscar auxílio médico e também é comum a não realização da técnica do auto-exame de mama (SARDIÑAS, 2009).

Levando em conta a procedência dos cânceres mamários, estima-se que 90% a 95% deles consistam em casos esporádicos (não familiares) e provenham de mutações do corpo, que se percebem no decorrer da vida, e que 5% a 10% sejam originados por via genética (NASCIMENTO; SILVA; MACHADO, 2009).

2.3 PREVENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO CÂNCER DE MAMA

A prevenção primária tem como objetivo à promoção da saúde, promovendo alegria do bem-estar e proteção específica, voltada a um determinado tipo de agravo. Tal método preventivo para o carcinoma de mama é responsável por evitar o surgimento da patologia por meio de intervenções no meio ambiente e em seus fatores de risco. Logo somos impossibilitados de modificar nossa tendência hereditária, portanto a

promoção de saúde é a melhor maneira de se evitar a doença e a oportunidade de praticar ações sobre as exposições e os fatores causais do câncer (OLIVEIRA et al., 2011).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2010) a prevenção primária desta patologia é possível desde que se identifiquem as mulheres que apresentam predisposição genética e demais fatores de risco que rodeiam a sua etiologia. Novas medidas de rastreamento em países com déficit econômico têm sido avaliadas e, até o instante, a mamografia, para mulheres com idade 50 a 69 anos, é indicado como forma estratégica para detecção precoce.

Thuler (2003) diz que as ações de prevenção primária consistem em promover a educação da população feminina promovendo campanhas educativas, desenvolvendo o conhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama na população.

Na prevenção primária é fundamental informar população sobre o carcinoma de mama e promover ações primordiais que favoreçam detecção precoce desta neoplasia. A educação em saúde é essencial, pois instrui a comunidade na elaboração de novos conhecimentos, proporcionando um hábito conhecedor de comportamentos preventivos (SILVA et al., 2011).

A prevenção secundária envolve ações para detecção precoce, compreendido por rastreamento. Para o carcinoma mamário, esta prevenção envolve o diagnóstico e o tratamento precoce, sendo assim, têm-se maiores chances de cura (OLIVEIRA et al., 2011).

Portanto, o rastreamento não tem por finalidade diagnosticar, mas apontar pessoas que, por mostrarem exames modificados ou suspeitos, devem ser conduzidos para averiguação diagnóstica (THULER, 2003).

Outra dificuldade observada está relacionada ao entendimento das orientações para o rastreamento do câncer, existindo a necessidade de se estabelecer pólos de educação permanente para este setor de profissionais, levando-se em consideração que os profissionais de saúde se equivalem aos educadores das pacientes atendidas (BRITO et al., 2010).

Ao se realizar a prevenção secundária tem-se como intenção promover o diagnóstico precoce do câncer por meio do exame clínico das mamas. Os autores

Brentani; Coelho; Kowalski, (2003) ainda relatam que ao se associar a prevenção primária com a secundária a redução da mortalidade por câncer pode chegar até 15%.

Segundo Thuler (2003) a prevenção secundária trabalha com ações para interromper o curso do carcinoma quando este está em seu estágio inicial, adotando medidas que permitam sua intervenção precoce.

Thuler (2003) cita ainda que na prevenção secundária o rastreamento consiste em um importante programa onde será investigada a pessoa assintomática com maior predisposição para desenvolver a doença.

O controle do câncer de mama possui um foco na prevenção secundária, tendo um comprometimento maior com as ações de detecção precoce, onde se busca a identificação de tumores quando os mesmo ainda se encontram pequenos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Percebe-se que nessa situação, com base na carência de recursos para prevenção de comprometimento da saúde da população feminina com objetivo de controlar novos episódios de neoplasias mamárias como métodos eficientes de detecção precoce ao câncer de mama localizam-se como alternativas o exame sistemático da mama, ou exame clínico, realizado pelo profissional especializado, e a mamografia. O exame clínico devido a sua característica de não possuir custo pode ser empregado enquanto método de alternativa em grandes contingentes populacionais enquanto maneira de prevenção secundária (MONTEIRO et al.,2003; NASCIMENTO; SILVA; MACHADO, 2009).

No que se refere ao diagnóstico, o rastreamento (screening) corresponde ao exame de pessoas saudáveis (sem sintomas de doenças) com a finalidade de escolher as que possuem elevada possibilidade de desenvolver uma enfermidade devido ao fato de revelarem no exame alterações ou suspeitas, e que, assim, necessitam ser conduzidas para a verificação diagnóstica (INSTITUO NACIONAL DO CANCER, 2008).

O diagnóstico precoce do CA possui relação decisiva com a possibilidade de acesso a informação para as possíveis portadoras, isto é, a educação em saúde, cumprindo um papel de conscientização acerca da prática do auto-exame da mama, do exame

clínico e da mamografia, três elementos essenciais em que se fundamenta o rastreamento dessa modalidade de câncer (MARINHO et al., 2003).

O Instituto Nacional do Câncer (2004) preconiza conforme o quadro 1 que as mulheres entre 40 a 49 anos realizem o exame clínico das mamas anual (ECM) e, em caso de alteração, é recomendado a mamografia diagnóstica. Para mulheres com idade entre 50 a 69 anos, é recomendado o ECM e mamografia de rastreamento a cada dois anos. Por fim, enfatiza que as mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado, devem realizar o ECM e mamografia de rastreamento anual

Quadro 1 – População-alvo e periodicidade dos exames

População-alvo	Periodicidade dos exames
Mulheres de 40 a 49 anos	Exame clínico das mamas anual (ECM) e, se alterado, mamografia diagnóstica
Mulheres de 50 a 69 anos	ECM e mamografia de rastreamento a cada dois anos
Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado	ECM e mamografia de rastreamento anual

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (2004).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (2013), o rastreamento realizado pelo profissional da saúde possui algumas maneiras distintas de ser apresentado: O primeiro, rastreamento organizado, realizado a indivíduos convocados, através de conjunto etário específico, com continuidade definida e aplicada através de uma organização ativa, podendo abranger toda população ou ser seletivo. O segundo, o rastreamento populacional que equivale a quando não existe escolha predeterminada de pessoas seguindo um histórico que direcione para um risco de enfermidade, por exemplo, identificar através do rastreamento todas as mulheres entre 50 e 69 anos, moradores de uma localidade específica, para o câncer de mama. O terceiro, rastreamento seletivo, que corresponde quando é prestado a uma categoria populacional considerada como de elevado risco para determinada enfermidade, por exemplo, rastrear, depois dos 35 anos, mulheres ligadas a um grupo alto risco de originar câncer de mama (com histórico familiar de ao menos um parente de primeiro grau, com diagnóstico de câncer de mama antes dos 50 anos).

Por fim, o rastreamento oportunístico que é prestado, de forma oportuna, a pessoa que, por outros motivos, busca os serviços de saúde, por exemplo, fazer, por

deliberação do profissional de saúde ou pedido do próprio paciente, exame clínico das mamas nas mulheres que aparecerem para consulta ginecológica. Enquanto atuação de prevenção secundária, isto é, de detecção precoce do câncer de mama, a OMS aponta três estratégias, integrantes entre si, são elas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013):

- autoconhecimento das mamas;
- exame clínico das mamas (ECM); e
- mamografia.

O Instituto Nacional de Câncer não recomenda o auto-exame das mamas como método único de detecção precoce dessa enfermidade. A orientação é que o auto-exame das mamas componha o conjunto da série de ações de educação em saúde que englobam o conhecimento acerca do próprio corpo (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).

O autoconhecimento é a inspeção visual e a palpação sistemática de cada mama pela própria mulher, mensalmente, após a menstruação, geralmente do 7^o ao 10^o dia. Consiste na palpação detalhada da mama, permitindo o encontro de tumores maiores do que 1 cm, quando superficiais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

O conhecimento da mulher sobre o seu próprio corpo contribui para a percepção de qualquer alteração que possa surgir em suas mamas, permitindo assim buscar orientação com o profissional de saúde na unidade de atendimento mais próxima de sua casa (JACOME et al., 2011).

No mesmo contexto, Silva e outros (2009), mencionam ações para a educação da população relacionadas ao autoconhecimento das mamas, como a implementação de práticas para a população orientadas para a promoção em saúde, habilitação através de seminários, cursos e aconselhamento profissional, expedientes informativos, campanhas de conscientização, informações obtidas através dos meios de comunicação, atuação das pacientes no domínio dos fatores de risco e permanente análise corporal (SILVA et al., 2009).

O exame clínico das mamas (ECM) é praticado pelo profissional de saúde (médico ou enfermeiro) usualmente no decorrer do atendimento. Ele diagnostica mudanças macroscópicas verificáveis na inspeção, palpação das mamas, regiões axilares e

supra claviculares.

As duas medidas apontadas acima, reforçam consideravelmente a possibilidade de detecção do câncer em estágios iniciais, permitindo que a descoberta de tumores menores (de 1 a 3 cm), de maneira que a terapêutica da doença seja possível ser realizada em fase inicial (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2002).

Estes procedimentos auxiliam nos cuidados com o corpo que a mulher tem que ter além de aumentar seu conhecimento sobre o câncer, pois, ela acaba recebendo orientações sobre a doença e os cuidados que devem ter para detecção precoce. Assim, o emprego desses dois exames conscientiza a mulher para o autoconhecimento com o seu corpo e incentivam os enfermeiros para o diagnóstico da doença (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2002).

