

CENTRO UNIVERSITÁRIO CATÓLICO DE VITÓRIA

KÁSSIA RODRIGUES

A ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO A PACIENTES MASTECTOMIZADAS

VITÓRIA
2017

KÁSSIA RODRIGUES

A ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO A PACIENTES MASTECTOMIZADAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.Especialista Maristela Villarinho de Oliveira.

VITÓRIA

2017

KASSIA RODRIGUES

A ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO A PACIENTES MASTECTOMIZADAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em ____ de _____ de ____, por:

Prof. Especialista Maristela Villarinho de Oliveira- Orientador

Prof. XXXXXXXXXXXXXXXX, Instituição

Prof. XXXXXXXXXXXXXXXX, Instituição

A Deus, por ter sido minha rocha e fortaleza.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter estado comigo, por ter sido o meu Deus, por ter me sustentado e me ajudado, com a destra da sua justiça.

Aos meus pais José Paulo Rodrigues e Maria da Penha Rodrigues, por terem me ajudado a correr atrás dos meus sonhos, por terem visto em mim o dom de cuidar que nem eu mesma tinha percebido.

Ao meu esposo Ramon Schoreder, ter suportado minha ausência em alguns momentos, por me ter me encorajado a seguir em frente e buscar conhecimento.

As minhas irmãs Iracema, Alexandrina, Laudimara e Renata, por suas orações e terem estado comigo em momentos difíceis me dando todo apoio.

A minha orientadora Maristela Villarinho, por ter sido mais que uma professora e sim uma amiga, por toda atenção e paciência na elaboração desse trabalho.

A minha amiga Richely por suas dicas sobre o trabalho de conclusão de curso, pelo seu carinho e atenção.

A minha coordenadora de curso Cláudia Manola, por sua paciência, carinho e atenção durante o curso, por ter sempre me ouvido e me ajudado quando eu mais precisei.

Este é um momento de celebração, louvo a Deus por ter me proporcionado essa oportunidade.

RESUMO

A neoplasia da mama é classificada como o tipo de câncer que mais acomete mulheres no Brasil, e no mundo. O câncer de mama é responsável por diversas taxas de mortalidade no Brasil, os principais fatores de risco são: obesidade, fatores genéticos e nuliparidade. A forma de controle do câncer de mama é diagnóstico precoce que é de extrema importância para evitar complicações e morbimortalidade. Uma das principais formas de tratamento é a mastectomia que muitas vezes é adiada por várias pacientes, devido à mutilação que ocorre no membro. Além da perda do membro as pacientes tem limitação do movimento e podem ter complicações como linfedema. Existem fatores ocasionados pela mastectomia de ordem psicológica que são os que causam mais sofrimentos nessas mulheres que são transtornos sociais e afetivos, que interferem na sexualidade e na vida social e emocional dessas mulheres. Esta pesquisa justifica-se, pois a mastectomia causa um grande impacto na vida da mulher acometida pela neoplasia de mama, interferindo em sua vida pessoal, profissional, sexual. Este trabalho tem como objetivo geral realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o papel do enfermeiro no atendimento a paciente com câncer de mama e tem como objetivos específicos: descrever a epidemiologia, diagnóstico e tratamento do câncer de mama; identificar o perfil da paciente com câncer de mama; descrever o papel do enfermeiro no contexto psicossociocultural do paciente submetido à mastectomia. A metodologia utilizada foi à revisão bibliográfica de caráter retrospectivo. O levantamento bibliográfico foi realizado a partir das bases: Scielo, Google acadêmico, livros e manuais do Ministério da Saúde. Os critérios de inclusão foram: estudos do período de 2008 a 2017 artigos em língua portuguesa e textos completos. Como critérios de exclusão utilizamos: estudos fora do período delimitado, dissertação e teses que não contemplem a temática. O resultado do estudo mostrou que existe um grande impacto na sexualidade das pacientes mastectomizadas. Acredita-se que o apoio oferecido pelo companheiro e pela equipe de saúde que fazem o acompanhamento dessas pacientes pode fazer com que aos poucos essas mulheres possam retomar suas vidas com qualidade.

A assistência da enfermagem de acordo com os autores utilizados ressalta uma maior importância ao apoio psicológico oferecido as pacientes do que o próprio cuidado de enfermagem. Percebe-se maior preocupação com o psicológico e emocional do paciente do que com o fisiológico.

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

ABSTRACT

Breast cancer is classified as the type of cancer that most affects women in Brazil, and in the world. Breast cancer is responsible for several mortality rates in Brazil, the main risk factors are: obesity, genetic factors and nulliparity. The form of breast cancer control is early diagnosis which is of extreme importance to avoid complications and morbimortality. One of the main forms of treatment is mastectomy which is often postponed by several patients due to the mutilation that occurs in the limb. In addition to limb loss patients have movement limitation and may have complications such as lymphedema. There are factors caused by psychological mastectomy that are the ones that cause the most suffering in these women that are affective and affective disorders that interfere in the sexuality and the social and emotional life of these women. This research is justified because the mastectomy causes a great impact on the life of the woman affected by the breast neoplasm, interfering in her personal, professional, sexual life. The objective of this work is to carry out an integrative review of the literature on the role of nurses in the care of patients with breast cancer. Its specific objectives are: to describe the epidemiology, diagnosis and treatment of breast cancer; Identify the profile of the patient with breast cancer; To describe the role of the nurse in the psycho-sociocultural context of the patient undergoing mastectomy. The methodology used was the retrospective bibliographical review. The bibliographic survey was carried out from the bases: Scielo, Google academic, books and manuals of the Ministry of Health. The inclusion criteria were: studies from the period 2008 to 2017 articles in Portuguese and full texts. As exclusion criteria we use: studies outside the delimited period, dissertation and theses that do not contemplate the subject. The result of the study showed that there is a great impact on the sexuality of mastectomized patients. It is believed that the support offered by the companion and the health team that accompany these patients may gradually allow these women to resume their lives with quality. Nursing care according to the authors used emphasizes a greater importance to the psychological support offered to patients than the nursing care itself. There is greater concern with the patient's psychological and emotional than with the physiological.

Keywords:Breast Cancer. Mastectomy. Nursing Care.

LISTA DE IMAGENS

Imagem 01 – Desenvolvimento embrionário da mama.....	33
Imagem 02 – Constituição anatômica da mama.....	37
Imagem 03 – Vascularização arterial da mama.....	38
Imagem 04 – Circulação linfática da mama.Vias de drenagem acessórias(setas)....	39
Imagem 05 – Mastectomia e linfedema em membro superior esquerdo.....	59
Imagem 06 – Pós-operatório tardio de reconstrução mamária com retalho transverso do reto-abdominal (TRAM) apresentando contratura com afundamento em polo superior da mama esquerda.....	61

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
2.1 O CÂNCER.....	19
2.1.1 Relação entre fatores nutricionais e o câncer.....	21
2.1.2 Recomendações nutricionais para prevenção.....	23
2.1.3 Sedentarismo e o câncer.....	24
2.1.4 Fatores genéticos relacionados ao câncer.....	25
2.2 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA MAMA	31
2.3 O CÂNCER DE MAMA	39
2.3.1 Epidemiologia do câncer de mama	43
2.3.2 Diagnóstico.....	46
2.3.3 Tratamento	52
2.3.3.1 Quimioterapia.....	53
2.3.3.2 Radioterapia.....	54
2.3.3.3 Imunoterapia	55
2.3.3.4 Hormonioterapia	56
2.3.3.5 Cirurgia.....	57
2.3.4 Aspectos físico-psíquico e social da mulher mastectomizada.....	58
2.3.5 A assistência do enfermeiro a pacientes com câncer de mama.....	62
2.3.6 O papel do enfermeiro na assistência a pacientes mastectomizadas.....	66
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	73

1 INTRODUÇÃO

O câncer ou neoplasia maligna é uma doença que tem como característica principal o crescimento desordenado das células, que podem invadir tecidos e órgãos vizinhos causando destruição desse tecido ou órgão, podendo até mesmo se alastrar por disseminação à distância através da corrente sanguínea, vasos linfáticos ou superfície serosa gerando metástase (AVANCI et al., 2009).

As causas do câncer podem ser por interação de vários fatores internos ou externos que estão associadas. Os fatores externos seriam hábitos e costumes, como por exemplo: o hábito de fumar, beber e alimentação inadequada. Já os fatores internos seriam na maior parte das vezes, fatores genéticos que estão relacionados à defesa do organismo (BAU; HUTH, 2013).

O câncer de mama tem alta incidência e alto número de mortes; é o segundo mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres principalmente com faixa etária entre 40 a 69 anos e é raro em mulheres jovens antes dos 35 anos (SILVA, 2008).

O câncer de mama é considerado de bom prognóstico se for diagnosticado no seu início; o tratamento será mais rápido e com grandes chances de cura. O que pode dificultar o tratamento é quando o câncer é descoberto num estágio mais avançado nesse caso ocorre em muitas vezes a perda da qualidade de vida (SILVA, 2008).

Quando a mulher recebe o diagnóstico de câncer de mama ela fica muito angustiada, e ansiosa, pois acredita que o câncer tem ligação com a morte. A qualidade de vida que ela terá após a descoberta irá auxiliar muito no tratamento da doença. Geralmente o diagnóstico tem uma influência negativa na vida das mulheres, elas precisam de informações sobre o tratamento e orientação sobre como será sua vida desse momento em diante, por isso a importância de um acompanhamento psicológico durante o tratamento (LOTTI et al., 2008).

O presente estudo se apresenta de importância teórico-científica como também de relevância social, mostrando a importância do papel do enfermeiro perante as mulheres portadoras de câncer de mama, principalmente no tratamento de mastectomia. Esta pesquisa justifica-se, devido o câncer de mama ser um tema atual e causador de um de impacto muito grande na vida das mulheres. O desejo em estudar este tema, surgiu de minha experiência com uma amiga da família, quanto à

angústia e sofrimento da mulher desde o momento do diagnóstico até as lutas vivenciadas com o tratamento. O objetivo geral desse estudo é descrever o papel do enfermeiro no atendimento a paciente com câncer de mama. Os objetivos específicos são: descrever a epidemiologia, diagnóstico e tratamento do câncer de mama; identificar o perfil da paciente com câncer de mama; descrever o papel do enfermeiro no contexto psicossociocultural do paciente submetido à mastectomia. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica sobre a temática: A importância do Enfermeiro no atendimento ao paciente com câncer de mama submetido à mastectomia. Foi realizada no período de fevereiro a junho de 2017. O levantamento de dados foi através das bases: Scielo, Google acadêmico, livros e manuais do Ministério da Saúde. Os critérios de inclusão foram: estudos do período de 2008 a 2017, artigos em língua portuguesa e textos completos. Como critérios de exclusão utilizamos: estudos fora do período delimitado, dissertação e teses que não contemplem a temática.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 O CÂNCER

A origem da palavra câncer vem do grego karkinos, que significa caranguejo; esse nome foi dado devido à semelhança das veias ao redor do tumor e as patas do caranguejo (SILVA et al., 2008).

A palavra câncer vulgarmente falando, define um grupo de doenças que podem atingir o indivíduo causando dano a qualquer parte do corpo. Uma das características que definem a doença é o poder de criação de células anormais, e a capacidade de invasão de órgãos vizinhos; esse processo é definido como metástase, é a principal causa de mortalidade por câncer (SILVA et al., 2016).

Os registros mais antigos do câncer surgiram na época de Hipócrates há 460 anos antes de Cristo e foi descrito por Galeno (o primeiro médico grego a diferenciar os tumores de pele como maligno e benigno) como uma doença destruidora e sem cura (SILVA et al., 2008).

No século 19 e 20, as pessoas achavam que o câncer era contagioso e estava associado à falta de higiene e sujeira física e moral; as sujeiras da cozinha e das fábricas, a bagunça nas cidades cheias de cachorros e gatos ou aumento de ratos e baratas por toda a cidade; isso causava várias doenças entre a população, e acreditavam que esses fatores causava câncer (SILVA, 2008).

A população achava também que o câncer era contagioso, e acometia as pessoas que eram escravas do prazer principalmente mulheres. Achava-se que a doença era consequência dos seus pecados, pois abominavam práticas sexuais como o sexo oral, e acreditavam que o mesmo causava o câncer, argumentando que essa prática causava nódulos cancerígenos na boca e no intestino e que se alastrava pelo corpo (SILVA, 2008).

A saúde pública planejava e colocava em prática estratégias de intervenção sanitária para o câncer, tuberculose, sífilis. Quando morria alguém de algum tipo dessas doenças a casa deveria ser desinfetada e isolada, essa conduta era realizada por médicos de todo o mundo (SILVA, 2008).

No Brasil os casos da doença eram fiscalizados pela Inspetoria de Lepra e doenças venéreas. Além dessa inspetoria, existiam os higienistas que acreditavam que o câncer estava relacionado com os gases liberados pelos motores ou chaminés industriais. Defendiam a ideia de que se ficassem próximos a geladeiras elétricas constantemente durante o dia e se usassem sapatos apertados e salto alto iriam ter câncer (SILVA, 2008).

Outros fatores relacionados ao câncer começaram a ser descoberto como; o hábito de fumar, a ingestão de alimentos com produtos químicos, o stress, excesso de trabalho, preocupações do dia a dia (SILVA, 2008).

Apesar de novas descobertas eles ainda acreditavam que o câncer estava relacionado a pessoas pervertidas sexualmente, frígidos ou impotentes. De acordo com diversos médicos, essas pessoas eram presas fácil para o câncer. A história da construção social dos gêneros mostra que esses indivíduos citados eram as mulheres (SILVA, 2008).

Com o passar dos anos foram deixando de relacionar o câncer ao castigo pelos pecados cometidos e passaram a relacionar o câncer à contenção do desejo e a falta de expressão de sentimentos. Associavam o câncer também à falta de higiene e ao vício (SILVA, 2008).

O câncer é uma patologia que afeta pessoas em todo o mundo e muitas vezes se desenvolve de forma silenciosa. No século passado, não era muito comentando, pois as pessoas morriam de outras doenças como infecções e não havia indícios de câncer (PRADO, 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 70% das mortes relacionadas ao câncer ocorrem em países subdesenvolvidos onde há escassez ou limite para recursos: de prevenção, diagnóstico e tratamento (GUERRERO et al., 2011).

O câncer no Brasil é considerado um problema de saúde pública devido a diversos fatores como: alto número de casos registrado, situação econômica, e desigualdades regionais (GUERRERO et al., 2011).

No ano de 1970 os Estados Unidos declararam guerra ao câncer surgindo diversos estudos sobre: a origem do câncer, a causa e a sua propagação. Após estas descobertas as informações sobre o câncer ficaram mais acessíveis a toda

população. Uma das grandes descobertas foram que o câncer tem como causa primária o fator genético. A formação do câncer ocorre quando há interação do fator genético com as causas externas ocorrendo à mutação das células (PRADO, 2014).