A **mamografia** corresponde a um exame radiológico efetivado em equipamento de alta resolução, o mamógrafo, através do qual os raios X são capazes de conceber imagens tumorais, calcificações etc. A mamografia possui suas recomendações apontadas abaixo (BASSETT; JACKSON, 2000):

- a) Para auxiliar o diagnóstico da enfermidade, constatada pelo médico, através do exame clínico das mamas e, geralmente, pela mulher, através do auto-exame das mamas (BASSETT; JACKSON, 2000).
- b) No acompanhamento cotidiano de mulheres avaliadas com **situação de alto risco**, isto é, que já possuíram lesões pré-neoplásicas ou neoplásicas ou com histórico na família da enfermidade em ascendentes e parentes diretos. As referentes sugestões do período para prática da mamografia são (BASSETT; JACKSON, 2000):
- c) pacientes com lesões antecipadamente diagnosticadas como hiperplasia atípica ou neoplasia lobular *in situ*, ou câncer de mama anterior independente da idade precisarão realizar o exame anual; mulheres com 40 anos ou mais de idade, com episódios na família de câncer de mama na mãe ou irmã, acontecidos na pré-menopausa precisarão realizar o exame anual (BASSETT; JACKSON, 2000).
- d) Para diagnóstico precoce de tumores ainda não constatados pelo autoconhecimento da mulher sobre o corpo e o ECM. Para isso, mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos de idade começariam a realizar a cada 2 anos a

mamografia com a finalidade de identificar o que os outros procedimentos não alcançam. A essa mamografia prática da com o objetivo de verificar lesões suspeitas de malignidade em paciente assintomática, se chama de mamografia de rastreamento (*screening*) do câncer de mama (BASSETT; JACKSON, 2000).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) admite que o câncer é uma questão de saúde pública e estabelece que os procedimentos visando seu domínio no Brasil aconteçam por meio de uma Rede de Atenção Oncológica (RAO), com a atuação direta e indireta do Governo Federal, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, das unidades de ensino superior, dos serviços de saúde, dos centros de pesquisa, das ONGs e da sociedade de maneira genérica. A RAO tem como finalidade: (1) solidificar a ação de idealização e a avaliação dos procedimentos de assistência oncológica; (2) capacitar os distintos sujeitos sociais para o entendimento e controle da questão do câncer no país; (3) estimular a geração de informação científica e o aprimoramento tecnológico na esfera da atenção oncológica; (4) movimentar a sociedade civil no sentido de participar de maneira integrada; (5) promover a obtenção de verbas para a ação contra o câncer; e (6) incentivar a conexão de práticas buscando a eficiência na aplicação dos recursos (BRASIL, 2005).

Em relação ao processo histórico da implementação do Sistema Único de Saúde, verifica-se que muitas mudanças ocorreram favorecendo a implantação de novos serviços em benefício da população. Assim, a saúde obteve um significativo reconhecimento e inclusão na nova Constituição Federal, proclamada 1988, enfatizando-se sua admissão como um elemento da seguridade social, a distinção dos serviços e procedimentos de saúde como de grande valor público e seu referencial político básico. (BRASIL, 2006b)

De acordo com Benevides e Passos citando a Constituição afirmam que ficou estabelecido que

a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, (Constituição Federal, 1988) direito este garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso

universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Além disso, foram assumidos também os princípios da universalidade, da equidade e integralidade às ações de Saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 563).

Outra questão também discutida no âmbito das políticas públicas diz respeito a humanização que surge em distintos momentos históricos e apresenta múltiplas ações no desenvolvimento da construção do Sistema Único de Saúde (SUS). De início avaliado como problema de menor importância, percebido com desprezo ou suspeita pelos movimentos políticos que compuseram o movimento social da reforma sanitária, foi gradativamente se assegurando como referência das questões mais intimamente postas pela vivência, seja na esfera clínica, na prestação de atendimento a saúde do SUS, quanto na esfera das políticas de participação e aquisição de direitos associados à saúde pública (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A formação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão a Saúde (PNH) surgiu de uma avaliação do processo de desenvolvimento do SUS, em que se checaram o que havia sido implementado e os novos ânimos a se concretizar - “do SUS que temos ao SUS que queremos”, atribuindo valor, seja dentro como fora do Estado, às dimensões coletivas mais diretamente associadas a vivências efetiva de criação de novas formas de existência, iniciando com os desafios de gerar saúde nas distintas esferas da rede pública de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A Política Nacional de Humanização tem como pressuposto um novo humanismo, não mais fundamentado em valores genéricos que dizem respeito a um homem ideal (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Porém focalizado no “encontro com a experiência concreta de ‘um homem’ em processo de produção de si e de sua saúde” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.19).

Os autores ainda evidenciam que por meio da Política da Humanização tornou-se viável estabelecer uma assistência transversal aos inúmeros procedimentos e domínios administrativos do Sistema Único de Saúde, unindo metas e práticas divididas e determinadas pelo tipo de programa, como prática de uma nova forma de criar e de realizar política pública de saúde, em que o público não está associado somente ao Governo ou ao Estado, mas também diz respeito “a experiência concreta dos coletivos”, em que “a saúde se mostra como um problema público” e,

em sua maneira de proceder com o SUS, abarca a participação dos distintos agentes: usuários, trabalhadores e gestores.

Foi estabelecido para a Política da Humanização, não um programa, mas uma forma de perpassar todos os programas como uma política transversal que se busca acompanhar em todos os âmbitos administrativos do SUS e nos distintos procedimentos públicos de saúde. São noções que orientam a PNH: a inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde e de sujeitos, o estímulo da transversalidade compreendida enquanto o crescimento do nível de comunicação entre os setores hierárquicos (eixo vertical) e os setores e serviços (eixo horizontal), incentivando a abertura das corporações e a difusão das rodas de discussão e decisão coletiva (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A humanização dos serviços de saúde, principalmente da enfermagem, se caracteriza como um processo contínuo e depende de uma reflexão diária da equipe sobre o cuidado (ALMEIDA; MARIUTTI; PANOBIANCO, 2007).

A nova Política Nacional de Atenção Oncologia, foi instituída em dezembro de 2005, através da Portaria no 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005, em consonância com as diretrizes e estratégias de democratização institucional, instituídas no âmbito da construção do SUS, estimulando a descentralização e atribuindo valor a co-responsabilidade entre o conjunto de serviços e os grupos de profissionais, com o objetivo de realizar a integralidade da atenção em Oncologia (BRASIL, 2005).

A Oncologia é uma área que exige alta complexidade assistencial no decorrer de todo o andamento do tratamento, além de exigir dos enfermeiros significativa capacidade de se relacionar afetivamente, levando-se em conta as necessidades e particularidades de cada paciente (BRASIL, 2005).

Os profissionais que trabalham em contato direto com a atenção oncológica, se deparam com situações complicadas, como os sentimentos de dor, desesperança, e morte, além de conviver com os efeitos colaterais que causam danos tanto físicos quanto emocionais aos pacientes, com as mutilações, com o sofrimento dos familiares e com a perspectiva de cura da doença. Tais características atribuem aos profissionais o dever de encarar de forma humanizada o paciente no decorrer da operacionalização do atendimento prestado ao mesmo (BRASIL, 2005).

Considerando esse pressuposto, é possível analisar como essas tais problemas influenciam os profissionais de enfermagem em oncologia e que medidas precisariam ser empregadas pelos enfermeiros no sentido de que a atenção oncológica, tanto aos usuários quanto aos seus entes queridos, esteja direcionada a implementação de espaços que possibilitem a comunicação das suas emoções, os ajude na procura de recursos adequados para os problemas que se referem ao seu tratamento, preparando-os para tomada de decisões acerca da terapêutica indicada (COLLET; ROZENDO, 2003).

A responsabilidade e o compromisso da equipe de enfermagem em criar vínculos e estabelecer relações próximas e claras com o sofrimento do paciente possibilitam uma relação de transferência entre o usuário e o profissional, tendo como consequência a constituição da independência do paciente (RIZZOTTO, 2002).

Assim, há que se considerar que a humanização da assistência nesse contexto pressupõe o cuidado com a realização pessoal e profissional dos trabalhadores de enfermagem. Existe a necessidade de um projeto coletivo, no qual toda instituição se identifique e se atribua valor, trazendo à tona as relações entre enfermeiros e pacientes, entre os próprios profissionais, entre esses profissionais e a instituição e entre a instituição e a comunidade (COLLET; OLIVEIRA; VIERA, 2006).

É preciso a avaliação contínua sobre as maneiras de oferecer assistência, de constituir um relacionamento com os pacientes dos serviços e das efetivas circunstâncias de atuação prática no contexto social em que trabalham os enfermeiros (COLLET; ROZENDO, 2003).

2.4.1 Programas do Ministério da Saúde

O Governo Federal disponibiliza programas de prevenção primária que tem como finalidade amenizar o número de casos de neoplasias da mama, porém, não são suficientes no que se refere ao câncer de mama por causa de seus aspectos biológicos e recursos tecnológicos disponíveis (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Programas de detecção precoce cumprem essencial papel na diminuição da mortalidade. Portanto torna-se indispensável à capacitação dos profissionais da saúde visando orientar a população feminina sobre o cuidado essencial que deve

ser dada às mamas, mesmo sabendo-se que a diminuição das mulheres assintomáticas aos programas ambulatoriais é devida a preocupação com a discriminação em relação à patologia (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Em nosso país

o controle da doença vem se desenvolvendo ao longo dos anos de forma isolada, alguns estados e municípios trabalham de forma a garantir o controle da doença e a detecção precoce, não sendo assegurada uma cobertura adequada nem uma conexão com as políticas nacionais de saúde. Várias iniciativas têm sido tomadas no sentido de alertar e recrutar a população para a realização do exame preventivo (exame citopatológico), mas estas iniciativas têm se baseado frequentemente em campanhas de abrangência e periodicidade insuficientes (BRASIL, 2001).

O Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), criado em 2000, tem como pressuposto estimular uma nova mentalidade de assistência à saúde no Brasil, tendo como finalidade essencial aperfeiçoar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais e entre hospital e comunidade, com o objetivo de melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços oferecidos por instituições associadas ao SUS, como o INCA (BRASIL, 2001).

Conforme o Inca para o câncer de mama,

no dia 27 de novembro de 2000, foi lançada a primeira fase que se constitui no Projeto de Capacitação de Recursos Humanos na Área da Saúde, com distribuição de material para treinamento contendo folhetos, livretes e vídeo para profissionais de saúde alocados nos diversos níveis de atenção à saúde e no Projeto de Organização da Rede de Serviço, prevendo a alocação de mamógrafos e pistolas para biópsia por agulha grossa (core biopsy) em pólos de diagnósticos estaduais (BRASIL, 2001).

2.4.1.1 Programa Viva Mulher

O VIVA MULHER – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama foi organizado possuindo como meta minimizar a mortalidade e as conseqüências físicas, psíquicas e sociais de tais cânceres na mulher, através do oferecimento de assistência para prevenção e identificação em etapas de início da enfermidade e a terapêutica e reabilitação das mulheres. Assim, as instruções e estratégias definidas para o Programa constituem uma rede nacional unificada, com fundamento em um centro geopolítico administrativo, com sede no município, que possibilitará expandir o ingresso da mulher aos serviços de saúde. Outro aspecto é

que, a habilitação de recursos humanos e o estímulo a mulher no sentido de que ela cuide da própria saúde irão fortalecer e aumentar a eficácia da rede constituída para o controle do câncer (BRASIL, 2001).

De acordo com o Brasil (2001, p.16) as diretrizes e estratégias do programa englobam:

- 1) articular e integrar uma rede nacional, esta diretriz possui como estratégia Consolidar uma base geopolítica gerencial do Programa, O objetivo desta estratégia é o de articular uma rede nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama, dentro do contexto do SUS, integrando-a aos diversos segmentos e grupos organizados da sociedade;
- 2) motivar a mulher a cuidar de sua saúde, esta diretriz possui como estratégia Articular uma rede de comunicação com a mulher. Esta estratégia visa ao estabelecimento de uma rede de comunicação com a mulher, a fim de que as ações de comunicação social desenvolvida dentro das diversas etapas do Programa possam, efetivamente motivar, ou seja, engajar a mulher para o controle do câncer do colo do útero e de mama.
- 3) Reduzir a desigualdade de acesso da mulher à rede de saúde, esta diretriz possui como estratégia Redimensionar a oferta real de tecnologia para detecção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero e de mama. Este redimensionamento está baseado no diagnóstico da capacidade instalada no país, com previsão do atendimento da demanda e da capacitação de recursos humanos existentes na rede. Tem por objetivo reduzir a desigualdade de acesso da mulher à rede de saúde para o diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero e de mama.
- 4) Melhorar a qualidade do atendimento a mulher. Esta diretriz possui como estratégia Informar, capacitar e atualizar recursos humanos e disponibilizar recursos materiais, de forma continuada nos diversos níveis. Esta estratégia tem o objetivo de uniformizar e dar conhecimento das normas e procedimentos de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e medidas de reabilitação do câncer do colo do útero e de mama; garantindo fluxos definidos e conhecidos de encaminhamento na rede de saúde, com boa resolução, dentro da lógica da atenção integrada da saúde da mulher, e objetivando a melhoria de seu atendimento. Visa à capacitação de recursos humanos nas instâncias: gerencial do Programa, diagnóstico e terapêutica, mobilização social, vigilância e avaliação, e formação acadêmica
- 5) Aumentar a eficiência da rede de controle de câncer, esta diretriz possui como estratégia Criar um plano de vigilância e avaliação do câncer do colo do útero e de mama. O objetivo desta estratégia é aumentar a eficiência da rede de atenção ao câncer de mama, reduzindo a possibilidade de má utilização e fraudes; assegurar o controle de qualidade; monitorar e avaliar as etapas de implantação do programa; acompanhar alterações no perfil da mulher e do profissional envolvido na atenção ao câncer de mama (hábitos, crenças e costumes), para melhorar as atividades de comunicação social e, finalmente, estudar possíveis incorporações tecnológicas à rede do SUS.

No que se refere à abordagem do programa para o controle do Câncer de Mama, com a finalidade de ensinar a mulher e valendo-se da sua presença na Unidade de Saúde para concretizar o exame. O profissional de saúde realiza a anamnese, o ECM e instrui a como fazer o AEM. Depois do ECM as mulheres com exame atípico

serão direcionadas a uma consulta médica especializada na qual será analisada a possibilidade de mamografia, exame citopatológico ou histopatológico, assim como a recomendação de terapêutica apropriada ou regresso para uma nova avaliação (BRASIL, 2001).

2.4.1.2 Estratégia de Saúde da Família

O Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de realizara reorganização da pratica assistencial em nova estrutura e pressupostos, alterado o modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, a Atenção Básica é marcada por um conjunto de procedimentos de saúde, em âmbito particular e coletivo, que abarcam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2008).

Outra característica é que é guiado

[...] por meio da instauração de procedimentos de gestão e sanitários, democráticos e participativos, por meio da ação em grupo, voltada a populações de regiões bem delimitadas, nas quais recém a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade que existe no território em que residem essas populações (BRASIL, 2008).

Aplica tecnologias de complexo grau e restringida massa volumar, que necessitam resolver os problemas de saúde de ampla recorrência e relevância em seu espaço. É o relacionamento e prioridade dos pacientes com SUS. Orienta-se pelos preceitos da universalidade, da acessibilidade a todos e da estruturação da atenção, da conexão e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2008).

Uma das particularidades que ganha destaque no esboço inicial da ESF relaciona-se ao desempenho dos enfermeiros. Mais do que a habilidade técnica, os integrantes das equipes necessitam possuir afinidade com o projeto de trabalho que, de forma recorrente, requer dinamismo, capacidade de ação e aptidão para tarefas comunitárias e coletivas. Assim, a ESF requer uma alteração organizacional na capacitação e nas ações dos profissionais de saúde. A atuação na ESF alarga as ferramentas requeridas no sentido de solucionar as práticas de saúde. Mais do que

o saber clínico, os enfermeiros devem adicionar informações acerca da epidemiologia para que as práticas de saúde alcancem a esfera coletiva (RONZANI; SILVA, 2008).

É finalidade da ESF modificar suas ações de saúde do tradicional para um atendimento mais próximo da família propiciando uma qualidade da assistência em saúde.

De acordo com Pereira (2009, p.1)

a estratégia de saúde da família preza por procedimentos de cuidado, promoção e restauração da saúde dos indivíduos, de maneira incondicional e permanente. A assistência é oferecida na unidade básica de saúde, na residência, pelos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que constituem os grupos de Saúde da Família. Dessa forma, esses trabalhadores e a população atendida estabelecem ligações de co-responsabilidade.

Segundo a Política Nacional de Atenção Oncológica (2006)

é evidente que a fim de consolidar um programa de Atenção Básica diretamente voltada para a paciente com câncer deve-se estruturá-lo sob pilares realistas e conscientes. Partindo desse pressuposto, destacam-se os seguintes objetivos para o fortalecimento da Atenção Básica:

- a) Assumir a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.
- b) Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.
- c) Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços. (...)
- f) Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.
- g) Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.
- h) Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.
- i) Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais. (BRASIL, 2006).

2.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde é relevante na detecção precoce do câncer, desde a promoção de saúde, prevenção de doenças, ela deverá abordar todas as etapas vivenciadas pelos pacientes, mas, para isso é necessário que crie condições ideais para que o profissional de saúde e a população tornem-se responsáveis por este processo (BRITO et al., 2010).

O objetivo maior é a capacitação dessas pessoas na procura da melhora do seu estado de saúde, lembrando que esse procedimento tem como princípio o incentivo ao diálogo, da reflexão, da ação partilhada e do questionamento (OLIVEIRA et al., 2011).

Através do acesso a informação as mulheres adquirem o conhecimento sobre a condição normal, são capazes de identificar mudanças e senti-las e comunicar ao médico para exame detalhado (DERMIRKIRAN et al., 2007).

Na medida em que as mulheres não entram em contato com as informações, sobre as diversas doenças e em especial ao câncer de mama, verifica-se que suas possibilidades de tratamento adequado e suas chances de cura da neoplasia da mama através de procedimentos de rastreamento do câncer diminuem conforme nos aponta o autor citado acima (DERMIRKIRAN et al., 2007).

Portanto, evidencia-se que tanto a função das autoridades pela implementação de políticas públicas e dos profissionais da saúde junto à comunidade não pode ser separadas é de responsabilidade de ambos em estabelecer práticas associadas à educação em saúde (MARINHO et al., 2003).

As práticas educativas na área da saúde é representada em grande parcela pela atuação do enfermeiro nas instituições de saúde. A educação em saúde proporciona saberes, capacita e oferece informações que possibilitam aos indivíduos escolherem e agir de maneira racional no que se refere a sua saúde e também de que está sob sua influência, e ainda emprega a noção de conforme a qual "para fazer é preciso saber" (SACAI; PRACA, 2002).