Existem diversos fatores que contribuem para formação do câncer, entre eles estão os agentes carcinogênicos ambientais, que são capazes de causar danos genéticos. Estes são divididos em: biológicos, físicos e químicos. Os físicos podem ser causados pela radiação solar e raios x; os biológicos por bactérias e vírus e os químicos podem ser por: álcool, tabaco, sedentarismo. Dentre esses fatores está incluído a alimentação inadequada, como o consumo de: frituras, refrigerantes entre outros; esses fatores têm influência direta na formação do câncer (OLIVEIRA et al., 2014).

Nestes alimentos o potencial carcinogênico está presente na interação dos aditivos alimentares com o organismo. É pertinente a constante preocupação com as substâncias químicas sintéticas, pois estas podem desencadear o câncer, estando presentes nos alimentos como aditivos ou contaminantes ambientais de uso na agricultura como, por exemplo, os agrotóxicos (OLIVEIRA et al., 2014, p.16).

Apesar do avanço dos tratamentos médicos, o câncer no Brasil ainda é considerável incurável e de difícil aceitação, e tem ligação com a mortalidade. Ele causa ideias confusas de: perigo, medo, castigo, fatalidade (GUERRERO et al., 2011).

2.1.1 Relação entre fatores nutricionais e o câncer

Em 1968 os estudiosos Haenszel e Kurihara observaram nos estudos ecológicos com japoneses vivendo no Havai (Estados Unidos) que o estilo de vida Americano poderia influenciar na ocorrência de câncer devido ao alto consumo de alimentos industrializados e o excesso de lanches rápidos. Grande parte dos Americanos faz substituição de refeições como almoço e jantar por lanches rápidos devido à falta de tempo (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013).

A alta incidência de câncer de mama em mulheres de países desenvolvidos pode está ligada a fatores ambientais, esses fatores podem ser mais importantes que os fatores genéticos, devido estudos que mostram a prevalência de câncer de mama em mulheres com alto percentual de gordura corporal (STEIN et al., 2009).

Em mulheres pós-menopausa a reeducação alimentar aliada a pratica de exercícios físicos tem como consequência na redução do peso e também na diminuição do

estradiol plasmático. Esse fator é de extrema importância para minimizar o risco de câncer de mama, especialmente em mulheres no período pós-menopausa (STEIN et al., 2009).

No Brasil, um estudo feito em São Paulo em 2002, mostrou que o consumo elevado de folhas de cor verde escura, legumes e frutas de cor amarela e laranja escura; couve, brócolis, agrião, cenoura, abóbora, laranja, mamão, manga entre outros, reduziram o nível de lesões pré-cancerígenas no colo do útero. É provável que uma dieta rica em folhas verdes possa desempenhar um papel modulador no controle e prevenção desse tipo de câncer e que esses alimentos tem um papel antioxidante na evolução do câncer (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013).

O Consumo de álcool foi associado ao aumento do risco de cânceres: de boca, faringe, laringe, uma vez que o álcool facilita a solubilização de carcinogênicos; já os cânceres de esôfago tem relação com o tabagismo (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013).

O etanol tem ação cocarcionogênica, ele pode aumentar a permeabilidade celular a carcinogênicos, inibindo a detoxificação do álcool pelo fígado. Além desse fator o etanol atua como mutagênico e aumenta os níveis séricos de estrogênio aumentando a resposta da célula ao estrogênio (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

A causa do câncer de mama ocorre por vários fatores como: hormônios endógenos e exógenos, nuliparidade, idade tardia para o primeiro parto, menarca precoce e menopausa tardia. Além desses fatores está inserida também a alimentação, sedentarismo, obesidade (KOLLING; SANTOS, 2009).

A ingestão de álcool e alimentos em excesso são uns dos fatores principais para o desenvolvimento de neoplasia; e a obesidade está presente em 14% de mortes por câncer em homens, e 20% de mortes por câncer em mulheres (KOLLING; SANTOS, 2009).

Estudos apontam que as mulheres que ingerem bebidas alcoólicas a partir de meia dose por dia, tem um alto risco de desenvolver câncer de mama (STEIN et al., 2009).

Estudos colocam em ênfase a importância de uma alimentação saudável como forma de prevenção e intervenção na recorrência de câncer de mama; essa dieta

seria baseada no consumo de frutas, verduras, grãos integrais e outras plantas, que atuam no controle e prevenção da doença, diminuindo o impacto que a doença causa (KOLLING; SANTOS, 2009).

O benefício dessas plantas ocorre pela presença de compostos fitoquímicos e nutrientes que são excelentes quimiopreventivos (KOLLING; SANTOS, 2009).

Uma dieta rica em gorduras e açúcares promove o desenvolvimento do câncer de mama em mulheres que estejam na menopausa, além da forte associação de uma dieta rica em lipídios e as taxas de incidência do câncer de mama (KOLLING; SANTOS, 2009).

As fases do processo tumorgênico que são: iniciação, promoção, latência, crescimento e metástase podem ser influenciados pela alimentação rica em gordura (KOLLING; SANTOS, 2009).

Uma alimentação rica em gordura saturada e proteína animal e pobre em fibras e vegetais aumentam o risco e agravamento da doença; já a associação de uma alimentação com alto consumo de verduras e com alimentos antioxidantes, e a prática de exercício físico são fatores positivos contra o câncer de mama (ZANCHIN et al., 2011).

2.1.2 Recomendações nutricionais para prevenção

Com base em estudos de análises e evidências de pesquisadores do mundo inteiro, a prática de atividade física e controle de peso corporal foram considerados de extrema importância da recorrência do câncer de mama e de outros cânceres melhorando a qualidade de vida e seu estado geral (LOPES; CHAMMAS; IYAYASU, 2013).

Baseado em grandes estudos uma dieta pobre em açúcar, massas, refrigerantes e com alto consumo de frutas, legumes, verduras, leguminosas, pescado, aves e grãos integrais associou-se menores concentrações sanguíneas de homocisteína, insulina, marcadores de inflamação de disfunção endotelial (LOPES; CHAMMAS; IYAYASU, 2013).

De acordo com Lopes; Chammas; Iyeyasu (2013) adotar um estilo de vida saudável como não fumar manter-se ativo fazendo exercícios físicos e controlando o peso

corporal; fazendo uma alimentação rica em fibras e micronutrientes como; grãos integrais frutas e vegetais frescos, comendo 5 ou mais porções ao dia principalmente porções de legumes e verduras essa alimentação preveni contra o câncer.

A linhaça é um alimento que ajuda na prevenção do câncer de mama; ela possui uma substância química semelhante ao estrogênio, além disso, ela contém substâncias quimioprotetoras (GUIMARAES; OLIVEIRA, 2014).

A linhaça possui componentes que tem ações farmacológicas como ácido alinolenic, fibras solúveis e lignana. Esses componentes estão relacionados a prevenção não só do câncer de mama mais também nos cânceres de próstata e colón, doenças hepáticas e renais, além de reduzir índices glicêmicos trazendo resultados favoráveis a portadores dessas patologias (GUIMARAES; OLIVEIRA, 2014).

2.1.3 Sedentarismo e o câncer

O câncer é considerado a segunda causa de mortes no Brasil, Estados Unidos e Europa. O fator genético é considerado um dos principais fatores que contribuem para o desenvolvimento do câncer, além desse fator o sedentarismo associado à alimentação inadequada tem contribuído para o aumento da incidência dessa patologia (MACÊDO et al., 2011).

Devido a sua alta taxa de incidência, o câncer de mama tem sido muito estudado, e uns dos resultados foram que o sedentarismo é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia mamária (MACÊDO et al., 2011).

Vários filósofos relacionavam a doença ao desequilíbrio entre o corpo e a mente. O filósofo romano afirmava que mente saudável significava corpo saudável (GUALANO; TINUCCI, 2011).

A inatividade física é considerada um dos grandes problemas de saúde pública, estima-se que cerca de 70% da população não realizam os níveis mínimos recomendados (GUALANO; TINUCCI, 2011).

Praticar atividade física moderadamente pode diminuir de maneira significativa, a frequência de ciclos ovulatórios e a exposição cumulativa de hormônios do ovário, reduzindo as chances de desenvolvimento do câncer de mama (STEIN et al., 2009).

Estudos realizados nos Estados Unidos mostraram que o custo elevado de 1 trilhão de dólares para tratamento de algumas doenças poderia ter sido evitado pela prática de atividades físicas de forma regular (GUALANO; TINUCCI, 2011).

No período pós- menopausa a prática de exercícios físicos de forma regular é considerada um dos fatores de proteção para o desenvolvimento de câncer de mama (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

Essa proteção só ocorre para as atividades praticadas acima de 6 horas por semana, e só protege contra o carcinoma invasivo (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

A pratica de exercícios físicos de forma regular pode promover o atraso da menarca, maior quantidade de ciclos anovulatórios e irregulares além de promover a diminuição do estrogênio sérico (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

Também pode: promover o aumento de globulinas que fazem ligação com hormônios sexuais, diminuir o processo inflamatório, melhorar a resposta imunitária e controlar o peso (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

Na adolescência a prática de exercícios físicos regularmente, diminui o risco de desenvolver câncer de mama (STEIN et al., 2009).

2.1.4 Fatores genéticos relacionados ao câncer

Na época atual o câncer é considerado uma patologia que tem um alto índice de mortalidade, devido a esse fato ele se torna objetivo de muitas pesquisas, em decorrência desse fato foi descoberto a sua ligação com a hereditariedade (DANTAS et al., 2009).

O câncer de mama tem mais incidência em mulheres e está inserido na maioria dos países desenvolvidos. Cerca de 10% das mulheres tem algum familiar de primeiro grau com câncer de mama (STEIN et al., 2009).

O câncer é descrito como uma doença crônica que tem mais de uma causa; dentre as causas estão inseridas as causas internas que são os fatores genéticos e as causas externas: hábitos e meio ambiente. Os fatores causais podem estar inter-relacionados (SILVA et al., 2016).

Entre os fatores de risco, o fator genético é apontado como um dos principais agentes no processo de formação do câncer (SILVA et al., 2016).

Quanto maior o número de familiares afetados pela neoplasia de mama o paciente tiver, e o quanto mais próximo for o grau de parentesco, mais elevada será a chance de desenvolvimento do câncer de mama (STEIN et al., 2009).

O câncer de mama constitui mais de uma forma dentre elas: esporádica, familiar e hereditária. O câncer hereditário corresponde a 5 a 10 % da população feminina portadora de câncer de mama; entre os casos está envolvida a herança de uma cópia com defeito do gene BCR1 ou BCR2 que expõe mulheres de uma mesma família a um risco de 50 a 80% de desenvolver neoplasia de mama e câncer de ovário (SILVA et al., 2016).

Os cânceres de mama esporádicos estão relacionados à exposição hormonal, e os hereditários estão ligados às funções germinativas. O alto risco para o câncer em algumas famílias é o resultado de uma mutação em um gene penetrante (SILVA et al., 2016).

O câncer é formado através de alterações em oncogênese nos genes supressores tumorais ou nos genes que tem o papel de fazer a reparação no material genético (DANTAS et al., 2009).

Foram descobertos vários tipos de genes relacionados ao câncer em sua especificidade no que diz respeito ao tipo de gene alterado e a neoplasia que ele causa; devido a esses avanços foram descobertas novas formas de diagnóstico e tratamento (DANTAS et al., 2009).

Um dos principais fatores que causam o câncer é o fator genético; os genes Breast cancer 1 gene (BCRA1) e Breast cancer 2 genes (BCRA2), fazem a regulação do ciclo celular e previnem a multiplicação descontrolada das células, quando ocorre mutação nesses genes há um grande risco para desenvolvimento dessa patologia (SILVA et al., 2016).

São descritos como genes supressores tumorais os genes BCR1 e BCR2, o papel desses genes é cuidar do genoma e preservar a estabilidade do cromossomo, e quando são inativados ocorre à facilitação da mutação em vários genes; além disso, esses genes têm extrema importância no mecanismo celular (SILVA et al., 2016).

As mutações no gene BRCA1 causam mais riscos em mulheres e está relacionada ao desenvolvimento do câncer de mama, para os homens a mutação ocorre em BCRA2; quando ocorre mutação neste gene o câncer é mais agressivo e a chances de vida é menor (SILVA et al., 2016).

Pacientes do sexo feminino que tenham o gene BCR1 mutado tem 85% de chances de desenvolver neoplasia de mama, e 40% a 60% de desenvolver neoplasia de ovário durante o período de sua vida toda, 65% de risco de desenvolver uma segunda neoplasia de mama se viver até os 70 anos (DANTAS et al., 2009).

Estima-se que 10% das neoplasias malignas estejam ligadas a alguma mutação no gene BCR1 ou BCR2. Esses genes são considerados os genes da neoplasia mamária (STEIN et al., 2009).

No Brasil existem poucas portadoras dessas mutações genéticas. A incidência cumulativa de câncer de mama em mulheres na 5ª década da vida é de 2% comparado à incidência cumulativa de mais de 50% nos familiares das portadoras dessa alteração genética (STEIN et al., 2009).

O gene BCR1 codifica uma proteína que exercem várias funções no desenvolvimento da glândula da mama; dentre estas funções está inserido: resposta a agressão ao Ácido desoxirribonucleico (DNA), regulação da transcrição, sinalização do hormônio estrogênio e inativação do cromossomo X (SILVA et al., 2008).

Quando acontece a inativação do gene BCR1 ocorre o desenvolvimento de cânceres mais agressivos. É mais frequente em idade que antecede o período da menopausa e apresenta um fenótipo basal em 80 á 90% dos casos (SILVA et al., 2008).

Já as mulheres com o gene BCR2 mutado tem 65% de risco de desenvolver a neoplasia mamária durante o período de sua vida (DANTAS et al., 2009).

Deve-se atentar para os homens que tenham casos de neoplasia de mama na família, pois podem ter riscos aumentados para desenvolver neoplasia de próstata (SILVA et al., 2016).

O rastreio dessas mutações genéticas são de extrema importância para um diagnóstico precoce dos genes em mutação; devido às altas chances dos portadores dos genes em desenvolver o câncer (SILVA et al., 2016).

Fazer o rastreio das mutações, quando há na família vários casos de câncer de mama e próstata em parentes de primeiro grau, é de extrema importância, pois nesse caso o risco é maior quando se é comparado a pessoas sem nenhum caso na família (SILVA et al., 2016).

Os cânceres hereditários são patologias genéticas; sua prevalência é em pessoas da mesma família, a transmissibilidade é por forma vertical ou padrão de herança mendeliano do tipo autossômico dominante (SILVA et al., 2016).