Em relação ao conhecimento buscando promover o cuidado, é de grande importância o conhecimento seja da parte dos enfermeiros, seja por parte das pacientes dos serviços, obtido por meio de campanhas educacionais com a introdução de informações novas, incentivando o empenho da comunidade,

tornando fácil o aprendizado e impulsionando a disseminação do conhecimento (DAVIM et al., 2003).

No entendimento de Paini (2001) cuidado requer uma relação interpessoal singular, formada por condutas humanas que muitas vezes são imprevisíveis, que não precisam ser pré-determinadas, considerando que o ser humano é uma pessoa única e com muita capacidade criativa. Outro aspecto é que os efeitos do cuidado às vezes não obedecem ao acreditado, mesmo em relação aos princípios essenciais.

A educação em saúde e a promoção da saúde estão associadas por um objetivo comum – estimular mulheres e homens a atingirem o grau mais alto de satisfação em relação à saúde e estar de maneira que elas sejam capazes de viver com mais bem-estar e prevenir as enfermidades da mama (SMELTZER et. al., 2009).

Em recente pesquisa sobre o conhecimento, prática e atitude sobre o auto-exame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil comprovou-se a necessidade de que o enfermeiro exerça maior atuação na difusão de conhecimentos associados a esta matéria, devido a sua condição científica (BRITO et al., 2010).

Trujillo e outros (2010) enfatizam que após implementação de uma estratégia educativa específica, pode se notar mudanças positivas no conhecimento da população em relação a promoção a de saúde e prevenção de doença pois, atingindo um grau de conhecimento relevante após a inserção do programa educativo, levando-se em consideração um incremento entre 25 e 65% na prática do auto-exame, o que revela uma intervenção positiva com bons resultados.

A transmissão de informações é uma estratégia eficiente para o avanço do potencial das pacientes e é dever da equipe de profissionais direcionarem esse procedimento no meio a comunidade (SILVA et al., 2009).

Outra intervenção possível seria estabelecer pólos de educação permanente para os profissionais da enfermagem, levando-se em conta que eles equivalem a educadores das mulheres consultadas (BRITO et al., 2010). Estes profissionais devem utilizar dos programas de educação permanente para se atualizarem nas questões de promoção e prevenção de doenças, sabe-se que diariamente existe mudanças na atuação desses profissionais em relação aos cuidados que serão

adotados nos serviços, estas mudanças somente serão possíveis se alinhadas com o processo educativo.

Na mesma direção, pesquisas apontam que os profissionais da enfermagem devem empregar seus saberes sobre serviços de saúde para conscientizar as mulheres sobre os perigos do CA e refletir sobre os serviços e procedimentos de rastreamento dessa modalidade de neoplasia (BRANCO, 2005; DERMIRKIRAN et al., 2007).

Para tanto o profissional deverá analisar o ambiente sócio-cultural no qual a comunidade está inserida, a conduta dos indivíduos, seus valores, nível de informação que deverão receber bom como, qual o real entendimento sobre a doença, assim por meio destas informações será possível o enfermeiro criar proposta de trabalho específica para cada comunidade, atendendo a real demandado serviço (BRANCO, 2005; DERMIRKIRAN et al., 2007).

Neste sentido, Boés e outros (2007), apontam que o enfermeiro, poderia analisar a existência de um percurso terapêutico, transitado pela população, que contemple os distintos sistemas, familiar e profissional, criando também a escuta qualificada.

As instruções de Branco (2005) sobre o procedimento de educação e saúde realizado pelos profissionais de saúde no que se refere ao câncer sugere a desmistificação do câncer, o estímulo da população em aderir um modo de vida mais benéfico, oferecendo conhecimentos para que a população possa se inteirar dos sintomas do câncer e incentivá-las na atuação em rastreamentos oncológicos e, em conjunto com as autoridades realizar ações com o objetivo de suprimir os agentes cancerígenos do ambiente.

Em relação aos procedimentos de educação e conhecimento buscando o cuidado corporal das mulheres para a detecção precoce do câncer de mama, Menke e Delazer (2010) enfatizam que mais abarcante e relevante que o auto-exame é o conhecimento sobre o auto-cuidado, o que engloba uma definição mais completa de saúde, isto é, a obtenção de conhecimento acerca da doença e a minimização do risco, o conhecimento corporal e o toque com a mão. É elemento fundamental, na ação educativa, para a detecção precoce do câncer de mama.

No que se refere às questões sociais de viabilidade da educação em saúde para o setor feminino da população, Sclowitz e outros (2005) mencionam que a ligação direta do grau socioeconômico com a acessibilidade aos comportamentos de

prevenção mostra de forma evidente que o acesso aos cuidados de saúde não é total, o que vai contra os preceitos essenciais do SUS garantidos pela Constituição. Essa contradição com certeza provoca muitas outras, representando um enorme problema a ser combatido pelas autoridades competentes.

O conhecimento e a informação são elementos determinantes para a realização de práticas de auto-cuidado em saúde, havendo a necessidade de valorizar a satisfação individual e coletiva. O auto-cuidado é a colaboração do indivíduo a sua própria existência. É um procedimento adquirido e direcionado diante de uma meta para controlar os fatores que inviabilizam o próprio desenvolvimento e funcionalidade em benefício de sua vida, saúde e satisfação (MORA; ROJAS, 2009; SILVA et al., 2009).

Portanto, programas eficientes e completos com abordagens preventivas precisam ser empregados no sentido de obter sucesso no combate ao câncer de mama, e é nesse âmbito que se torna necessária a inserção de estratégias eficientes que estimulem não apenas a realização correta do auto-exame das mamas, assim como também, os outros procedimentos preventivos e, sobretudo, levem a população a tomar consciência da necessidade de aderir a ações orientadas para o diagnóstico precoce do câncer de mama (MARINHO et al., 2003; NASCIMENTO; SILVA; MACHADO, 2009).

Neste sentido, ações educativas precisam ser praticadas de maneira sistemática com a finalidade de alcançar a população com conhecimentos e condutas esclarecedoras e construtivas em relação ao exame físico das mamas, pois, o câncer de mama atualmente é uma enfermidade de grande relevância para a saúde pública em esfera mundial, estimulando um debate abrangente no que se refere a procedimentos que promovam o seu diagnóstico precoce. Assim, a educação em saúde, através de campanhas educativas e direcionamentos ambulatoriais que englobem o auto-exame de mama, o dever de prevenção ginecológica anual e o estímulo de ações preventivas, assim como a não exposição aos fatores de risco, representam práticas indispensáveis para o domínio dessa enfermidade (DAVIM et al., 2003; SCLOWITZ et al., 2005).

2.6 AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

A assistência de enfermagem relacionada ao controle dos cânceres da mama no Brasil vem se definindo como um procedimento progressivo e periódico. A análise historiográfica desse artifício demonstra que o progresso não foi automático, sofrendo variações ao longo do tempo e do espaço, subordinada a diversos fatores: progresso científico; desenvolvimento institucional; contexto social, político, econômico e cultural que dependeram do avanço científico e tecnológico e sua relação na conjuntura do sistema de saúde brasileiro (INSTITUTO NACIONAL CANCER, 2012).

No passado distante, a prática de enfermagem envolvia ações em sua maioria fundamentadas pelo senso comum, ou seja, experiências adquiridas ao longo do cotidiano e em exemplos estabelecidos pelos enfermeiros mais velhos experientes (GUIMARÃES, 2004).

O atendimento atual dos pacientes tende a ser limitado de acordo com prescrições médicas. Embora os enfermeiros de hoje continuem a trabalhar de maneira interdependente com outros profissionais da saúde, eles agora seguem a toda uma sistematização, planejam e implementam os cuidados com o paciente de forma mais independente (GUIMARÃES, 2004).

Para Timby e Smith (2005) em termos mais decisivos, o enfermeiro têm a responsabilidade pelo paciente e compromete-se a oferecer cuidados adequados que reflitam padrões atualmente aceitos na praticada enfermagem.

Os autores ainda afirmam que, as definições de enfermagem, na maior parte dos atos estaduais que regulam sua prática, descrevem essa profissão em termos de um papel mais independente na solução de problemas, o que envolve o diagnóstico e o tratamento das reações humanas a problemas reais ou potenciais de saúde.

Por fim, esse papel baseia-se no conhecimento. Assim, a capacidade de identificar e de solucionar problemas dos pacientes requer pensamento crítico, que é um processo de razões objetivas ou análise de fatos para encontrar uma conclusão válida. O pensamento crítico capacita o enfermeiro a determinar quais são os problemas que necessitam de colaboração com o médico e os que recaem no âmbito independente de atuação da enfermagem, o pensamento crítico auxilia os enfermeiros a selecionar intervenções adequadas de enfermagem para a obtenção dos resultados previstos (Ibidem, 2005).

Fica claro que os enfermeiros devem ser atuantes no processo ensino-aprendizagem, desempenhando seu papel não só nas atividades administrativas, mas também, na assistência, pois, cabe a eles analisar e perceber a constante interação deles com o meio do processo de cuidar/cuidado, extraíndo elementos, contribuindo e identificando soluções para os problemas, e através de seu conhecimento, buscando desenvolver a humanização (PAINI, 2001).

O processo educativo em saúde é de responsabilidade principalmente da equipe de enfermagem que se prova ao analisar que, a falta de recebimento de informações vindas do profissional para as mulheres favorece o uso de forma errônea da técnica de prevenção disponível. A população, assim como, os profissionais de enfermagem devem ser orientados sobre as várias formas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamentos disponíveis, e estes assuntos deverão ser atualizados periodicamente por meio da educação permanente (MARINHO et al., 2003).

Nessa mesma perspectiva, Brito e outros (2010) confirmam em sua pesquisa a necessidade de que o profissional de saúde possua mais controle na difusão de conhecimentos associados a esta matéria, em virtude da sua qualidade científica. Foi demonstrado também a partir da pesquisa de Trujillo e outros (2010) que após, empregada certa tática educacional, existiu alteração do conhecimento positivamente em acima de 90% de todas as variáveis pesquisadas e que se atingiu um grau de conhecimento de maneira relevante depois de praticar o programa educativo, verificando-se um acréscimo entre 25 e 65%, na prática do auto-exame, o que mostra a eficácia da intervenção.

Em relação às ações de enfermagem desenvolvidas na atenção primária, nota-se a importância do desenvolvimento de práticas educativas que abordem a prevenção do câncer ginecológico e de mama, detecção precoce e a promoção da saúde e assistência ao tratamento. Sendo assim, é de extrema relevância o papel realizado pelo enfermeiro no desenvolvimento de práticas educativas, visando tanto à saúde individual quanto à coletiva, obtendo a transformação da realidade e a participação da comunidade nesse processo (OLIVEIRA et al., 2011).

A participação nas atividades educativas de pessoas da comunidade representadas pelos agentes comunitários de saúde, líder comunitários e pela unidade de saúde os enfermeiros, técnicos de enfermagem, poderá ser uma medida tática para favorecer as medidas de controle do câncer de mama (SILVA et al., 2011).

A enfermagem precisa viabilizar um auxílio à saúde da mulher de maneira completa, por meio da consulta de enfermagem, representando uma grande ocasião para conscientizá-la do desenvolvimento de uma conduta preventiva, isto é, para alcançar diretamente os serviços de saúde de maneira constante, ainda que não existam os sinais e sintomas (ABRÃO; BARROS; MARIN, 2002).

Segunda Andrade e outros (2005), a postura da enfermagem na atenção básica diante do problema do câncer de mama, exige que seja realizada de modo interdisciplinar, e contemplar informações acerca das possibilidades de detecção da neoplasia de forma precoce, da relevância do exercício físico, dos danos provocados pela utilização excessiva de álcool e cigarro, bem como das fundamentais formas de tratamento, assim como outras medidas tendo como meta incentivar os indivíduos a adotarem um estilo de vida mais saudável prevenindo seja o câncer de mama como outras enfermidades.

De acordo com Camargo e outros (2007), as ações da enfermagem são amplas, sendo possível atuar nas distintas esferas de atenção a saúde, de forma hierarquizada de acordo com o nível de complexidade, promovendo ações coordenadas, que englobam a assistência de enfermagem, o estímulo a educação em saúde na comunidade, contemplando também a pesquisa científica das situações complexas dentro da enfermagem, buscando incentivar a promoção e a restauração da saúde, aprimorar a atividade de prevenção, conscientização da equipe de trabalho do contexto em que trabalha considerando aspectos culturais, sociais, econômicos e religiosos.

O papel e o compromisso do grupo de enfermagem em estabelecer as ligações e os vínculos com a angústia do outro possibilita um desenvolvimento de mudança entre o usuário e o profissional, obtendo como resultado a constituição da autonomia do usuário (RIZZOTTO, 2002).

O trabalho que norteia as atividades em relação a atenção ao câncer da mama é conduzido através da linha de cuidado, perpassando por todos os níveis de atenção (primária, secundária) e de atendimento (Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos) e inserido em um contexto maior, que é a Rede de Atenção Oncológica (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

Enfatiza-se que os enfermeiros são os profissionais da área da saúde que sustentam maior ligação com estas pacientes, tendo a oportunidade de orientar as pacientes acerca do conhecimento sobre o próprio corpo, atuando de maneira humanizada e se fundamentando em saberes científicos com o objetivo de conservar a qualidade de vida (FREIRE; MASSOLI, 2006).

Pode-se ainda afirmar que os enfermeiros, no que se refere à saúde da população possuem maior aptidão de interferência na esfera de conhecimentos, comportamentos e condutas para o bem-estar da população, e maior familiaridade de contato com o paciente, seu papel educativo precisa ser cada vez mais, determinada pela esfera social, econômica e cultural. Esta necessidade pressupõe uma contínua avaliação e análise de situações da vida e uma associação aos meios sociais e à cultura da população (SOARES, 2011).

Nessa mesma linha, Dermirkiran e outros (2007) e Branco (2005), em suas pesquisas, revelam que os enfermeiros são capazes de empregar os seus saberes de serviços de saúde para oferecer informações as mulheres acerca dos riscos do câncer de mama e analisar os serviços e práticas de rastreamento dessa modalidade de câncer. Pode-se dizer que o câncer por impor uma qualidade crônica de saúde, necessitando ser avaliado levando-se em conta a situação sócio-cultural das pessoas, seus valores, crenças, informações e condutas.

O profissional de saúde e de enfermagem possui as condições de atuar com uma noção de cultura cada vez mais influente, consequência da influência mútua permanente, na qual se entende que o ser humano intui e opera conforme com alternativas e determinações próprias e abdicando o perfil estigmatizante de que pacientes e médicos demonstram-se como possuidores exclusivos de conhecimentos do que é ser saudável, eliminando as compreensões e sentimentos dos próprios usuários dessa aceção (BOÉS et al., 2007; BRANCO, 2005).

Dessa forma, em relação ao procedimento de educação e saúde cumprido pelos profissionais de saúde no que se refere ao câncer, pode-se aceitar como finalidades iniciais os preceitos de Branco (2005) o esclarecimento dos procedimentos, o estímulo dos habitantes no sentido de aderirem a um modo de vida mais benéfico, proporcionando-lhes os conhecimentos para identificar os sintomas de perigo do câncer de mama e estimulá-los para a adesão a programas de rastreamentos oncológicos e mais, realizar empenhos junto com o poder público buscando a

supressão de elementos cancerígenos que podem levar ao desenvolvimento da neoplasia de mama.

Desta forma, os enfermeiros cumprem uma função essencial em chamar a atenção da comunidade buscando a detecção precoce do câncer de mama já que normalmente se relacionam diretamente com as mulheres. Os enfermeiros, muitas vezes, se constituem enquanto referência das pacientes dos serviços de saúde para tratar de assuntos sexuais e relacionados a seu corpo, por meio de uma relação de confiança edificada pelo enfermeiro com suas pacientes (DEMIRKIRAN et al., 2007).

A enfermagem enquanto componente da assistência ao ser humano, englobando não apenas seu corpo e a enfermidade e também, as circunstâncias em que seu paciente vive precisam propagar e conservar a meta preventiva na sua assistência, procurando impedir o aparecimento de novos episódios de grande seriedade da enfermidade como o câncer de mama e buscar identificar precocemente episódios em que ele já esteja alojado (SOARES, 2011).

Ao tratar do desempenho do enfermeiro na atenção secundária, o Instituto Nacional do Câncer (2002) indica que o progresso tecnológico, percebido nos últimos tempos, no que se refere à oncologia, fez com que surgissem importantes medidas na esfera do diagnóstico e tratamento, alcançando atualmente, ações bem sucedidas no tratamento em 50% dos cânceres identificados.

Nas políticas públicas que realizam o diagnóstico precoce do câncer de mama verifica-se que em países em desenvolvimento o nível destinado ao bem-estar da população corresponde a um montante muito inferior ao que realmente é necessário. Isso evidencia a importância de que as autoridades públicas elaborem instrumentos para solucionar as lacunas e que permitam estabelecer o diagnóstico precoce de tumores que comprometam a mama. Nesse sentido o fato de não existir uma política apropriada, isto é, não havendo investimento em educação em saúde a consequência é bloqueio do acesso às informações (MARINHO et al., 2003).

As ações do enfermeiro abarcam a explicação acerca das questões identificadas sem ligação ao estágio presente da enfermidade e o de sistematizar em meio ao cuidador a estratégia mais apropriada para combatê-los (PAINI, 2001).

Compete ao profissional enfermeiro realizar o exame clínico das mamas, e as orientações sobre o risco da enfermidade durante a consulta de enfermagem, por

meio da efetivação de grupos educacionais e círculos de diálogos para as pacientes, com a finalidade de permitir a realização da troca de vivências, incentivos, orientações apropriadas no que se refere à prática de exame, conscientização na paciente, dos seus deveres enquanto responsáveis pelo seu bem estar e suas condições de saúde (PAINI, 2001). O cuidado recomendado a estas pacientes as leva em consideração como um todo, que é o objetivo da enfermagem, uma meta do dia-a-dia e que exige a procura permanente de aprimoramento cada vez maior na detecção precoce desta patologia.

O exame clínico das mamas é realizado em mulheres com faixa etária de 40 anos e que o mesmo seja realizado anualmente, este procedimento deve ser executado por um profissional de saúde, no momento da consulta na atenção secundária. Tal exame é de extrema importância, pois faz parte do programa de rastreamento precoce na detecção da neoplasia da mama. Durante o exame clínico das mamas são observadas alterações como assimetria, retração, protuberâncias, e se há presença de nódulos e se os linfonodos estão aumentados (BRASIL, 2004).

Figura 4 – Realizando o Exame Clínico da Mama



O enfermeiro durante a consulta de enfermagem fará o exame clínico das mamas na seguinte sequência: Inspeção estática, dinâmica, palpação e expressão mamilar. Na inspeção estática, serão observados, se as mamas são do mesmo tamanho e bem implantadas, se são firmes ou pendentes, padrão venoso, coloração, implantação, número de mamilos. Na inspeção dinâmica, com a paciente sentada ou de pé, a mulher colocará a mão na cintura, tracionando o ombro para frente, avaliando se há presença de retração tecidual, no mesmo momento com a mão na nuca, será observado a presença de protuberância. Durante a palpação com a mulher deitada com o ombro abaixo da cabeça o enfermeiro palpa toda a extensão da mama, avaliando se a presença de nódulos e linfonodos aumentados caracterizando os. E por último a expressão mamilar onde será observada a presença de secreção, odor e quantidade (BRASIL, 2002).