Existem características predominantes relacionadas ao câncer hereditário dentre elas estão: idade precoce ao diagnóstico, mais de um câncer numa mesma pessoa, várias pessoas da família com o mesmo câncer ou câncer relacionados e várias gerações acometidas (SILVA et al., 2016).

Os genes que estão envolvidos em alguns cânceres hereditários são os genes: BCR1 e BCR2; eles estão relacionados aos cânceres: de mama, ovário e próstata (SILVA et al., 2016).

Os genes BRCA1 e BRCA2 atuam também: no processo de divisão das células, no reparo dos danos ao DNA e regulando a expressão dos genes; quando acontece algum defeito nesses genes, ocorre alteração na transcrição e nas vias de reparação do DNA; e a consequência disso são várias mutações e instabilidade dos cromossomos causando um alto risco para o desenvolvimento do câncer (SILVA et al., 2016).

O rastreamento dos genes em mutações de BRCA1 e BRCA2 é disponível para venda; ele está inserido em protocolos de aconselhamento genético para famílias de alto risco para desenvolvimento de câncer de mama ou de ovário (SILVA et al., 2016).

Esse teste foi desenvolvido com o propósito de permitir que as pessoas possam escolher qual tipo de prevenção é mais adequado para o seu nível de risco o qual está inserido (SILVA et al., 2016).

Com esse teste, o paciente descobre se é portador da alteração genética de forma precoce; tornando o tratamento mais eficaz. Esses fatores reduzem os custos de tratamento oncoespecíficos e hospitalares além da redução do tempo de internação que tem um alto custo (DANTAS et al., 2009).

Esses genes são disseminados com forma autossômica dominante que resulta em descendentes dos dois tipos de sexos que são feminino e masculino; esses indivíduos têm chances de 50% de ter o gene mutado (SILVA et al., 2016).

A Sociedade Americana de Cancerologia afirma que as mulheres quando possuem mutações genéticas em BCR1 e BCR2 possuem de 20 a 25 % de chances de desenvolver neoplasia de mama; essas pessoas são orientadas a buscar o aconselhamento genético, pois são considerados de alto risco (SILVA et al., 2016).

Se confirmado a suspeita, o indivíduo começa a receber informações sobre a doença como: sua forma de herança, formas de diminuir o risco e as chances de ocorrer em outras pessoas da família. (SILVA et al., 2016).

Quando ocorre a identificação do gene causador do câncer; obtêm-se uma melhor compreensão da patologia; e também formas de identificação precoce, resultando assim, numa melhor forma de tratamento e redução de cirurgias radicais (DANTAS et al., 2009).

O aconselhamento genético é descrito como um processo de transmissão de informações, em que os problemas das pessoas são ligados ao acontecimento ou risco de recorrência de uma desordem genética familiar (MELO; MENEZES, 2008).

Nesse aconselhamento é de extrema importância que seja colhido em detalhes a história de no mínimo três gerações; não pode ser omitido nenhum membro da família, mesmo que ele não tenha câncer deve ser citado. Logo após essa etapa é feito um heredograma que mostrará um modelo genético específico de um gene supressor de tumor (SILVA et al., 2016).

O Aconselhamento genético é muito importante nos casos de pacientes com suspeita de ser portador do gene alterado, pois pode diminuir as taxas de

mortalidade e morbidade além de melhorar a qualidade de vida do paciente (DANTAS et al., 2009).

Segundo Silva e outros (2016) o teste genético é indicado somente nos casos em que a família atenda aos critérios da Associação Americana de Cancerologia; esses critérios são:

- Três ou mais históricos de câncer de mama e um de ovário.
- Três ou mais casos de câncer na família com idade < 50 anos.
- Duas irmãs (ou uma mãe e filha) com idade < 50 anos, tendo dois casos de câncer de mama e dois de câncer de ovário, ou um histórico de câncer de mama e um de câncer de ovário.

Ao descobrir ser portadora do gene BCR, as mulheres sentem a necessidade de saber como proceder diante desta situação. Para que elas recebam essas orientações que são específicas é necessário que seja dado início ao tratamento oncológico; essas orientações vão depender: da idade da mulher, da vontade de manter a fertilidade e de amamentar (SILVA et al., 2016).

As mulheres que forem diagnosticadas com alto risco para desenvolvimento de neoplasia de mama; devem mudar seu estilo de vida, tendo hábitos saudáveis como: praticar exercício físico regularmente, ter uma dieta equilibrada a base de frutas e verduras dentre outros alimentos saudáveis e realizar o tratamento profiláticos sugeridos para tentativa de diminuição do risco de desenvolvimento da patologia (SILVA et al., 2016).

Pacientes do sexo feminino com algum histórico de câncer de mama na família em primeiro grau tem um alto risco de desenvolver esse tipo de neoplasia, isso varia com a idade que o familiar foi diagnosticado (STEIN et al., 2009).

Quanto menor for à idade do familiar ao receber o diagnóstico maior será o risco da mulher de desenvolver a neoplasia mamária (STEIN et al., 2009).

Há um alto risco também para mulheres que tem vários familiares afetados pela neoplasia mamária, esse risco dobra quando esses familiares são de primeiro grau (STEIN et al., 2009).

Nos pacientes em que a mutação genética for confirmada, a mastectomia bilateral (retirada do tecido glandular da mama) é indicada, ocorrendo á queda

aproximadamente de 90% das chances das mulheres portadoras do gene BCRA mutado em desenvolver o câncer de mama. A reconstrução da mama é feita através de próteses de silicone (SILVA et al., 2016).

O teste genético só é realizado com indicação médica; a decisão de realizar o teste para susceptibilidade tem várias consequências, não só para o paciente mais para o resto da família. No caso de mutação em um único membro da família, aponta um dos pais como o transmissor da mutação, também são apontados irmãos e filhos como portadores de um risco de 50% de ter a mutação, e familiares de 2º grau risco de 25% (SILVA et al., 2016).

Diante desses fatos, o teste transforma-se num principal meio de informação do risco de neoplasia para o resto da família. Quando o teste tem como resultado positivo, os pacientes demonstram resistência em contar a notícia para seus familiares, eles expressam sentimentos de culpa pela possibilidade de transmitir a mutação para seus filhos (SILVA et al., 2016).

2.2 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA MAMA

As mamas são estruturas fixadas a pele que tem como função a produção de leite. Estão presentes no sexo feminino e masculino, a diferença é que nos homens elas são elementares (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009).

No sexo feminino as mamas evoluem e tornam-se diferentes das do sexo masculino na puberdade. O maior desenvolvimento da mama ocorre na gestação e na lactação (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009).

Elas são constituídas de glândulas em pares localizadas na parede anterior e superior do tórax; que procedem de glândulas sudoríparas alteradas que são sem cápsulas e bainha especial (BERNARDES, 2011).

O tecido glandular é composto por 63% de células produtoras de leite. Sua localização está 3 cm da base do mamilo (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009).

Seu desenvolvimento embriológico ocorre em dois espessamentos longitudinais da ectoderme na parede anterior ao tórax que são chamadas de cristas mamárias primitivas. São visualizadas entre a 7ª e 8ª semana do desenvolvimento do embrião,

estendendo-se obliquamente para baixo e para dentro da axila até a região inguinal (BERNARDES, 2011).

As cristas voltam ao nível do tórax, onde se formam duas saliências ectodérmicas, que darão origem as papilas mamárias denominadas mamilos; durante a 12ª semana os espessamentos mandam para a profundidade da mesoderme cordões de células sólidos (BERNARDES, 2011).

No oitavo mês esses cordões canalizam, formando os ductos lactíferos que se abrem na superfície ocasionando uma depressão epitelial, que após o nascimento se elevará formando o mamilo (BERNARDES, 2011).

Quando ocorre o bloqueio dos ductos lactíferos impedindo a drenagem do leite, ou quando ocorre o ingurgitamento das mamas o tecido mamário pode ser infectado e a mama poderá ficar: ruborizada, dolorida, com edema. Esses fatores são sugestivos de mastite (LEVY; BÉRTOLO, 2012).

O mamilo é composto por fibras musculares lisas, é protuberante e cilíndrico. Em volta do mamilo existe uma área mais escura, o tamanho pode variar de acordo com a anatomia da mulher, pode ter alguns pêlos. Essa região é denominada aréola (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009).

Quando o mamilo é invertido pode significar alguma alteração no desenvolvimento embrionário, não sendo considerado um indício de patologia; da extremidade dos cordões é formado os ácinos (BERNARDES, 2011).

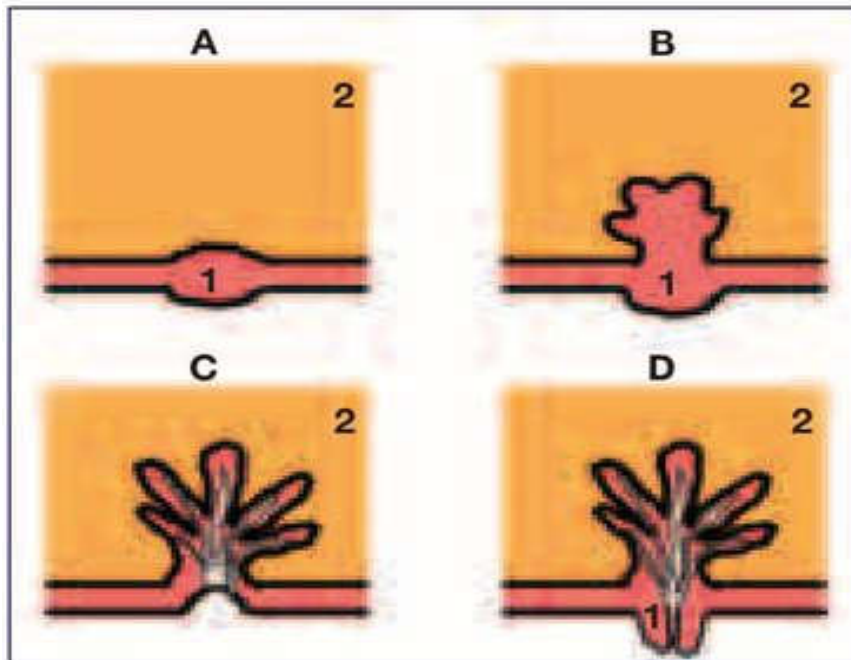
Os ácinos (alvéolos mamários) são formados por células secretoras e ao redor por tecido mioepitelial (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009).

Os ácinos e ductos estão envoltos por um tecido que da sustentação e por um tecido adiposo (LEVY; BÉRTOLO, 2012).

A gordura e o tecido de sustentação são os elementos que proporcionam o formato da mama, eles que diferenciam se a uma mama será maior ou menor. A quantidade de tecido glandular é igual para as mamas grandes e pequenas e a quantidade de leite produzido é a mesma, independente do tamanho da mama (LEVY; BÉRTOLO, 2012).

A adenoipófise que está localizada na base do cérebro produz prolactina que é enviada até a mama através do sistema circulatório (LEVY; BÉRTOLO, 2012).

Figura 1- Desenvolvimento embrionário da Mama



Fonte: Bernardes (2011, p.167).

Desenvolvimento embrionário da mama. Estádios da formação do tecido glandular e do sistema de canais lactíferos a partir da ectoderme: 1) saliência ectodérmica (papila mamária futura); 2) mesoderme. A: espessamento ectodérmico primitivo. B: o espessamento ectodérmico envia para mesoderme cordões celulares na semana 12. C: os cordões canalizam para formar os canais lactíferos, estando nesta fase a papila futura escavada (BERNARDES, 2011, p.167).

As mamas são em pares e simétricas normalmente; os mamilos e aréolas podem ter redução ou aumento do número; quando há ausência do mamilo e aréola chama-se amastia; pode ser uni ou bilateral (BERNARDES, 2011).

As formas da mama podem ser variadas dentre elas estão: hemisférica, cônicas, cilíndricas (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009).

Quando há ausência da mama com presença somente do mamilo é denominado amazia. Atelia é denominado quando há presença da mama e ausência do mamilo (BERNARDES, 2011).

A mama é constituída: pelo tecido glandular epitelial, tecido celuloadiposo e tecido fibroso que transpassa e rodeia o tecido glandular. O tecido glandular é formado por 12 a 20 lobos, que são constituídos de lóbulos e os lóbulos por ácinos (BERNARDES, 2011).

A mama tem como função principal a produção do leite, que é produzido no lobo mamário, este é formado por 15 a 20 lóbulos mamários, podendo variar de acordo com o tamanho da mama (COSTA; MARTINS; DAL BOSCO, 2013).

O tecido adiposo está distribuído abaixo da pele, na parte central da glândula mamária, e atrás do tecido glandular, na frente do músculo peitoral (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009).

O tecido subcutâneo está localizado no meio da camada superficial e profunda da pele (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009).

O tecido interlobular é composto por depósitos de adipócitos e ductos, cada ducto acaba de forma independente na papila mamária (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009).

Os ductos são formados por uma película de células mioepiteliais, devido a isso tem sensibilidade á ação da oxitocina e reage com movimentos peristálticos. Esses movimentos são de extrema importância para ejeção do leite (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009).

Pelo canal lactífero que é um canal excretor, é drenado cada lobo; esses canais são sinuosos e são dirigidos para a base do mamilo (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015).

A aréola tem coloração mais escura em relação à pele vizinha, em mulheres jovens e nulípara a aureola tem coloração rosada; após a fecundação ela fica com a coloração amarelo-acastanhado (BERNARDES, 2011).

Durante a gravidez a aureola adquire uma coloração castanho-escura; após o aleitamento materno ela torna a ser mais clara (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015).

A aréola é composta 12 a 20 saliências em formas pequenas que são denominadas tubérculos areolares, que são glândulas sebáceas, elas são descritas como estruturas centrais entre glândula mamárias e glândulas sebáceas vulgares (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015).

A aréola é constituída de uma face posterior nela estão inseridas fibras musculares lisas que em seu número total é denominado como músculo subareolar; ele é mais desenvolvido na base do mamilo; é constituído por glândulas: sebáceas, sudoríparas e mamárias acessórias (BERNARDES, 2011).

As glândulas sudoríparas e mamárias acessórias são em número de quatro por mama com estrutura idêntica a glândula mamaria; estão localizadas por detrás do

músculo areolar e entre os lobos da glândula mamária principal (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015).

Durante o período gravídico os tubérculos areolares ficam mais volumosos; eles são denominados pelos obstetras como tubérculos areolares de Montgomery, esse aumento continua durante todo o aleitamento. Os tubérculos secretam uma secreção oleosa que tem o papel de lubrificar e fazer a proteção da aréola e do mamilo (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015).

A aréola é constituída de fibras musculares lisas, que espremem os ductos lactíferos no período da lactação e ocasionam ereção do mamilo em decorrência da sucção. (BERNARDES, 2011).

A aréola fica localizada no centro da mama, nesse local também está o que é denominado prega infra mamária, que consiste na junção da porção inferior da mama, com a porção anterior do tórax (COSTA; MARTINS; DAL BOSCO, 2013).