Neste sentido, Boés e outros (2007), orientam que o profissional de saúde, além de classificar a doença, precisa aferir a existência de uma trajetória terapêutica da comunidade em questão que compõem as distintas esferas: familiar, profissional e popular, aprimorando também a comunicação qualificada.

Dentre as ações gerais desenvolvidas na atenção básica, Rosa e Labate (2005) destacam que o enfermeiro deve criar vínculo com a comunidade procurando desenvolver trabalhos que garantam a população cuidados integral, reconhecendo os fatores a que estão expostas e que possam trazer perigo a saúde, possibilitando o enfermeiro garantir uma assistência humanizada a população.

Ao se constituir o plano de cuidados da enfermagem, é necessário levar em consideração o critério do “acolhimento” enquanto uma atitude ética, que compõem o indivíduo como ator principal em seu tratamento terapêutico, levando em conta sua cultura, seus saberes e sua habilidade de avaliar riscos. Localizando o contexto oncológico, o grupo de enfermagem transforma-se em mecanismo essencial enquanto grupo de referência a atenção diária (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

A atenção oncológica é uma área em que os profissionais de enfermagem necessitam de muita habilidade nos âmbitos relacional e afetivo, pois o foco do cuidado dos mesmos, o paciente, precisa de um atendimento mais específico. Ao se entender todo o processo e sentimento vividos vê-se a necessidade da criação de espaços para que pacientes e familiares possam expor seus sentimentos, de forma

a que o profissional de enfermagem possa estar utilizando tais informações para ajudá-los a entender a situação, e trabalhar em cima da terapêutica proposta. Ao passo em que a enfermagem se aproxima do sofrimento do outro, e reflete sobre o mesmo, ela consegue prestar um cuidado mais humanizado, e se tratando da oncologia, esse cuidado humanizado vem a melhorar os vínculos entre profissional e paciente e ajuda a construir uma maior autonomia do paciente (INSTITUTO NACIONAL CANCER, 2008).

A humanização veio a entrar de fato na Atenção Oncológica em dezembro de 2005 com a nova Política Nacional de Atenção Oncológica. Essa política relatava que se deveria qualificar a assistência estar sempre trabalhando com uma educação permanente dos profissionais que estão envolvidos com de tal política, tudo realizado conforme os princípios da humanização (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Diante dessa situação, é preciso considerar que a humanização da assistência implica no cuidado com a satisfação pessoal e profissional dos enfermeiros. Torna-se necessário a existência de uma concepção coletiva, na qual toda instituição se identifique e se valorize, trazendo novamente as relações entre profissional de saúde e usuários, entre esses trabalhadores e a instituição e também a comunidade (COLLET; OLIVEIRA; VIERA, 2006).

A humanização sempre foi uma temática presente durante a história do Sistema Único de Saúde (SUS), porém era vista como algo de menor significado, porém, com o passar do tempo ela foi se afirmando como um grande problema em todos os setores de atendimento do SUS. Com essa evolução da visão do que era humanização, notou-se que o tema passou a se inserir em atendimentos específicos, como na atenção básica, de forma a melhorar a qualidade dos mesmos nos serviços da rede pública (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

É preciso a avaliação contínua sobre os modos de se realizar a assistência, de criar um acompanhamento com os usuários dos serviços e da concreta situação de trabalho dos enfermeiros atualmente (COLLET; ROZENDO, 2003).

O enfermeiro ao lidar com o paciente deve se focar ao fato de que o cuidado é o fundamento da ciência e da arte da enfermagem. Este cuidar é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em

que ele está fragilizado (PAINI, 2001)

O enfermeiro, ao prestar assistência a mulher, precisa realizá-la de forma humana, com cordialidade, criando proximidade com o sentimento do paciente, ou seja, a afetividade que requer o momento; transmitindo-lhe segurança; permitir a troca seja de olhares, seja de palavras, sem julgamentos nem violências. Esta transformação da cultura apenas será atingida através de uma procura de honestidade para consigo mesmo, pois, assim acontece a compreensão de seus limites e após isso o aumento do sentimento de camaradagem (PAINI, 2001).

Partindo do pressuposto do compromisso do indivíduo em ser solícito com o paciente, é preciso praticar com prazer e ao mesmo tempo buscando um serviço humanizado a assistência familiar, dessa forma, o indivíduo apresenta a um "estado de cuidado", que representa mais do que um mero emprego, indo além, passando a ser "preocupação", o que implica uma possibilidade existencial para esse mundo repleto de alternativas em que todos vivem (PAINI, 2001).

Observa-se que a questão do cuidado humano segundo Paini (2001, p.153)

[...] é exercitada, vivida e sentido no interior de cada um, envolvem atos, princípios, valores, ética que devem fazer parte de nosso cotidiano. O valor em si, não depende de grupos sociais, culturais, regiões, épocas históricas, mas quando aplicados a pessoas, ou grupos, tem um enfoque diferente, seria o valor da importância na dinâmica do agir humano.

A enfermagem atual tem organizado o trabalho, de acordo com o modelo preconizado pela administração científica, através da distribuição do serviço em tarefas, que são divididas entre as pessoas da equipe, acarretando a fragmentação do cuidado ao cliente. Sobre o trabalho de enfermagem, Riboldi (2008) destaca o trabalho de enfermagem, devido à sua própria natureza e características de assumir, predominantemente, o cuidado de pessoas doentes, desenvolvendo, de modo contínuo, um trabalho cotidiano que impõe muito sofrimento e acarreta desgastes e comprometimentos tanto físicos como mentais a quem o executa.

A organização do trabalho da equipe de enfermagem é parte fundamental na promoção de um cuidado adequado e de qualidade ao paciente. No contexto hospitalar, considerando a complexidade das atividades, com procedimentos que exigem habilidades do profissional e conhecimentos técnico-científicos, existe a necessidade de garantir número adequado de trabalhadores no decorrer de todo o

dia (ABREU; KOIFMAN, 2002).

Guimarães (2004, p. 84) destaca que a equipe de enfermagem deve interagir de forma direta e contínua com os usuários do sistema de saúde, em diversas situações “[...] complexas e estressantes envolvendo vigilância contínua, supervisão direta e antecipação das ações”, já que o grupo de enfermagem possui uma “[...] profunda fragmentação de seu trabalho, sendo a única equipe dotada de diferentes profissionais, entre eles o auxiliar de enfermagem, o técnico de enfermagem e o enfermeiro” (GUIMARÃES, 2004, p. 84).

No que se refere aos conhecimentos para estimular o auto cuidado, afirma Davim e outros (2003) é necessário por parte dos profissionais, quanto da parte das pacientes, a necessidade do uso de campanhas educativas com a introdução de novas informações, promovendo a participação da comunidade, criando meios acessíveis ao aprendizado, e mais, servindo como incentivo a difusão de novos saberes.

A transferência de dados é uma estratégia eficiente para o aumento do potencial das mulheres e dever do grupo de enfermagem nortear essa prática no interior da comunidade (SILVA et al., 2009).

Barreto e colaboradores (2008) concordam com o exposto acima e ainda acrescentam que o profissional que se dispõe a trabalhar com mulheres com CA de mama tem de certa forma a obrigação de juntar a técnica e ciência que possui com a humanização, respeitando as necessidades que a paciente apresenta e informando-a e orientando-a sobre tudo.

Faz-se necessário proceder a montagem de núcleos de educação permanente para esse setor de profissionais, levando-se em conta que os mesmos equivalem a educadores dos pacientes atendidos (BRITO et al., 2010).

O enfermeiro cumpre ainda uma relevante função que é seu dever como profissional da saúde de possuir conhecimento para saber como usar as características socioculturais em benefício do seu trabalho, produzindo no paciente a mais baixa oposição possível, e, sobretudo estimulando o paciente a participar na restauração e conservação de sua própria saúde. Os procedimentos são voltados para a percepção da condição de saúde, formas de solução dos problemas, situação

funcional, efeito à terapêutica, precipitações para possíveis problemas e o anseio de um grau mais elevado de bem-estar (SILVA; SILVA, 2013).

Dessa maneira, o profissional da enfermagem necessita estar habilitado na teoria e prática para direcionar também em relação às alternativas de terapêutica e sintomas, da mesma forma como os problemas emocionais, e para prestar assistência, como concretizar a prática de curativos, oferecer ajuda com drenos, entre outras coisas. É importante lembrar que o profissional da enfermagem também requer atenção. Tendo conhecimento de que as possibilidades de por fim a doença para portadores já em estado avançado do câncer é mínima, o enfermeiro precisa possuir preparação emocional adequada para estar à prova e acompanhar a aflição do enfermo e dos familiares, por exemplo, a complexidade das mulheres em suportar a mastectomia, que compromete sua feminilidade, sensualidade e maternidade, tão relevantes para qualquer mulher (ALMEIDA et al., 2001; BERGAMASCO; ANGELO, 2001).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi descrever as ações do enfermeiro na prevenção e diagnóstico do câncer de mama. As conclusões do estudo demonstraram que o carcinoma da mama é cada vez mais visível no mundo, assim como na sociedade brasileira, caracterizando uma preocupação e uma tendência universal. Nesse sentido, destaca-se o papel das ações do enfermeiro visando minimizar o impacto desta enfermidade que continua a atingir milhares de mulheres no Brasil e no Mundo.