No final da gravidez ocorre o desenvolvimento mamário e a secreção do colostro esses sinais são percebidos pela maioria das mulheres grávidas (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009).

Após 30 a 40 horas do parto ocorre o início da saída do leite, esse fator depende da interação hormonal e estimulação da mama através da amamentação (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015).

A oxitocina é um hormônio que é responsável pela descida do leite, a estimulação do recém-nascido através da amamentação ajuda na produção desse hormônio (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009).

Quando o mamilo é comprimido ele ejeta um líquido que é parecido com o colostro; por esse fato vários autores as denominam glândulas mamárias rudimentares (BERNARDES, 2011).

Na gestação quando está próximo o período do nascimento, o hormônio responsável pela hipertrofia da glândula mamária do recém-nascido tanto menino quanto menina é o estrogênio (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015).

Às vezes é possível vê no recém-nascido, uma excreção de leite devido à presença de estrogênio que atravessa a placenta durante a gestação. Essa secreção não está

relacionada com a amamentação, podendo ser materna ou artificial (UYEDA; MARTINEZ, 2015).

Quando passa o efeito do estrogênio, a mama do recém-nascido volta ao seu estado de habitual (UYEDA; MARTINEZ, 2015).

Telarca prematura é o termo técnico que define o aumento anormal da mama. Acomete crianças com menos de 2 anos de idade, pode atingir uma ou as duas mamas, costuma desaparecer antes dos 5 anos, não está ligado com a alimentação da criança e não é motivo para fazer o desmame (UYEDA; MARTINEZ, 2015).

As mamas de uma mulher que não está grávida sofrem alterações durante o ciclo menstrual devido aos picos de hormônios que acontecem nesse período. Durante a metade do ciclo até a menstruação a presença de nódulos aumenta (ALBUQUERQUE; IKEDA; FIGUEIRÊDO, 2015).

Alguns dias antes da menstruação cerca de 3 a 4 dias, as mamas ficam enrijecidas, pesadas e doloridas. O tamanho da mama é menor do 4^o ao 7^o dia do ciclo menstrual (ALBUQUERQUE; IKEDA; FIGUEIRÊDO, 2015).

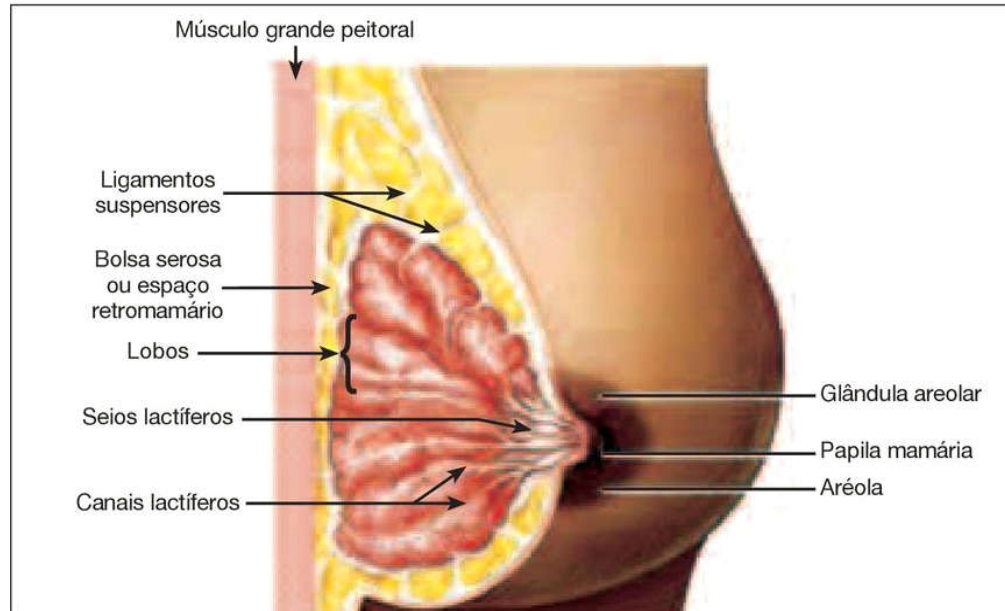
Na fase da puberdade acontece um aumento do estrogênio e em decorrência disso o aumento das células com desenvolvimento de estruturas túbulo alveolares nas pontas dos ductos, ocorrendo o aumento das mamas e a ramificação dos canais galactóforos (UYEDA; MARTINEZ, 2015).

O desenvolvimento mamário pode ser de forma assimétrica podendo ocorrer numa mama depois na outra, essas variações estão relacionadas à quantidade de tecido adiposo e não glandular (UYEDA; MARTINEZ, 2015).

No período do climatério ocorre a diminuição dos hormônios estrogênio e progesterona em decorrência disso acontece a redução das mamas (ALBUQUERQUE; IKEDA; FIGUEIRÊDO, 2015).

A glândula mamária no decorrer do tempo passa por várias mudanças funcionais e morfológicas, isso irá depender da fase que a mulher estará vivenciando. Existem alterações de tamanho e forma nas mamas de uma mulher, sendo normal uma mama ser maior que a outra (ALBUQUERQUE; IKEDA; FIGUEIRÊDO, 2015).

Figura 2 – Constituição anatômica da mama



Fonte: Bernardes (2011, p.169).

A vascularização arterial da mama vem das artérias torácicas superiores, torácica lateral, toraco-acromial, torácica interna e intercostais posteriores (BERNARDES, 2011).

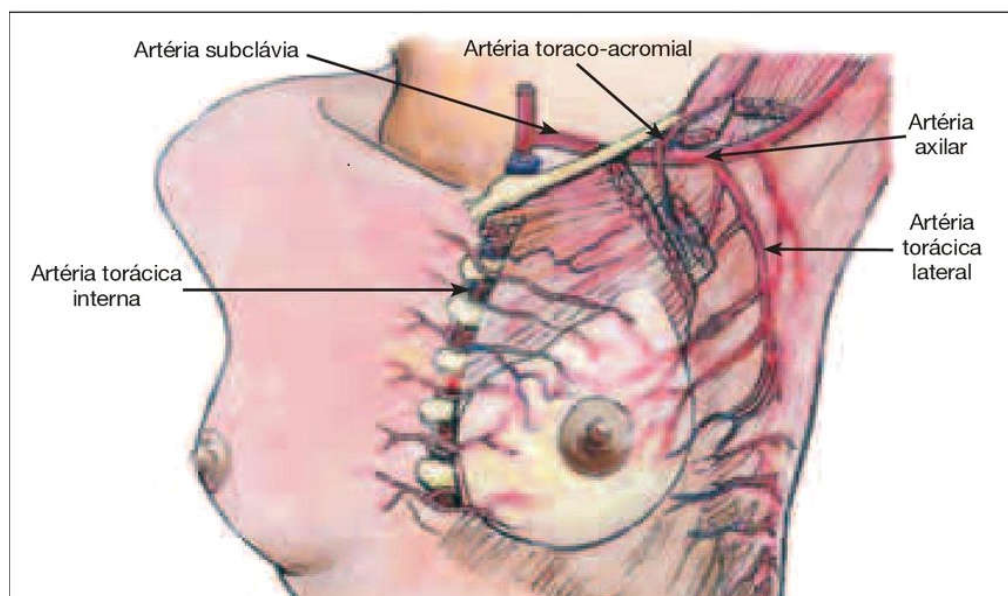
A artéria torácica superior, torácica lateral e toraco-acromial são ramos paralelos da artéria axilar. A torácica superior e o ramo torácico da toraco-acromial chegam à mama pela borda superior (BERNARDES, 2011).

A artéria torácica lateral provém ao longo do bordo lateral do músculo peitoral menor; entre o peitoral menor e o serratus anterior, ela dá início a ramos mamários laterais que atingem a mama pelo seu bordo lateral (BERNARDES, 2011).

A artéria torácica interna provém das cartilagens costais, ao longo do seu curso emite ramos penetrantes que atravessam de trás para frente os 2º, 3º, 4º espaços intercostais e o peitoral maior, dando início às artérias mamárias mediais que atuam na glândula pelo bordo medial (BERNARDES, 2011).

As artérias intercostais posteriores irradiam e emanam ramos cutâneos laterais, que originam as artérias laterais que atingem o bordo lateral da glândula (BERNARDES, 2011).

Figura 3 - Vascularização arterial da mama



Fonte: Bernardes (2011, p.171).

A drenagem linfática da mama ocorre com a linfa que é proveniente dos lobos; seu trajeto é feito da profundidade para a superfície através dos canais interlobares (BERNARDES, 2011).

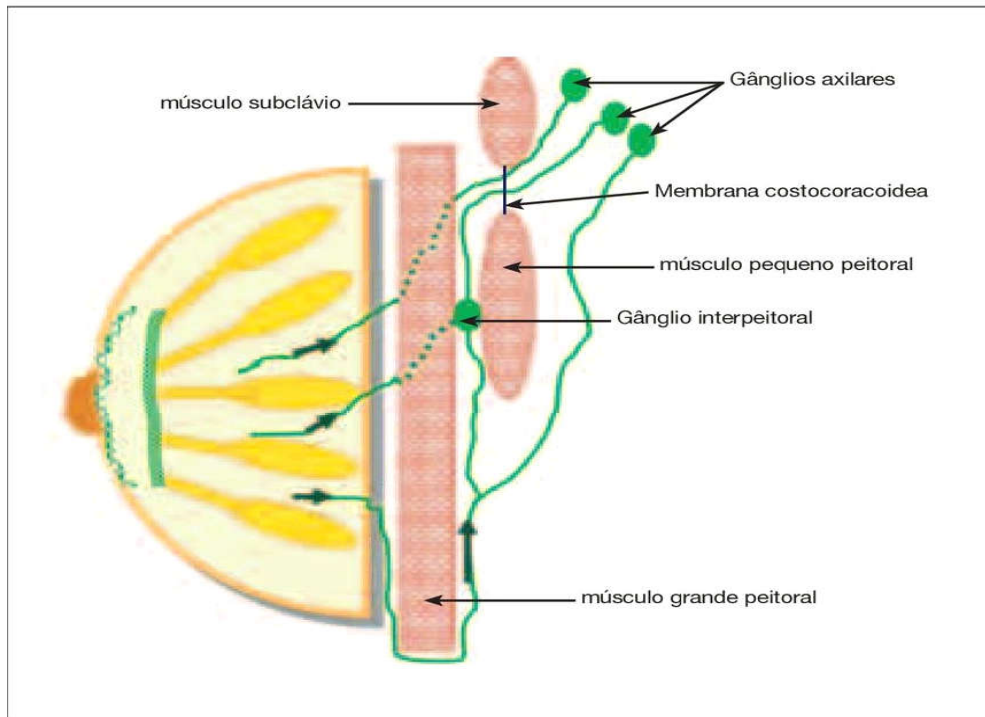
Os canais interlobares prosseguem pelos canais intercanaliculares ou interductais; seguem para ao plexo subareolar localizado no plano subdérmico retroareolar eles se comunicam com: o plexo areolar e o plexo circumareolar que são redes linfáticas (BERNARDES, 2011).

Por esse motivo uma injeção no nível do mamilo preenche as redes linfáticas interlobares (BERNARDES, 2011).

Existem particularidades da circulação linfática da mama: e principalmente centrípeta, ocasionando o acúmulo da linfa ao grau do plexo subareolar e o plexo subareolar é inter-relacionado com o plexo areolar; os linfáticos do parênquima são inter-relacionados com os linfáticos cutâneos (BERNARDES, 2011).

Os linfonodos mais importantes estão localizados da porção superior do tórax, encontrados na axila, clavícula, esterno e mamário interno. O sistema linfático da mama é distribuído nos plexos superficiais e profundos. O plexo superficial colhe a linfa que vem das partes centrais da mama, o plexo profundo drena os linfonodos subclávios (BIAZUS; MELO; ZUCATO, 2012).

Figura 4 - Circulação linfática da mama. Vias de drenagem acessórias (setas).



Fonte: Bernardes (2011, p.173)

A inervação das mamas vem dos: nervos simpáticos que atingem a glândula com as artérias que fazem a sua vascularização; os ramos cutâneos e os ramos laterais do 3º ao 6º nervos intercostais; ramos supraclaviculares do plexo cervical; ramos torácicos do plexo braquial (BERNARDES, 2011).

2.3 O CANCER DE MAMA

O câncer era considerado o castigo que eles tinham pelos pecados cometidos. Acreditavam que o doente podia alcançar o perdão de seus pecados, caso eles conseguissem aguentar o sofrimento que a doença causava (SILVA, 2008).

Acreditavam também que a mulher com câncer de mama deveria suportar a doença e o sofrimento de forma heroica até a sua morte e esse corpo em sofrimento tornava-se algo sagrado (SILVA, 2008).

Começaram a relacionar o câncer a fatores psicológicos; para eles a pessoa ideal para desenvolver o câncer seria uma pessoa: passiva, pouco emotiva, com baixa agressividade, depressão e dificuldade de ter vínculos afetivos. Nos movimentos

sociais da época, incentivavam as mulheres a serem mais ativas, agressivas e expressarem seus sentimentos para assim evitar o câncer (SILVA, 2008).

Na luta contra o câncer incentivavam o doente a: conhecer seu próprio corpo, falar abertamente sobre suas emoções, dúvidas, angústias e procurassem meios para se fortalecer a fim de enfrentar a doença. Após 1970, as experiências das mulheres com câncer passaram a ser publicadas em revistas (SILVA, 2008).

No Brasil as publicações eram sobre relatos da vida de mulheres que tiveram câncer de mama e foram submetidas à mastectomia; já as publicações estrangeiras abordavam todos os tipos de cânceres. Essas publicações apesar de expor a doença, a cirurgia, a dor e o sofrimento, serviam de benefício para a que leitora que estava passando pelo mesmo processo, melhorando assim a qualidade de vida e aumentando a esperança (SILVA, 2008).

O câncer de mama dentre os outros tipos de cânceres tem sido o de maior número de mortes no mundo. Por ano acontece 1 milhão de novos casos no mundo, isso faz com que o câncer seja mais comum entre o sexo feminino. No Espírito Santo representa 41,21% de casos para 100 mil mulheres, isso mostra que o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres (LEITE et al., 2011).

No Brasil a incidência do câncer de mama vem crescendo desde 1960. Existem vários fatores que aumentaram o número de incidência no Brasil, um deles é a industrialização em 1940, com a inserção da mulher no mercado de trabalho fazendo com que as mulheres da época engravidassem mais tarde; além disso, houve mudança nos hábitos alimentares devido ao trabalho onde muitos começaram a se alimentar de forma inadequada com comidas rápidas, e aumento da expectativa de vida no país (PEREGRINO et al., 2010).

O câncer de mama tem maior incidência em mulheres de boa condição econômica e social, esse fator está relacionado: a dieta rica em carboidratos e lipídios, ao estilo de vida, a utilização de terapia a base de hormônios e ao alcoolismo. Apesar desses dados a incidência de mortalidade é maior em mulheres de baixas condições sociais e econômicas, esse fator acontecesse devido à dificuldade no acesso a saúde pública dificultando assim o diagnóstico precoce e a adesão do tratamento (STEIN et al., 2009).

As taxas de mortalidade no país estavam relacionadas ao diagnóstico tardio da doença. Estima-se que 60% dos cânceres de mama no país sejam diagnosticados de forma tardia, nos estágios mais avançados da doença como o estágio III e IV (PEREGRINO et al., 2010).

Existem diversos fatores relacionados à causa do câncer de mama dentre eles estão: idade, sexo, classe econômica, fatores hereditários, fatores endócrinos, aleitamento materno, obesidade e exposição à radiação. Os mais importantes são: idade e sexo (STEIN et al., 2009).

O ganho de peso na pré-menopausa e na pós-menopausa é considerado um fator de risco (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

A ligação entre o ganho de peso e o câncer é mais forte quando a idade da primeira menstruação ocorre de forma tardia, e quando não se faz a terapia de reposição de hormônios, isso ocorre porque o ganho de peso é disfarçado pela primeira menstruação precoce devido à quantidade de hormônio acumulado e a terapia de reposição hormonal promove o aumento de estrogênio circulante isso disfarça os efeitos da adiposidade (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

A neoplasia de mama hereditária ocorre em idade mais jovem do que os outros tipos de cânceres; a prevalência do câncer de mama e em mulheres acima dos 50 anos as chances do câncer de mama ocorrer antes dos 50 anos é de 2 % (SILVA et al., 2016).

A incidência da neoplasia mamária está diretamente relacionada com a idade estima-se que em mulheres com faixa etária de 20 a 30 anos, ocorra menos de 10 casos a cada 100.000 mulheres. E em mulheres com mais de 60 anos ocorra 200 casos a cada 100.000 mulheres (STEIN et al., 2009).

O fator de risco principal do câncer de mama na maioria das mulheres está relacionado ao aumento da idade, em decorrência disso 85 % dos casos de neoplasia mamária ocorrem em mulheres acima dos 50 anos (STEIN et al., 2009).

Em mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos a incidência do câncer de mama é de 10% e em mulheres com menos de 40 anos e de 5% (STEIN et al., 2009).

As mulheres com mutação nos genes BCR1 e BCR2 possuem 33 a 50 % de chances de desenvolver neoplasia de mama (SILVA et al., 2016).

O sexo é um dos fatores de risco mais importantes do câncer mama. A incidência do câncer de mama é de 100 vezes maior nas mulheres do que nos homens (STEIN et al., 2009).

O desenvolvimento do câncer de mama está relacionado ao aleitamento materno; a amamentação é um fator de proteção para a mulher. Quanto mais longo o período que a mulher amamentar, maior será sua proteção (STEIN et al., 2009).

A redução do aleitamento materno, que ocorre tipicamente em mulheres que vivem em países desenvolvidos, é um fator que desencadeia a alta incidência de câncer de mama (STEIN et al., 2009).

Outro que desencadeia o câncer é a utilização de hormônios, através da pílula anticoncepcional e através da reposição hormonal principalmente a associação de estrógeno e progesterona (STEIN et al., 2009).

Devido a esses dados, o câncer de mama é considerado um problema de saúde pública, pelo número de casos que aumentam a cada ano e pelo gasto financeiro que é investido em diagnóstico e tratamento (FELIX et al., 2012).

O carcinoma de mama é uma patologia com alta complexidade, evolui lentamente ou de forma rápida, dependendo do tempo de duplicação da célula e a relação com outros fatores como: fator hereditário, parto tardio, menopausa tardia, obesidade e primeira menstruação precoce (JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008).

A neoplasia de mama é o câncer que as mulheres mais temem devido a sua alta incidência e suas consequências psicológicas como: ansiedade, angústia, dor e temor às recidivas. Também tem o medo da forma como ela vai se perceber após iniciar o tratamento (SILVA; RIUL, 2011).

Esse tipo de câncer representa o primeiro lugar de cirurgias realizadas por ano no Brasil. Essas cirurgias acarretam medo entre as mulheres, causam diversas alterações psicológicas como: medo, ansiedade, insegurança e diminuição da autoestima, afetando sua sexualidade além de afetar sua mobilidade física (JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008).

A detecção precoce está relacionada com as chances de cura; quanto mais rápido for a detecção dos tumores em sua fase inicial melhor será o tratamento, e maior é a

probabilidade de realizar a cirurgia curativa e evitar a disseminação da doença (TRUFELLI et al., 2008).

A assistência com o fisioterapeuta no pré e no pós-operatório faz com que a recuperação seja mais eficiente e previne complicações ocasionando assim numa melhor qualidade de vida (JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008).

2.3.1 Epidemiologia do câncer de mama

A neoplasia de mama tem ocasionado um grande impacto na sociedade mundialmente, devido as suas elevadas taxas de novos casos e elevadas causas de morte em mulheres, além do desgaste físico e mental que é causado nessas mulheres acometidas por esta neoplasia (OLIVEIRA et al., 2009).

Na atualidade existem 1,1 milhão de mulheres que foram diagnosticadas com câncer de mama em todo mundo. Isso representa a incidência aproximadamente de 10% e a prevalência de 23%; essa taxa vem aumentando a cada ano. Devido a esse fator e pelos gastos financeiros com diagnóstico e tratamento o câncer de mama é considerado um problema mundial de saúde pública (SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

A neoplasia de mama é mais frequente entre as mulheres, corresponde a um percentual de 20% de todos os cânceres do mundo. Nas últimas décadas o número de pessoas com câncer de mama vem subindo, passando de 572 mil casos (1980) para 1,5 milhão, em 2002 (MARTINS et al., 2009).

As maiores taxas de câncer de mama no mundo estão localizadas em países desenvolvidos como: América do Norte 99,4 a cada cem mil habitantes, oeste da Europa e Austrália e Nova Zelândia 84,6 a cada cem mil habitantes (MARTINS et al., 2009).

O câncer causa por ano mais de 7,6 milhões de mortes, representa 13% de mortalidade pelo mundo (BRANDÃO et al., 2010).

Estima-se que o câncer de mama em 2008, tenha causado a morte de 458 mil mulheres no mundo (PINHEIRO et al., 2013).

No período de 1975 a 2003 em Xangai (China) houve um aumento do índice de câncer de mama em mulheres de 20,16 para 71,46/100.000. Nos últimos 30 anos

ocorreram o aumento de 27,3 bilhões (1978) para 1,036 trilhões (2003) do produto interno bruto (PIB) (TIEZZI et al., 2009).

Houve um aumento significativo de 3% nas taxas de novos casos de câncer de mama de acordo com o Instituto Nacional de Câncer nos Estados Unidos no período 1990 a 2000, esses dados têm relação com a melhoria realizada nos programas de rastreamento de câncer de mama (TIEZZI et al., 2009).

Na China em Xangai, houve uma queda na taxa de fertilização; em 1955 a taxa era de 6,4 em 2006 passou a ser 0,81. Durante esse mesmo período houve uma queda na taxa de atividade física nessa população, resultando num aumento da prevalência da obesidade; esses fatores são considerados de risco para o câncer desenvolvimento do câncer de mama (TIEZZI et al., 2009).

Na década de 70, começou a ter um alto índice de mortes relacionadas ao câncer de mama no Brasil, um percentual de 15,5% comparado aos outros países (OLIVEIRA et al., 2011).

No Brasil o câncer de mama é a segunda causa de mortalidade entre mulheres, e o câncer que tem maior incidência no sexo feminino principalmente nas regiões: norte, nordeste, sudeste e sul (MOURÃO et al., 2016).

As taxas de mortalidade no Brasil têm um percentual maior nas regiões Sul e Sudeste, onde são registrados mais casos de câncer de mama, e em locais onde há dificuldades de recursos médicos de diagnósticos e tratamento. Existem regiões onde a população não tem acesso a esses recursos aumentando assim a morbidade e mortalidade (OLIVEIRA et al., 2011).

Na região sul do Brasil o câncer de mama é o segundo tipo de câncer que mais acomete as mulheres, o primeiro é o de pele não melanoma. O câncer de mama nessa região tem um risco de 67,09/100 mil mulheres (SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

No Brasil existe um aumento das taxas de mortalidade e morbidade decorrentes do câncer de mama, isso acontece devido à dificuldade no acesso a detecção precoce e também devido à falta de aceitação dos recursos diagnósticos e formas de tratamento por parte de várias mulheres (PINHEIRO et al., 2013).

A neoplasia mamária no Brasil atinge grande parte da população feminina jovem e é descoberto na maioria das vezes em estagio avançado (PINHEIRO et al., 2013).

Estudos feitos no Brasil mostraram que 60 a 70 % dos casos de neoplasia mamária eram diagnosticados em estágios mais avançados da doença (MARTINS et al., 2009).

No Brasil os programas de rastreamento são mais lentos em relação aos países desenvolvidos, o estilo de vida dos brasileiros favorece para o surgimento da doença (TIEZZI et al., 2009).

Os países desenvolvidos têm alta incidência de câncer de mama, porém sua taxa de mortalidade é menor devido à qualidade do tratamento oferecido e agilidade no rastreamento (PINHEIRO et al., 2013).

Um programa eficaz de rastreamento e o sub-registro dos casos atuam com grande influência nos perfis de mortalidade e morbidade do câncer de mama no Brasil, e em outros locais do mundo (OLIVEIRA et al., 2011).

Em países em desenvolvimento a sobrevida é menor devido falha no rastreamento e tratamento tardio, isso resulta em altas taxas de mortalidade no mundo (SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

Em países ocidentais a neoplasia de mamária é também é um fator que causa altas taxas de mortalidade. Nas décadas de 60 e 70 foram registrados um aumento de 10% sobre as taxas de incidência desses países (MOURÃO et al., 2016).

O risco se eleva de acordo com a idade; foram registrados vários casos em mulheres acima de 50 anos de idade (MOURÃO et al., 2016).

O câncer de mama não é comum em mulheres jovens; no Brasil ele representa 5% a 7% dos casos, esse tipo de câncer não tem bom prognóstico, pois na maioria das vezes ele é assintomático, apresentando sintomas somente quando seu estágio está mais avançado, dificultando assim as chances de tratamento e cura da doença (PINHEIRO et al., 2013).

Estudos epidemiológicos mostram que o surgimento e a sobrevida do câncer de mama estão relacionados com diversos fatores sendo eles: social, econômicos e demográficos. Pacientes com nível social e econômico elevado consegue realizar o diagnóstico de forma mais precoce, e conseguem ter melhor resposta ao tratamento, uma vez que tem fácil acesso a saúde, não dependendo do sistema público (SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

Após a diminuição de mulheres em uso de reposição de hormônios houve uma queda das taxas de pacientes de alguns países do mundo. No Brasil houve redução de 20 % das taxas devido a este fator (PINHEIRO et al., 2013).

Pesquisas apontam que a raça tem ligação com as taxas de mortalidade, mesmo quando há controle do tumor, pacientes com descendência africana tem um risco mais elevado para mortalidade (SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

Outros estudos mostram a incidência de câncer de mama invasivo quando se trata de mulheres jovens < 35 anos. A incidência e mortalidade por câncer de mama invasivo em mulheres de raça negra < 35 é o dobro em relação às mulheres de raça branca (PINHEIRO et al., 2013).

Em relação à sobrevida dos pacientes, estudos mostram que paciente com idade < 30 anos tem uma sobrevida menor quando acometidas pelo câncer de mama, já pacientes com mais de 70 anos tem a sobrevida maior em relação as menores de 35 anos (SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

As chances de vida após cinco anos da doença são de 65% em países desenvolvidos e 56% em países em desenvolvimento, no Brasil essas taxas são elevadas por não ter um programa eficaz de rastreamento (OLIVEIRA et al., 2009).

Pacientes de 40 a 49 anos, quando acometidas pela neoplasia tem a melhores chances de sobrevida (SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

O nível de ensino pode interferir no conhecimento de medidas de prevenção do câncer de mama e também na detecção precoce (PINHEIRO et al., 2013).

2.3.2 Diagnóstico

Para que se tenha o diagnóstico, antes deve ser feito a detecção. A detecção precoce baseia-se na teoria de que quanto mais cedo à detecção mais eficaz será o tratamento (STEIN et al., 2009).

O propósito da detecção precoce é identificar lesões pré-cancerosas ou o câncer no seu local de origem, antes de ocorrer à disseminação para outros órgãos. Quando é feito o diagnóstico precoce aumentam as chances de cura, além de um tratamento eficaz (STEIN et al., 2009).

O diagnóstico precoce é quando ocorre a identificação de sinais e sintomas iniciais do câncer pelo paciente ou profissional de saúde. Esse fator é de extrema importância para evitar o avanço da doença e redução de custos de tratamentos (STEIN et al., 2009).

A única forma de diminuir os casos de mortalidade e morbidade por câncer de mama é através do rastreamento que é realizado pelo exame clínico da mama e por meio de mamografia. O exame clínico da mama deve ser realizado junto com a anamnese detalhada de maneira sistemática, realizado em todas as consultas clínicas independente da idade da mulher (LEITE et al., 2011).

O rastreamento é uma estratégia de saúde onde é feito exames numa determinada população aparentemente sem sintomas. Tem o objetivo de fazer a identificação de pessoas com alguma alteração que pode sugestionar um tipo de câncer no período pré-patogênico. Após a identificação os pacientes devem prosseguir com o rastreamento até a confirmação ou descarte do diagnóstico da doença (STEIN et al., 2009).

Existem dois tipos de rastreamento um deles é oportunístico que é feito de forma não planejada, geralmente quando o paciente procura o serviço de saúde para uma consulta de rotina ou por outro motivo, e o profissional de saúde faz a solicitação de exames (STEIN et al., 2009).

O rastreamento organizado é quando é feita uma solicitação de exames através de um programa sistematizado para uma determinada população de risco. Todas as pessoas consideradas com o risco devem ser rastreadas, o programa só é considerado eficaz quando cobre 70% daquela população. O programa deve cobrir diagnóstico, tratamento além de dar continuidade no que for necessidade do paciente (STEIN et al., 2009).

A mamografia é considerada o principal exame de diagnóstico de câncer de mama, pois ela diagnostica o câncer no seu estágio inicial sem ainda apresentar alterações palpáveis (PEREGRINO et al., 2010).

A mamografia é descrita como o exame mais confiável para detecção do câncer de mama. Os cânceres que evoluem lentamente podem identificados através da mamografia 2 anos antes de alcançarem o tamanho que permita a identificação através da palpação (STEIN et al., 2009).