Na realização da pesquisa houve dificuldade em encontrar material que servisse de fundamento a pesquisa, pois, o material encontrado relacionado às ações de enfermagem era muito repetitivo o que tornou a realização da pesquisa mais difícil.

A realização da pesquisa permitiu avaliar que a educação em saúde, promovida pelo profissional da saúde, corresponde a uma estratégia de enorme relevância atuando no sentido de reduzir o número de episódios da neoplasia e situações de agravamento possam ser poupadas. As mulheres precisam receber esclarecimentos acerca dos benefícios de um estilo de vida saudável e da necessidade de fazer com frequência determinada os exames preventivos.

Através desta pesquisa, considerando a literatura apresentada, percebe-se como é de extrema importância o enfoque da prevenção primária na saúde pública no que se refere à educação coletiva das mulheres para a prática de exames periódicos que possibilitem o diagnóstico precoce do câncer de mama, já que, esta neoplasia é responsável pela morte de grande número de mulheres que não realizam a saúde ginecológica.

É também de igual importância, a prevenção secundária que também precisa ser destacada, na medida em que após a detecção precoce do câncer de mama, possui como finalidade começar o tratamento o mais rápido possível e impedir que aconteça a infiltração de células cancerígenas nos tecidos saudáveis.

O câncer de mama é uma enfermidade de alto risco, porém de tratamento viável e com efeitos significativos desde que se lute contra ele nas suas fases iniciais. Devido a este fator, é imprescindível que os profissionais da saúde cumpram a sua função de acompanhamento e auxílio aos doentes, estimulando-os e impulsionando-

os a adotarem hábitos de vida mais saudáveis e, sobretudo a batalharem pelo seu direito maior, isto é: sua vida.

A educação em saúde é uma forma de se praticar a prevenção primária, na qual os procedimentos estão orientados para difundir de maneira abreviada os fundamentais fatores de risco para o câncer de mama, levando-se em conta que a paciente é capaz de minimizar alguns desses elementos e outros não. Os fatores que são passíveis de serem controlados normalmente se associam com a adesão a um modo de vida sadio. Apesar de que hábitos sadios de vida não serão capazes de evitar o câncer, ainda assim, é única forma viável de se buscar a prevenção ou até a postergação da enfermidade. Por outro lado, nem todos os indivíduos que revelam fatores de risco serão atingidos pela doença, pois, o câncer tem como origem múltiplos fatores.

O desempenho da enfermagem na atenção básica no que se refere ao câncer de mama precisa acontecer de maneira interdisciplinar, e abarcar dados sobre procedimentos de detecção da enfermidade de forma precoce, relevância da prática de atividade física, dificuldades provocadas pelo consumo de álcool e cigarro em excesso, os tratamentos fundamentais desses males, assim como outros com a finalidade de estimular um estilo de vida saudável nos indivíduos e contribuir na prevenção do câncer de mama e outras enfermidades.

Por meio da realização da pesquisa foi possível concluir que é preciso que os profissionais da enfermagem criem maior ligação com a pacientes, estabelecendo um forte vínculo, buscando conscientizar as mulheres da sua responsabilidade em relação ao cuidado do próprio corpo. Outro aspecto é que é dever do enfermeiro estimular atividades que instruem as mulheres e ofereçam conhecimento acerca do funcionamento de seu próprio corpo, assim como dos procedimentos de detecção precoce de mudanças.

Outra atribuição da enfermagem é criar os meios para que as atividades de conscientização aconteçam no decorrer das consultas de enfermagem e por meio da constituição de grupos de conscientização e encontros de diálogos para as pacientes, no sentido de que seja viabilizado o intercâmbio de vivências, incentivos e encaminhamentos adequados em relação a esta enfermidade, da mesma que forma que é preciso que a mulher seja inserida nas responsabilidades que lhe são atribuídas enquanto responsáveis pelo seu próprio bem-estar e saúde.

Em relação aos serviços de saúde, existe a necessidade de que tais serviços desenvolvam ações visando a capacitação em programas dos profissionais de saúde que neles atuam, estimulando o acesso a novas informações de forma a estes orientarem da maneira mais apropriada os usuários dos serviços de saúde. Portanto, dessa maneira, é atribuição dos administradores e autoridades públicas a destinação de recursos de maneira organizada buscando fazer com que ações dessa magnitude seja implementadas da parte dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 113-131, jan./mar. 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/revisao.pdf>. Acesso em: 28, set, 2013.
- ALMEIDA, A. M. et al. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, set. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000500010&tlng=en&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 set, 2013.
- ANDRADE, C.R., et al. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v.21, n.2, p. 379-386, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000200004&script=sci_arttext>. Acesso em: 28, set, 2013.
- ANDRIS, D.A. et al. Semiologia: bases para a prática assistencial. Traduzido por Carlos Henrique Cosendey ;revisão Isabel Cristina Fonseca da Cruz. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2006, p 258.
- ARAÚJO, M. M. V. et al. Antecedentes familiares de primeiro e segundo grau como fatores de risco para o câncer de mama: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Mastologia**, São Paulo, v. 19, n.1, p. 16-20, jan./mar. 2009.
- BARRETO, R. A. S., et al. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 10(1): 110-123, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a10.htm>>. Acesso em: 03, set, 2013.
- BARROS, S. M. O; MARIN, H. F; ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: Guia para prática assistencial**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2002.
- BASSETT, L. W. JACKSON, V.P. **Doenças da Mama – Diagnóstico e Tratamento**. Revinter, 2000.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Revista Ciência &Saúde Coletiva**. v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>> Acesso em: 28, set, 2013.
- BERGAMASCO, R. B.; ÂNGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experiência do pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 277-288, 2001. Disponível em:<http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/pdf/artigo4.pdf>. Acesso em: 17 set. 2009.
- BOÉS, A.E., et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto contexto - enfermagem**. v.16, n.2, p. 307-314, 2007.

Disponível em: <<http://www.scientificcircle.com/pt/1138/interface-necessaria-enfermagem-educacao-saude-conceito/>>. Acesso em: 19, set, 2013.

BONASSA, E. M. A. **Enfermagem em quimioterapia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

BRANCO, I. M. B. H. P. Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem. **Texto contexto - enfermagem**. v.14, n.2, p. 246-249, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a12v14n2.pdf>>. Acesso em: 19, set, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Conhecendo o Viva Mulher**; Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Controle do Câncer de Mama** - Documento de Consenso. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>>. Acesso em: 31, mar, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006**. Divulga o pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Disponível em: <<http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas>>. Acesso em: 10 de outubro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_pratico_o_saude_familia>. Acesso em: 14, set, 2013.

_____. Ministério da Saúde. CONASS – Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Política nacional de atenção oncológica**. Brasília, nov. 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf>. Acesso em: 11, ago, 2013.

BRENTANI, M.; COELHO, F.; KOWALSKI, L. **Bases da Oncologia**. São Paulo: Lemar Livraria; Editora Marina e Tecmed Editora, 2003.

BRITO, L.M., et al. Conhecimento, prática e atitude sobre o auto-exame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.32, n.5, p. 241-246, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000500007>. Acesso em: 28, set, 2013.

CALAS, M. J. G. et al. ACAD e mamografia: por que usar esta ferramenta? **Revista Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 45, n. 1, Fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842012000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27, jun, 2013.

CAMARGO, E. F. F. et al. O papel do enfermeiro frente a prevenção do câncer de colo uterino na saúde coletiva. 2007. Tese Conclusão de Curso – Centro Universitário Campos de Andrade, **Escola de Enfermagem da UNIANDRADE**, Curitiba, 2007. Disponível em: <http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/oitavo_b_noite/artigo13.pdf>. Acesso em: 19, set, 2013.

CANTINELLI, F. S. et al. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. **Revista Psiquiatria Clínica**. 33(3): 124-33, 2006. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n3/pdf/124.pdf>>. Acesso em: 16, set, 2013.

CHARANEK, V. M., TOCCI, H. A. O papel do enfermeiro na prevenção do câncer de mama. **Revista de Enfermagem da UNISA**, 5: 41-4, 2004. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2004-09.pdf>>. Acesso em: 29, set, 2013.

COLLET, N.; ROZENDO, C. A. Humanização e trabalho na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 189-192, mar./abr. 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019643016.pdf>>. Acesso em: 15, jul, 2013.

CORREA, R.S. **Impacto de um programa de avaliação da qualidade dos serviços de mamografia do Distrito Federal**. (Dissertação de Mestrado). Brasília, DF: 2002.

DAVIM, R. M. B. et al., . Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, fev, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02, mar, 2013.

DERMIRKIRAN, F., et al., How do nurses and teachers perform breast self-examination: are they reliable sources of information? **BMC Public Health**. V. 07. p. 96, 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/96>>. Acesso em, 19, ago, 2013.

FRANKEL, P. P.; et al. Acurácia da punção aspirativa por agulha fina e da punção por agulha grossa no diagnóstico de lesões mamárias. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. [online]. v. 33, n. 3, p. 139-43, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n3/a07v33n3.pdf>>. Acesso em: 23, set, 2013.

FREIRE, Cacilda Aparecida; MASSOLI, Shirley Eliana. **A assistência de enfermagem às pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico**. Disponível em <<http://www.biblioteca.claretiano.edu.br>>. Acesso em: 26, set, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GONCALVES, L. L. C. et al . Câncer de mama feminino: aspectos clínicos e patológicos dos casos cadastrados de 2005 a 2008 num serviço público de

oncologia de Sergipe. **Revista de Enfermagem da UERJ**; 18(3): 468-472, jul.-set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000100005&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04, ago, 2013.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. Mo. MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2005; 51(3): 227-234. Disponível em: <http://www.eteavare.com.br/arquivos/81_392.pdf>. Acesso em: 18, ago, 2013.

GUIMARÃES, J. R. **Manual de Oncologia**. São Paulo: BBS Editora, 2004.

GUYTON, A. **Tratado de fisiologia medica**. Arthur C. Guyton, John E. Hall: tradução de Barbara de Alencar Martins. – Rio de Janeiro: Elsevier, – 4ª tiragem, 2006, p 1182.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Prevenção e Controle de Câncer**. Normas e Recomendações do INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(3): 317-332, 2002a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/normas.pdf>. Acesso em: 14, ago, 2013.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância – (Conprev). **Falando sobre câncer de mama**. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_cancer_mama1.pdf>. Acesso em: 04, abr, 2013.

_____. **Controle de câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf>>. Acesso em: 04, abr, 2013.

_____. **Ações de prevenção primária e secundária para o controle do câncer**. Cap. 5. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap5.pdf>>. Acesso em: 11, set, 2013.

_____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 2ª ed. Rio de Janeiro (Brasil): INCA, 2008.

_____. **Estimativas 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_cancer_mama1.pdf>. Acesso em: 15, set, 2013.

_____. INSTITUTO AVON/IPSOS – Percepções sobre o câncer de mama – mitos e verdades em relação a doença. SL. 2010. Disponível em: <<http://www.avoncontraocancerdemama.com.br/>>. Acesso em: 26, jul, 2013.

_____. **Estimativas 2012**: incidência de câncer no Brasil. 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 06, set, 2013.

_____. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação; organização Luiz Claudio Santos Thuler. – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro : INCA, 2012.

JACOME, E, de Medeiros. et al. Detecção do Câncer de Mama: Conhecimento, Atitude e Prática dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró/RN, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 57(2): 189-198, 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v02/pdf/06_artigo_deteccao_cancer_mama_conhecimento_atitude_pratica_medicos_enfermeiros_estrategia_saude_familia_mossoro_RN_brasil.pdf>. Acesso em: 15, jul, 2013.

KLIGERMAN, J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 47(2): 111-4, 2001. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_46/v02/editorial.html>. Acesso em: 08, set, 2013.

MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C.; BARRA, A. de A. Avaliação de qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**. V. 52, n.1, jan./fev./mar., 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao2.pdf>. Acesso em: 13, ago, 2013.

MAIESKI, V.M.; SARQUIS, L.M. Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influência sobre o trabalho. **Cogitare Enfermagem**, v.12, n.3, p.346-352, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewPDFInterstitial/10031/6890>>. Acesso em: 23, abr, 2013.

MARINHO, L. A. B., et al. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Revista de Saúde Pública**. v.37, n.5, p. 576-582, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000500005&script=sci_arttext>. Acesso em: 17, ago, 2013.

MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, A. M.; PANOBIANCO, M. S. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, jan./fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a04.pdf>. Acesso em: 13, ago, 2013.

MENDONÇA, G. A. S. Câncer na população feminina brasileira. **Revista de Saúde Pública**, n.27, p. 68-75, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000500005&script=sci_arttext>. Acesso em: 15, abr, 2013.

MENKE, C. H.; DELAZER, G. J. Autoexame ou autoengano? **Revista Femina**. v. 38, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=545639&indexSearch=ID>>. Acesso, 12, set, 2013.

- MOLINA, L.; DALBEN, I.; DE LUCA, L. A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 2, Junho 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000200039&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02, mar, 2013.
- MONTEIRO, A. P. S., et al. Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 25, n.3, p. 201-205, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n3/16623.pdf>>. Acesso, 12, abr, 2013.
- MORA, C. V.; ROJAS, M. E. A. Representacionessociales frente al autocuidado em la prevencióndel câncer de mama. **Investindo em educação em Enfermagem**. n. 27, v.02, p.191-200, 2009. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=534972&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15, ago, 2013.
- MOURA, A. D. A. et al. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolau: subsídios para a prática de Enfermagem. **Revista Rene**; 11 (1): 94-104, jan-mar. 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/11.1/vol11n1_pdf/a10v11n1.pdf> . Acesso em 27, ago, 2013.
- NASCIMENTO, T. G.; SILVA, S. R.; MACHADO, A. R. M. Auto-exame de mama: significado para pacientes em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.62, n.4, p. 557-561, 2009. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=525732&indexSearch=ID&lang=p>>. Acesso em: 28, ago, 2013.
- OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p.277-284, mar./abr. 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13, ago, 2013.
- OLIVEIRA, C. Fr. de. et al., Carcinoma invasivo da mama. In: **Manual de Ginecologia**. Vol. II, Lisboa: Ed.Permanyer Portugal, 2011.
- OLIVEIRA, N. E. S., et al., Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, abr/jun;15(2):334-43, 2013. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17916>. doi: 10.5216/ree.v15i2.17916. Acesso em 16, set, 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Crêterios para a avaliaçãodo IMC**. Disponível em: <http://www.who.int/hq/1999/a57361_por.pdf>. Acesso em: 22, jun, 2013.

ÓRFÃO, A.; GOUVEIA, C. Apontamentos de anatomia e fisiologia da lactação. **Revista Portuguesa Clínica Geral**, v. 25, p. 347-354, 2009. Disponível em: <<http://www.pt.scribd.com/doc/125788506/Apontamentos-de-Anatomia-e-Fisiologia>>. Acesso em: 15, jul, 2013.

PAINI, J. P. **Diálogo como cuidado processo educativo de enfermagem**. 1. ed. Erechim, RS: Edifapes, 2001.

PEREIRA, S. S. **Ações do enfermeiro do Programa de Saúde da Família (PSF) na detecção**. Disponível em <<http://www.bases.bireme.br>>. Acesso em: 20,out, 2013.

PIRHARDT, C. R., MERCES, N. N. A. Fatores de Risco para Câncer de Mama: nível de conhecimentos dos acadêmicos de uma universidade. **Revista de Enfermagem da uerj**. p. 102-6. 2009. Disponível em <<http://www.files.bvs.br/upload/s/0104-3552/2009/v17n1/a018.pdf>>. Acesso em: 09, mai, 2013.

PIVETTA, M. Câncer, esperanças divididas. **Pesquisa FAPESP**, 99,46-53, 2004. Disponível em: <<http://www.revistapesquisa.fapesp.br/2004/05/01/cancer-esperancas-divididas/>>. Acesso em: 14, ago, 2013.

REGIS, M. de F.; SIMÕES, M. F. S. Diagnóstico de Câncer de mama, sentimento, comportamento e expectativas de Mulheres, **Revista Eletrônica de Enfermagem**, V.07, n.01, p. 81–85, 2005. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista.htm>>. Acesso em: 14, set, 2013.

RIBOLDI, C. O. **Dimensão do absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. 2008. 68f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

RIZZOTTO, M. L. F. As Políticas de Saúde e a Humanização da Assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 196-199, mar./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 19, jul, 2013.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. de M. **O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários**. In: Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. n. 1. vol. 13. fev. 2008. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100007>. Acesso em: 18, set, 2013.

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **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=S0104-11692005000600016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18, out, 2013.

SACAI, S., PRACA, N. de S. Sociodemographic factors of women in the puerperium and their assimilation of group orientation. In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8., 2002, São Paulo. **Proceedings online...** Escola de Enfermagem de Riberão Preto - USP, Disponível

em:<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextpid=MSC000000052002000100013&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 03, set, 2013.

SARDIÑAS, R. Auto Exame de Mama: un importante instrumento de prevención Del cancer de mama en atención primaria de salud. **Revista Habanera de Ciências Médica**. n.3, vol.8, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000300005&script=sci_arttext>. Acesso em: 08, jul, 2013.

SCLOWITZ, M. L. et al., . Conduitas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, Jun, 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27, fev, 2013.

SILVA, P. A. da; RIUL, S. da S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, dez, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27, fev, 2013.

SILVA, R. M., et al. Realização do auto-exame das mamas por profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. n.4, v.43, p. 902-908, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000400023&script=sci_arttext>. Acesso em: 28, set, 2013.

SILVA, P. F.; SILVA, R. F. **Comunicação, enfermagem e saúde preventiva**. Disponível em <<http://www.encipecom.metodista.br>>. Acesso em: 15 jul, 2013.

SMELTZER et al., **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TIMBY, B. K., SMITH, N. E. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Assistência Prestada a Pacientes com Distúrbios mamários. 8ª edição. Editora Manole. Barueri-SP, 2005. Disponível em: <http://www.books.google.com.br/books?id=mgelxuuBeZIC&pg=PA936&dq=anatomia+das+mamas&hl=ptBR&ei=tBUZTsPJE4jagQfz6PgS&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=4&ved=0CDsQ6AEwAw#v=onepage&q=anatomia%20das%20mamas&f=false>. Acesso: 17, mar, 2013.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, vol.49,n.4,p.227-238,2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/revisao1.pdf>. Acesso em: 28, mar, 2013.

TRUJILLO, M.E., et al. Resultados del conocimiento sobre factores de riesgo del cancer de mama y autoexamen. **AMC**, n.1, v.14, p.:0-0, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 02, abr, 2013.

VALLE, J. C. **Câncer de mama locorregional avançado**. São Paulo: Medsi, 1999.

VIEIRA, D. S. C. et al., . Carcinoma de mama: novos conceitos na classificação. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, Jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28, fev, 2013.