O rastreamento realizado através da mamografia é um exame radiológico das mamas e tem como finalidade detectar o câncer de mama em seu início ainda não palpável e é indicado para mulheres entre 50 a 69 anos anualmente com intervalo máximo de 2 anos entre os exames; no caso de grupo de risco o exame deve ser iniciado aos 35 anos (LEITE et al., 2011).

Com esse rastreamento através da mamografia, estima-se uma redução de 35% da mortalidade por câncer de mama (STEIN et al., 2009).

É recomendado o rastreamento através da mamografia em mulheres com casos de câncer de mama na família por parte de mãe, em idades 10 anos menor do que a idade em que houve diagnóstico em sua família (CAMARGO JÚNIOR, 2014).

A mamografia tem um custo elevado sendo realizado apenas em mulheres com idade entre 50 e 69 anos, só é recomendado aos 35 quando a mulher está no grupo de risco. A mamografia faz identificação de lesões que não são percebidas no exame clínico (PEREGRINO et al., 2010).

A sociedade Brasileira de Mastologia recomenda que seja feita a mamografia unilateral (que é feita para diagnóstico) em qualquer idade desde que apresente sintomas ou histórico de neoplasia de mama na família e mamografia bilateral (rastreamento) bianual a partir dos 50 a 69 anos (PEREGRINO et al., 2010).

A ultrassonografia é recomendada para mulheres com menos de 35 anos, sendo também indicado para mulheres que tem as mamas densas, nódulos palpáveis, e grávidas sintomáticas (SILVA; RIUL, 2011).

O ultrassom tem boa capacidade de detecção do câncer, porém esse método aumenta o número de falsos positivos. Este exame é de fácil manejo, pouco invasivo e de baixo custo além de ter um acesso facilitado pelos usuários (CAMARGO JÚNIOR, 2014).

As desvantagens do ultrassom são: a qualidade que nem sempre é ideal e a falta de critérios para avaliar a qualidade (CAMARGO JÚNIOR, 2014).

Na literatura não há estudo que aponte a ultrassonografia como um método eficaz no rastreamento do câncer de mama, pois ela não faz a identificação de microcalcificações, e tem elevada taxa de falso-positivo e falso-negativo (STEIN et al., 2009).

A ressonância magnética como rastreamento do câncer é bastante eficaz, porém deve ter um serviço de qualidade, sendo fundamental que tenham aparelhos adequados, possibilidades de oferecer biópsia orientada por ressonância magnética no próprio local, de fácil acesso e controle de qualidade epidemiológico (CAMARGO JÚNIOR, 2014).

A detecção de carcinoma invasivo através da ressonância magnética tem altas taxas (até 100%), mas a especificidade desse exame é muito variável em torno de 37% e 97 %. Devido a esses fatores não há certeza que esse exame reduza a mortalidade por câncer de mama (STEIN et al., 2009).

Existem algumas recomendações para os exames de rastreamento como: não fazer mamografia em mulheres com menos de 40 anos em alto risco caso a primeira mamografia aponte mamas densas; não utilizar o rastreamento de ultrassom associado à mamografia em mulheres de mamas densas em qualquer idade; não realizar o rastreamento por meio de ultrassom associado a ressonância magnética até que tenha em mão dados epidemiológicos de avaliação da ressonância magnética (CAMARGO JÚNIOR, 2014).

As mulheres devem ter conhecimento do seu corpo, a fim de perceber qualquer tipo de alteração, é recomendado que os profissionais de saúde ajudem as mulheres a detectar anormalidades em sua mama. Apesar desses fatores não há dados de que o autoexame reduza a mortalidade, apenas estudos que mostram que esse tipo de exame gere dúvidas e ansiedades nas pacientes (STEIN et al., 2009).

O autoexame da mama não é mais recomendado como forma de detecção precoce pelo Conselho de Controle do Câncer de Mama, mais apesar disso uma pesquisa revelou que mulheres que tem a prática de fazer o autoexame com frequência, tem facilidade em perceber alguma alteração em sua mama; essas mulheres que tem essa prática apresentam tumores em estágio mais favorável em relação às mulheres não realizam o autoexame devido ao diagnóstico mais precoce (LEITE et al., 2011).

Um dos meios mais eficazes para detectar o câncer de mama é o autoexame mesmo não sendo mais recomendado, esse exame não tem contraindicação e faz com que a mulher participe no controle de sua saúde, ele deve ser realizado uma vez por mês entre o sétimo e o décimo dia após o período menstrual, nesse período

a mama não esta dolorida, além de estar menor e menos consistente (SILVA; RIUL, 2011).

Nos casos onde não há menstruação como a histerectomia total, o exame deve ser realizado todo mês, sempre na mesma data. As desvantagens deste exame é que a pessoa tem uma falsa segurança nos exames falso-negativos (SILVA; RIUL, 2011).

O ECM (exame clínico da mama) faz parte do exame integral à mulher; ele deve ser inserido no exame físico e deve ser realizado junto com o exame ginecológico de todas as mulheres, independente da idade (SILVA; RIUL, 2011).

O ECM abrange a inspeção, palpação e o registro do que foi achado durante o exame (STEIN et al., 2009).

A inspeção estática é feita com a paciente sentada com os braços abaixados ao longo do corpo, já a inspeção dinâmica, a paciente eleva os membros superiores acima da cabeça e inclina o tronco para frente. Nesse período o examinador deve observar algum tipo de retração, a cor do mamilo, assimetria da mama, alguma presença de massa visível ou depressão, secreção mamilar, nevos cutâneos entre outros achados (STEIN et al., 2009).

Na palpação o examinador deve começar pelos linfonodos: axilares, supraclaviculares e infraclaviculares nesse exame a paciente pode esta deitada ou sentada. É importante que a paciente esteja relaxada na hora do exame para que não haja músculos contraídos, podendo ser confundidos com linfonodos infartados (STEIN et al., 2009).

A melhor posição para que o paciente fique durante o exame da mama é decúbito dorsal, o profissional de saúde deve se posicionar-se no lado a ser examinado, deve utilizar as pontas dos dedos fazendo movimentos circulares no sentido horário não esquecendo nenhum quadrante (STEIN et al., 2009).

O mamilo deve ser pressionado para ver se a presença de algum tipo de secreção, após esses procedimentos deve ser relatado todos os achados clínicos (STEIN et al., 2009).

Após os 40 anos a mulher deve realizar o exame clínico da mama anualmente, e a mamografia a cada dois anos. Após os 50 anos a mulher deve realizar o exame clinico da mama e a mamografia anualmente (SILVA; RIUL, 2011).

Algumas pacientes devem ser avaliadas de forma minuciosa como: gestantes, puérperas, e pacientes com história de câncer de mama na família (STEIN et al., 2009).

O diagnóstico precoce do câncer de mama diminui as taxas de mortalidade e melhora a expectativa de vida de mulheres na faixa etária de 50 até 74 anos (STEIN et al., 2009).

O diagnóstico do câncer de mama é vivenciado por um período de angústia e sofrimento já que no Brasil o câncer está relacionado à morte, essa relação é histórica, pois há tempos atrás, a paciente portadora de câncer, tinha poucas chances de se curar, as cirurgias eram mutiladoras e faltava tratamento eficaz (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

Com o avanço da medicina, as mulheres conquistaram maiores chances de tratamento e de retomar suas vidas. As mulheres ao receberem o diagnóstico do câncer sentem medo, insegurança, pois não pensam somente nelas, mas em seus familiares (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

Há décadas as mulheres têm o papel de cuidar e elas reforçam isso mostrando em suas atitudes. A mulher tem o dom de acalentadora, de centrada, e de dizer que tudo vai dar certo, esse cuidado que elas têm para com seus entes queridos é que dá a ela determinação para realizar o tratamento e decretar sua melhora (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

Ao serem diagnosticadas algumas pacientes relatam não ter tido consciência do que estava ouvindo, pois eram muitas informações ligadas às questões cirúrgicas e termos desconhecidos; isso causava nelas insegurança e medo, aumentando sua incerteza em relação à vida que levariam dali para frente (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

Muitas pacientes tiveram a percepção de enfrentar o problema, buscando a cura como a principal meta, e viram que poderia alcançar de várias maneiras; confiando na medicina e seus tratamentos e através do apego a sua fé (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

A fé em Deus foi a principal alternativa que muitas delas encontraram para enfrentar o tratamento. Investir na busca divina é algo que muitos pacientes oncológicos

fazem. Através da fé elas conseguem ter uma esperança e períodos de paz em meio ao sofrimento e dor (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

Após a realização de exames para a detecção do tumor, deverá ser feita a biópsia da lesão. O estadiamento da doença é um dos fatores mais importantes para determinar o prognóstico do paciente, devido a isto, o atraso no diagnóstico permite que haja crescimento do tumor e diminuição das chances de cura (TRUFELLI et al., 2008).

O tempo para diagnóstico e tratamento do câncer de mama vai depender da região do país, devido ao fator geográfico e econômico da região. Locais em que o diagnóstico é mais rápido possibilitam dar início ao tratamento o quanto antes, aumentando as chances de recuperação do paciente (TRUFELLI et al., 2008)

Estudos mostram que o diagnóstico e o tratamento precoce do câncer de mama podem reduzir a taxas de morte. Atrasos entre o primeiro sintoma da doença e o tratamento estão ligados à taxa de diminuição da sobrevivência dessas pacientes (TRUFELLI et al., 2008).

O atraso de 6 a 12 meses no diagnóstico do câncer de mama sem sintomas está ligado ao avanço da doença, devido ao aumento das chances de desenvolver metástase linfonodal e crescimento do tumor. Existem estudos que afirmam que atrasos maiores que dois meses entre o primeiro sintoma detectado pelo médico e o diagnóstico definitivo não afetam o prognóstico do paciente com câncer de mama (TRUFELLI et al., 2008).

2.3.3 Tratamento do câncer de mama

Os tratamentos disponíveis para o câncer de mama são considerados complexos, sendo eles: quimioterápico, cirúrgico, radioterápico, imunoterápico e a base de hormônios (TARTARI; BUSNELLO; NUNES, 2010).

Esses tipos de tratamento causam consequências físicas e psicológicas que prejudicam a vida das pacientes, essas consequências são: sangramentos, complicações cicatríciais, perda parcial da sensibilidade, dores pelo corpo, redução do movimento, comprometimento da capacidade respiratória (LAHOZ et al., 2010).

Existem vários efeitos colaterais que são causados pela: radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. Sendo eles: fadiga, disfunção cognitiva, aumento do peso, diminuição do desejo sexual entre outros (SANTOS; VIEIRA, 2011).

2.3.3.1 Quimioterapia

A quimioterapia consiste em um tratamento feito com quimioterápicos que tem como função destruir células malignas e como consequência impedir a formação de um novo ácido desoxirribonucleico (DNA) (TARTARI; BUSNELLO; NUNES, 2010).

Os quimioterápicos podem afetar outros tecidos do corpo mais em graus diferentes (TARTARI; BUSNELLO; NUNES, 2010).

Segundo Lopes, Chammas e Iyeyasu (2013) uns dos principais quimioterápicos usados no tratamento da quimioterapia são:

- Os agentes alquilantes: medicamento antineoplásico mais antigo promove a quebra na sequência de moléculas no DNA.
- Os análogos de platina que agem impedindo a replicação do DNA e RNA, eles foram desenvolvidos para diminuir efeitos colaterais, nefrotoxicidade e ototoxicidade.

Os medicamentos usados na quimioterapia impedem o crescimento e divisão das células, porém esses medicamentos não são seletivos podendo atingir também as células saudáveis, como as células: do tecido hematopoiético e linfa, além de células do tecido germinativo entre outras (BARRETO; AMORIM, 2010).

Os quimioterápicos causam diversas reações como: hepatotoxicidade, toxicidade do pulmão, toxicidade dos rins, reações alérgicas e anafiláticas (SAWADA et al., 2009).

O tratamento com quimioterápico diminui as ocorrências de recidivas e proporciona um aumento na sobrevivência dos pacientes que fazem esse tipo de tratamento (SAWADA et al., 2009).

Quimioterapia pode ser dividida em quatro tipos: neoadjuvante, curativo, adjuvante e paliativo, A neoadjuvante é feita para diminuir o tamanho da neoplasia e facilitar seu controle, ela é feita antes do tratamento principal (BARRETO; AMORIM, 2010).

A forma de tratamento em maior parte dos casos é neoadjuvante: quimioterapia e cirurgia (BRANDÃO et al.,2010).

Somente a cirurgia de retirada do tumor não é o suficiente, pois pode acontecer recidiva da doença devido a possíveis micro metástase ocultas. Devido a esse fato é necessário após a cirurgia que seja feito a quimioterapia para acabar com essas micro metástase, para que diminua as chance de recidivas (SAWADA et al., 2009).

O tratamento curativo da quimioterapia dura nos adultos cinco anos e a dosagem é alta, sua durabilidade é maior para acabar com todas as células tumorais e impedir a formação de novas células, porém ele é bastante agressivo e causa muito sofrimento nos pacientes (BARRETO; AMORIM, 2010).

Quimioterapia utilizada como o tratamento paliativo é feito com baixas doses somente para controlar o tamanho do tumor e reduzir os sintomas, ocasionando uma melhora na vida dos pacientes que necessitam desse tratamento (BARRETO; AMORIM, 2010).

A quimioterapia causa vários efeitos indesejáveis nas pacientes como: náuseas, vômitos, alopecia, dor, sensibilidade à luz entre outros (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Os medicamentos quimioterápicos também podem causar: alterações do paladar, inflamação das mucosas orais, estomatite, além de diarreia e prisão de ventre. Devido a esses fatores o paciente pode perder a vontade de se alimentar, e como consequência pode ter uma desnutrição. A desnutrição é uma das causas principais de morbidade e de mortalidade (TARTARI; BUSNELLO; NUNES, 2010).

Existem alguns quimioterápicos que podem causar aumento do apetite e retenção hídrica, esses fatores podem influenciar no aumento de peso de muitos pacientes que fazem o uso desses quimioterápicos (TARTARI; BUSNELLO; NUNES, 2010).

2.3.3.2 Radioterapia

Outro tratamento para o câncer de mama é a radioterapia, onde é emitido radiação no local onde estão as células malignas, causando destruição das mesmas e impedindo sua replicação. A radioterapia não agride tanto as células normais quanto á quimioterapia, pois sua radiação é dirigida somente ao local a qual estão às células malignas (BARRETO; AMORIM, 2010).

A radioterapia com o passar dos meses ou anos pode causar danos a tecidos saudáveis, esses danos são denominados tardios e podem ser: boca seca, cárie de radiação, inflamação da mucosa da boca e garganta, alteração no paladar e osteorradionecrose (CACCELLI; PEREIRA; RAPOPORT, 2009).

Existem duas formas de radioterapia: a curativa que tem maior durabilidade (mais de um mês) e tem como objetivo a cura do câncer, e a paliativa indicada para pessoas com câncer em estágio mais avançado onde não há possibilidade de cura. Ela pode ser de curto prazo ou com maior durabilidade, tem como objetivo a diminuição da dor e do sangramento causado pelo tumor (MUNIZ; ZAGO, 2008).

A radioterapia produz efeitos colaterais indesejáveis que são: fadiga, radiodermatite, diarreia, náuseas e falta de apetite, esses efeitos aparecem após a segunda semana da radioterapia (MUNIZ; ZAGO, 2008).

É essencial prevenir e controlar esses efeitos, pois eles podem impedir a continuidade do tratamento de forma temporária ou definitiva, além de desencorajar o paciente a dar continuidade ao tratamento, comprometendo o controle do tumor (LEITE et al., 2013).

Um dos efeitos que mais acomete as pacientes e que causa maior incômodo é a inflamação na mucosa da boca e garganta, pois evolui para: odinofagia, dificuldade de deglutição além de infecções por micro-organismos oportunistas (CACCELLI; PEREIRA; RAPOPORT, 2009).

2.3.3.3 Imunoterapia

A imunoterapia consiste no tratamento baseado em substâncias que modificam a resposta imunológica. Esse tratamento estimula o sistema imunitário a produzir anticorpos monoclonais, que agem causando a destruição das proteínas inseridas nas células tumorais (GUIMARÃES; SILVA; RANGEL, 2008).

Existem quatro formas de imunoterapia que são: passiva, ativa, específica e inespecífica. A forma ativa estimula a resposta do sistema imune contra o tumor, à forma passiva é feita com uma molécula efetora do sistema imune que age na destruição do tumor; a forma inespecífica eleva a atividade do sistema imune, fazendo com que a resposta no controle tumoral seja eficaz; a resposta específica é

dirigida contra o tumor ativamente (pela vacinação) ou passivamente por anticorpos monoclonais (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013).

Na imunoterapia os anticorpos se ligam as proteínas das células tumorais causando a: inibição da proliferação e morte das células (RODRIGUES et al., 2012).

As imunoglobulinas estimulam o sistema complemento contra células que formam o tumor e promovem a indução de citotoxicidade mediada por anticorpos (RODRIGUES, 2013).

Os anticorpos têm o tempo de ação prolongado no soro, isto é um dos fatores que fazem da imunoterapia um tratamento vantajoso. Esses anticorpos permanecem circulantes nos fluidos do corpo por um longo período, esse fator permite aos anticorpos agir de maneira efetiva contra o tumor (RODRIGUES et al., 2012).

A imunoterapia provoca reações adversas desagradáveis como: alergias, náuseas, diarreias, vômitos, problemas dermatológicos e cardíacos (GUIMARÃES; SILVA; RANGEL, 2008).

2.3.3.4 Hormonioterapia

Os primeiros tratamentos com hormonioterapia eram realizados com altas doses de hormônios como: estrógenos, andrógenos e progestágenos, porém eles não tinham tanta eficácia e causavam muita toxicidade (LEAL; CUBERO; GIGLIO, 2010).

Os hormônios estrógenos, andrógenos e progestágenos eram usados como primeira escolha no tratamento paliativo do câncer de mama em metástase, porém devido a sua complexidade e com o surgimento de fármacos mais eficazes e menos tóxicos foram substituídos por fármacos como o tamoxifeno (LEAL; CUBERO; GIGLIO, 2010).

O tamoxifeno é um modulador seletivo dos receptores de estrogênio ele é ligado ao receptor tumoral para estradiol, competindo com o estradiol; é indicado para mulheres na pré e pós-menopausa (LEAL; CUBERO; GIGLIO, 2010).

As reações adversas do tamoxifeno são: fogacho, sudorese, e secreções vaginais pode também ocorrer efeitos raros como acidente vascular encefálico; muitas pacientes relatam que após o uso do tamoxifeno tiveram aumento do peso corporal,

esse aumento do peso ocorre mais em mulheres na pré-menopausa (LAGARES et al., 2013).

2.3.3.5 Cirurgia

A cirurgia é a forma mais antiga utilizada no tratamento contra o câncer; ainda é considerada a única capaz de proporcionar a cura. Uma das vantagens do tratamento cirúrgico é a avaliação segura da extensão tumoral, e as desvantagens são os riscos de morbidades que provém da cirurgia como: perda da função ou deformidades e a incapacidade de cura de metástase à distância (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013).

Existem várias formas de cirurgia para o tratamento do câncer de mama podendo ser: conservadora ou não conservadora. O tipo de cirurgia dependerá do estadiamento e do local onde está localizado o tumor (PEREIRA; BRAGA, 2016).

A mastectomia é o procedimento mais usado para o tratamento da neoplasia mamária. Para que seja totalmente eliminado as células do câncer é necessário além do tratamento cirúrgico uma associação com outra forma de tratamento que pode ser: radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia; esses tratamentos proporcionam um aumento das chances de complicações físicas e psicológicas. Esses fatores influenciam a qualidade dessas pacientes (FURLAN et al., 2013).

O tratamento cirúrgico vai depender do estadiamento do tumor. Poderá ser cirurgia conservadora com ressecção de uma parte da mama com a remoção de gânglios axilares ou linfonodo sentinela; podendo ser também cirurgia não conservadora que consiste em várias formas de mastectomia (MELO et al., 2011).

Uma das técnicas cirúrgicas que foi mais utilizada nos anos 80 foi a mastectomia radical. O objetivo dessa cirurgia é a retirada total da mama mais os músculos: grande peitoral e peitoral menor, agregada a linfadenectomia axilar completo (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013).

Existe também a mastectomia radical alargada que consiste na extração dos linfonodos paraesternais e dos linfonodos supraclaviculares. Esta cirurgia é indicada quando o tumor está localizado nos quadrantes mediais da mama. Outra técnica

bastante utilizada é a mastectomia radical modificada: cirurgia na qual é preservado o músculo grande e pequeno peitoral, essa cirurgia tem o resultado similar à mastectomia radical, porém é menos agressiva (GOUVEIA et al., 2008).

Outro tipo de tratamento cirúrgico é a mastectomia profilática que se resume na extração das duas mamas, para prevenção da neoplasia de mama em mulheres com risco elevado. A técnica mais utilizada para diminuição do risco é a adenomastectomia subcutânea bilateral, que se resume na extração das glândulas preservando a pele e complexo aréolo-papilar fazendo a reconstrução imediata da mama através de prótese ou músculos de outra parte de corpo, esse procedimento é melhor aceitável pelas pacientes, pois reduz o impacto da mutilação e tem um melhor aspecto estético (ARAÚJO; CUNHA; GARRAFA, 2009).

A mastectomia profilática contralateral é indicada para pacientes que já tiveram câncer em uma das mamas e mesmo podendo optar pelo tratamento conservador, optam pela retirada das duas mamas para reduzir o risco de recidivas (ARAÚJO; CUNHA; GARRAFA, 2009).

Consideram a mastectomia profilática a mais eficaz, pois diminui 90% o risco de desenvolvimento do câncer, só não é mais eficaz que 90% pois por mais radical que seja a cirurgia, quantidades pequenas de tecido da mama ficam sobre a pele (ARAÚJO; CUNHA; GARRAFA, 2009).

Outros procedimentos recentes no controle do câncer é a mastectomia com preservação de pele, indicada nos casos onde não é necessário extrair toda pele da mama. Pesquisas mostram que não há aumento de recidivas com conservação da pele, devido a isso vários médicos tem conservado a pele, para se ter uma melhor estética, porém fazem ressecção do complexo areolo-papilar (LOPES; CHAMMAS; IYAYASU, 2013).

2.3.4 Aspectos físico-psíquico e social da mulher mastectomizada

O tratamento cirúrgico pode causar sequelas no paciente, muitas precisam de reabilitação por fisioterapia, facilitando a recuperação física. Cirurgias de mama com ressecção axilar podem resultar em problemas físicos como: linfedema e diminuição da amplitude do movimento (AMARAL et al., 2012).

O linfedema é uma das complicações mais frequentes, seus efeitos adversos atingem a qualidade de vida da paciente. Houve uma queda na incidência do linfedema devido ao diagnóstico precoce e estratégias de tratamento (REZENDE et al., 2008).

O linfedema é uma doença crônica e não tem cura, causa o crescimento do volume do braço (lado que corresponde à mama operada), podendo destruir a imagem corporal da paciente e também aumentar a morbidade física e psicológica, além de limitações do movimento. O tratamento do linfedema é difícil e não apresenta resultados satisfatórios e nem atende a expectativa da paciente; existem diversos fatores de risco para desenvolvimento pós-operatório do linfedema entre eles: dissecação e radioterapia axilar, sobrepeso, extensão da cirurgia, infecção, idade, quantidade de linfonodos dissecados entre outros (REZENDE et al., 2008).

Figura 5 - Mastectomia e linfedema no membro superior esquerdo.



Fonte: Silva e outros (2003).

A principal função do sistema linfático é remover líquidos e proteínas do interstício, devido a esse fator quando ocorre a inativação do sistema linfático ligado à ação indevida dos macrófagos; esses fatores causam o linfedema (REZENDE et al., 2008).

Após a cirurgia as pacientes podem apresentar uma postura assimétrica, e ombros anteriorizados, esse fator está ligado à mudança lateral do peso pela extração da mama. As mulheres submetidas à mastectomia radical tornam-se limitadas a

movimentos de flexão e rotação do ombro e sensibilidade no braço e axila (MELO et al., 2011).

Alem desses fatores a mastectomia radical causa alteração do equilíbrio, devido a isto o músculo estriado esquelético gera mudanças como forma de adaptação, essas mudanças irão gerar: redução do movimento e redução da força de contração muscular, facilitando o risco de lesão (MELO et al., 2011).

Uma das principais complicações após a cirurgia é a limitação do movimento do ombro, este membro fica predisposto à atrofia do músculo. O movimento que mais fica comprometido é o de flexão e abdução (PETITO et al., 2012).

Os fatores que influenciam as mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico a desenvolver esse tipo de complicação são: imobilização do membro em decorrência de algia ou medo, o tipo de cirurgia, trauma no nervo torácico longo. Esses fatores fazem com que a paciente se predisponha a menor movimentação do braço (PETITO et al., 2012).

A mastectomia radical é considerada o procedimento mais invasivo dentre os outros tipos de cirurgias para o tratamento do câncer de mama, e traz diversas complicações para a vida das pacientes, apesar disso é uma das formas de tratamento mais utilizadas. Após o procedimento as mulheres passam por um momento doloroso devido à retirada de uma parte do seu corpo e vivem o luto dessa perda e procuram dar um novo sentido as suas vidas (PEREIRA; BRAGA, 2016).

Após a mastectomia as pacientes têm a sensação de deformação e perda da sensualidade e se sentem inferiorizadas. Devido a esses fatores as mulheres tentam recuperar sua autoestima, muitas fazem a opção de reconstrução da mama. A reconstrução da mama é uma técnica segura, que não aumenta a recidiva da doença e não causa interferência em sua detecção (OLIVEIRA; MORAIS; SARIAN, 2010).

Existem vários métodos de reconstrução, os mais utilizados são: reconstrução com retalho do músculo reto do abdômen, e com retalho do músculo latíssimo do dorso, é usado também um expensor que futuramente será trocado por uma prótese de silicone (OLIVEIRA; MORAIS; SARIAN, 2010).

“Nas reconstruções mamárias imediatas, os expansores são posicionados em bolsa submuscular, preferencialmente total, para oferecer uma adequada proteção do expansor de tecido” (OLIVEIRA JUNIOR et al., 2010, p. 62).

A reconstrução da mama traz diversos benefícios para as pacientes que são: melhora da autoestima, ressocialização, melhora da saúde mental e qualidade de vida (MOREIRA et al., 2010).

Figura 6 – Pós-operatório tardio de reconstrução mamária com retalho transversal do reto-abdominal (TRAM) apresentando contratura com afundamento em pólo superior da mama esquerda.



Fonte: Oliveira Junior e outros (2010, p. 62).

O procedimento mais usado para reconstrução da mama é o retalho transversal do reto abdominal (TRAM), que é realizado com o descolamento da pele ocasionando a entropia dos canais linfáticos e vasculares formando complicações recorrentes como: seroma, hematoma, e disfunções associada a ausência de um dos músculos abdominais (GOMES; PESSOA, 2010).

A técnica para reconstrução TRAM foi a mais usada entre 2006 e 2009; essa técnica de reconstrução tem elevados números de complicações, essas complicações acontecem devido a cirurgia envolver duas partes do corpo (abdômen e mama) num único procedimento apesar desse fato a técnica tem ótimos resultados (BOCHESE et al., 2012).

Muitas mulheres não se submetem a reconstrução da mama, pois sentem medo de passar por uma nova cirurgia mesmo que seja para seu bem estar, elas se sentem sem esperança diante da possibilidade da cirurgia ter rejeição ou ocasionar a morte. Após a mastectomia as pacientes se sentem emocionalmente abaladas, por esse fator elas preferem viver sem a mama, a ter que se submeter à reconstrução (GASPARELO et al., 2011).

Por outro lado existem muitas mulheres que optam por fazer a cirurgia de reconstrução da mama, pois sentem a necessidade de estar mais bonita aos seus olhos e de seus parceiros. Para elas a cirurgia traz de volta a: feminilidade e a sensualidade, além de trazer a esperança de se curar e ter sua vida de volta como era antes de serem acometidas pelo câncer de mama (GASPARELO et al., 2011).

O resultado da técnica TRAM é eficaz, pois permite de que a aparência da mama fique de forma natural. Após o procedimento o paciente deverá ter uma atenção especial com a parede abdominal, para evitar o aparecimento indesejável de hérnias (CASTILHO et al., 2008).

Muitas pacientes jovens tiveram que abrir mão de seus empregos para realizarem o tratamento do câncer de mama, isso fez com que muitas delas passassem por dificuldade financeira. As mulheres mais jovens têm uma preocupação maior com relação a sua saúde sua vida profissional e em relação ao futuro isso, isso reflete de forma negativa em suas vidas (FURLAN et al., 2013).

2.3.5 A assistência do enfermeiro a pacientes com câncer de mama

O câncer de mama causa medo nas mulheres devido a sua alta taxa de mortalidade e morbidade, por esse motivo é de extrema importância que as mulheres ao receberem o diagnóstico do câncer e durante o tratamento sejam apoiadas não só pela família e amigos, mais pela equipe de enfermagem e os demais profissionais de saúde proporcionando o bem estar e o fortalecimento da paciente e sua família (SANCHEZ et al., 2010).

A mama não representa só o aspecto físico mais também representa a feminilidade da mulher, é considerada símbolo sexual pela mulher e é admirada pelos homens; em decorrência desses fatores a mama tem uma significância afetiva e psicológica, devido a isso o câncer de mama representa um estigma muito desagradável para a

mulher, pois além de estar relacionado com altas taxas de mortes pode atingir uma parte do corpo que é tão prestigiada por elas (MOURA et al., 2010).

O enfermeiro no atendimento primário em unidade básica de saúde de acordo com as políticas públicas de saúde tem um papel indispensável no controle do câncer de mama, além de ter autonomia em suas práticas e um amplo espaço para realizá-las. Existem tarefas que são destinadas ao Enfermeiro como: atendimento integral as pacientes, consulta de enfermagem (exame das mamas e coleta de material para exame citológico) se houver necessidade solicitar exames complementares (mamografia) e prescrever medicações de acordo com o protocolo (CAVALCANTE et al., 2013).

Cabe ao enfermeiro da unidade básica de saúde outras atribuições que são: fazer visita domiciliar se houver necessidade, coordenar o trabalho de agentes comunitários e técnicos e auxiliares de enfermagem (CAVALCANTE et al., 2013).

Não existe ainda um método eficaz que previna o câncer de mama; devido a isso, é extremamente importante informar as pacientes a necessidade de fazer a detecção precoce pelo autoexame, proporcionando assim melhores condições de tratamento e altas chances de cura além e evitar complicações mais severas (MOURA et al., 2010).

É extremamente importante que o enfermeiro faça a identificação das mulheres com alto risco ao longo de suas vidas, isso proporciona uma melhor atuação na prevenção e na detecção precoce do câncer de mama (ARAÚJO; CUNHA; GARRAFA, 2009).

Compreender o paciente com câncer traz diversos significados, mudanças de crenças e valores que necessitam de intervenções apropriadas e individuais, para reduzir à ameaça a integridade física e emocional, leva a enfermeira e outros membros da equipe de saúde a confrontar seus próprios conceitos (SILVA; CRUZ, 2011).

Os tratamentos do câncer de mama causam nos pacientes alterações físicas e psicológicas gerando um grande impacto em suas vidas; devido a isto o tratamento da neoplasia de mama deve ser realizado pela equipe de saúde de forma integral visando à recuperação total do paciente, não só do aspecto físico mais emocional e psicológico (LAHOZ et al., 2010)

A assistência ao paciente vai além de administrar medicações e prescrever cuidados, envolve acompanhar sua história de vida e de sua família, desde o período pré-patogênico, diagnóstico, tratamento, reabilitação até a fase terminal da doença, vivenciando todas as situações (SILVA; CRUZ, 2011).

O câncer de mama traz dúvidas e diversas alterações na vida das pacientes como alteração da: autoimagem, sexualidade e qualidade de vida. Existem também as alterações na vida sexual que são provocadas pelos tratamentos do câncer de mama que são: ausência da mama, secreta vaginal, dor e desconforto na prática sexual (CESNIK; SANTOS, 2012).

É função do enfermeiro, esclarecer dúvidas relacionadas ao câncer de mama como: tratamento, reações adversas, complicações entre outros. Dessa forma é de extrema importância que o enfermeiro e outros profissionais de saúde criem vínculos com a paciente para que possa existir uma melhor comunicação entre eles a fim de facilitar ter um cuidado integralizado. A falta de confiança e de comunicação entre profissional e paciente é um problema de saúde pública no Brasil (CESNIK; SANTOS, 2012).

Muitas pacientes reclamam de ter secreta vaginal ocasionada pelo tratamento, esse fator mostra a necessidade do enfermeiro da unidade básica de saúde, promover orientações e se houver possibilidade prescrever lubrificantes íntimos, para que seja minimizado o desconforto durante a relação sexual (CESNIK; SANTOS, 2012).

No ambiente oncológico existem diversas situações difíceis que o enfermeiro vivencia, essas situações despertam vários sentimentos de medo e incerteza influenciando seu aspecto físico e emocional. O modo com que o enfermeiro irá reagir diante dessas circunstâncias dependerá de sua percepção individual (SALIMENA et al., 2013).

O cuidado ao paciente oncológico requer do enfermeiro um vínculo com o paciente e seus familiares devido à complexidade do tratamento, diante desses fatores o enfermeiro deve buscar formas de se portar diante do sofrimento e perspectiva de morte dos pacientes. É de extrema importância que o enfermeiro esteja preparado emocionalmente e psicologicamente para que ele possa oferecer uma assistência de qualidade, proporcionando tranquilidade e segurança aos seus pacientes e familiares (SALIMENA et al., 2013).

O enfermeiro faz parte da equipe multiprofissional que assiste as pacientes com câncer de mama, é o profissional que está mais próximo da paciente devido a sua função. Muitas vezes o enfermeiro significa para a paciente e sua família um elo entre os outros membros da equipe. Através da consulta de enfermagem, o enfermeiro planeja metas de cuidado baseadas no diagnóstico de enfermagem de forma integralizada e humanizada (COSTA et al., 2012).

A assistência de enfermagem inclui a comunicação com a paciente; o enfermeiro deve saber ouvir o que a paciente tem a dizer. Muitas vezes esta não consegue falar, mais através dos gestos e expressões faciais o enfermeiro consegue identificar seus sentimentos. O enfermeiro deve ver as pacientes como seres únicos e que tem suas próprias vontades, tratando-as com carinho e respeito, dessa forma elas se sentiram mais segura e reagirão melhor ao tratamento (COSTA et al., 2012).

Antes de realizar o procedimento cirúrgico as pacientes ficam ansiosas e com medo, devido a isto, o enfermeiro deve esclarecer todas às dúvidas em relação a: anestesia, cirurgia e seus benefícios e possíveis complicações. Esses proporcionam a paciente maior confiança no profissional, diminuindo a ansiedade e medo (ALVES et al., 2010).

Dessa forma o tratamento cirúrgico torna-se humanizado e completo; informações sobre a cirurgia devem ser claras e objetivas, deve ser explicado o procedimento passo a passo como é feito, o local, consequências para que ela fique consciente do tratamento e colabore (ALVES et al., 2010).

O enfermeiro deve também promover ações de prevenção do câncer de mama e educação em saúde. Devendo informar sobre fatores de risco e prevenção, essas ações realizadas pelo enfermeiro promovem o vínculo entre ele e as pacientes, além de ocasionar uma influencia sobre seus hábitos proporcionando uma melhor qualidade de vida (DIOGENES; LINARD; TEIXEIRA, 2010).

Em alguns casos a família quer esconder da paciente o diagnóstico do câncer, isso pode afetar a comunicação entre a equipe e a paciente e ocasionar uma limitação na independência da mesma; cabe ao enfermeiro respeitar os valores éticos e antes de contar ao paciente sobre o diagnóstico do câncer comunicar a família (SILVA; CRUZ, 2011).

É de extrema importância a comunicação entre o enfermeiro e a família; o enfermeiro deve dar atenção a família e esclarecer dúvidas. Quando o enfermeiro tem vínculo com a família ele consegue estabelecer estratégias de cuidado, conseguindo assim melhor aceitação da paciente e as formas de tratamento (VICENZI et al., 2013).

2.3.6 O papel do enfermeiro na assistência a pacientes mastectomizadas

O enfermeiro deve conhecer todos os tipos de tratamento relacionados ao câncer de mama, para que possa esclarecer as dúvidas das pacientes e ter ciência das informações que o médico repassou para seu paciente. O enfermeiro tem o papel de identificar as preocupações, orientar e apoiar psicologicamente suas pacientes (BERTOLO; PAULI, 2008).

Cabe ao enfermeiro encorajar a paciente para o enfrentamento do câncer de mama, e mostrar formas de minimizar o sofrimento pós-mastectomia. Uma dessas formas é a reconstrução da mama que pode ser feita, logo após a mastectomia; muitas pacientes após a mastectomia relatam perda do desejo sexual pelo constrangimento de ter tido parte do corpo mutilada; o enfermeiro deve ajudar as pacientes para que elas não percam a sexualidade a fim de evitar que tenham um fracasso pessoal (BERTOLO; PAULI, 2008).

O período pós-mastectomia é muito doloroso para as pacientes, pois causa sentimentos de perda da identidade feminina e esse fator é inevitável. Com relação a vida sexual as pacientes mastectomizadas e os seus companheiros mudam de atitudes, muitas pacientes evitam se descobrir diante de seus companheiros e evitam ser tocadas por eles. Uma assistência de qualidade faz com que essas pacientes tenham uma melhor readaptação a vida social (LEITE; ANDRADE; NOVAES, 2009).

As pacientes mastectomizadas sentem-se fragilizadas diante da fase que estão vivenciando; devido a esse fator o enfermeiro com a ajuda da equipe multidisciplinar deve-se criar grupos de apoio para fornecer orientações sobre: o tratamento, autoexame da mama, cuidados a serem feitos pós- cirurgia e outros. Isso é uma forma de promoção à saúde; nesses grupos de apoio as pacientes expressam suas vivências e sentimentos, trocam experiências e acabam fortalecendo umas as

outras. É importante a participação de familiares e amigos para incentivar as pacientes a participarem desses grupos que são essenciais para que possam recuperar a qualidade de vida (BERTOLO; PAULI, 2008).

O grupo de apoio para pacientes mastectomizadas criado pelo enfermeiro tem como objetivo colaborar para a compreensão das alterações físicas e psicológicas relacionadas ao tratamento do câncer de mama, e tem também como objetivo trazer a paciente esperança quanto às novas formas de tratamento, além de colaborar para a reabilitação psicossocial dessas pacientes (CAETANO; PANOBIANCO; GRADIM, 2012).

As pacientes que passam pela mastectomia enfrentam vários sentimentos negativos. A mulher passa por várias mudanças que alteram seu bem estar físico e psicológico além de comprometer sua função; muitas mulheres que estão acostumadas a realizar seus afazeres do lar sentem um grande impacto ao perceberem suas limitações e terem que mudar totalmente suas práticas diárias, isso as faz sentir: impotentes, sem esperanças, e desamparadas (MISTURA; CARVALHO; SANTOS, 2011).

Uma das complicações pós-cirúrgicas é o edema que atinge o braço correspondente ao lado que foi realizado a mastectomia; esse fator traz a mulher limitações e requer cuidados. As limitações causam nas pacientes ansiedades por terem que depender de outras pessoas para realizar tarefas que antes realizavam de forma rotineira, além disso, muitas perdem seus empregos e aprendem a sobreviver com a ajuda financeira de familiares ou de instituições (MISTURA; CARVALHO; SANTOS, 2011).

Esses fatores aumentam a chances de as pacientes desenvolverem transtornos psicológicos o mais comum são: ansiedade e depressão. O enfermeiro deve estar atento à manifestação de sinais relacionados a esses tipos de patologias em suas pacientes; e também deve se atentar as queixas das pacientes e formas de enfrentamento (MISTURA; CARVALHO; SANTOS, 2011).

O enfermeiro deve compreender os sentimentos das pacientes que na maioria das vezes é de dor e medo, tanto pela doença quanto pelo tratamento; dessa forma as pacientes se sentirão mais confiantes. É papel do enfermeiro respeitar a necessidade e o nível de conhecimento das pacientes, além de educá-las para o autocuidado (COSTA et al., 2011).

O auto-cuidado é cuidar de si próprio. O enfermeiro deve explicar técnicas de auto-cuidado simples para as pacientes mastectomizadas, a fim de estimular a atividade corporal e melhorar sua qualidade de vida (CARVALHO; SANTOS; LINHARES, 2012).

O enfermeiro deve dizer a verdade sobre o prognóstico da doença, mais isso deve ser dito de forma delicada com palavras de conforto, mostrando as pacientes um caminho, para que elas tenham condições de enfrentar essa fase de suas vidas (CARVALHO; SANTOS; LINHARES, 2012).

Muitas pacientes após a mastectomia recebem alta e estão ainda com o dreno. O enfermeiro deve orientar sobre cuidados com o dreno como: observar se há presença de hiperemia, secreção, dor, avaliar o conteúdo drenado 2 vezes ao dia, lavar as mãos antes e após esse procedimento entre outros. Esses fatores contribuem para diminuir o risco de infecção (CARVALHO; SANTOS; LINHARES, 2012).

Exercer a profissão em local estressante onde os pacientes estão diariamente em situações de risco faz com que o enfermeiro não se comunique de forma eficaz com seus pacientes, devido a isto ele perde a oportunidade de criar vínculo e não atende o paciente de maneira integral; é de extrema importância que o enfermeiro faça uma autoavaliação de sua atuação na profissão, buscando novos caminhos para atender as pacientes mastectomizadas da melhor forma possível (ARAÚJO et al., 2010).

Muitas enfermeiras têm dificuldade de se comunicar com o paciente; as pacientes mastectomizadas representam um desafio, pois elas estão fragilizadas, revoltadas, isso torna mais difícil a comunicação e o estabelecimento de vínculo. Além disso, muitas enfermeiras afirmam não serem capazes de realizar essa tarefa e outras afirmam não terem tempo hábil para a criação desse vínculo (ARAÚJO et al., 2010).

É fundamental que o enfermeiro auxilie as pacientes mastectomizadas quanto à reinserção social, para isso é criado o grupo de apoio psicossocial que auxilia as pacientes a lidar com sentimentos de: tristeza, medo, insegurança, impedindo que elas tenham um isolamento social, além disso, no grupo de apoio psicossocial é ensinado formas: de lidar com o câncer de mama, de voltar a realizar suas atividades domésticas e profissionais, diminuindo assim o impacto causado por essa patologia e possíveis complicações. Além disso, no grupo as pacientes trocam

experiências, facilitando a reintegração social e aumentando a autoestima contribuindo para a reabilitação das pacientes (CAETANO; PANOBIANCO; GRADIM, 2010).

O convívio entre as pacientes mastectomizadas é de extrema importância para que possam ter maior aceitação e compreensão dos fatos existentes, pois após a mastectomia as mulheres sentem inferiorizadas e tem a necessidade de apoio da família e da sociedade para que possam enfrentar suas condições físicas e suas dificuldades diárias. Após esse período muitas mulheres redescobrem um novo modo de viver, elas passam se preocupar mais com elas mesmas, se cuidar mais, tirar mais tempo para si e praticar atividades que lhe proporcionam prazer (CAETANO; PANOBIANCO; GRADIM, 2010).

Quando a paciente mastectomizada tem o apoio do companheiro ela se sente amada e segura, isso proporciona a ela maior chance de superação, pois ela compreende que o seu valor não está em seu corpo e que ela é amada do jeito que ela está independente de seu físico. A comunicação entre o casal é essencial para que a paciente mastectomizada consiga superar seus obstáculos; quando ocorre o afastamento entre o casal ou o fim do relacionamento pela situação em que a paciente se encontra ou por falta de diálogo e amor, a paciente fica numa situação difícil se sente totalmente desamparada e desvalorizada, muitas perdem o sentido da vida. O enfermeiro tem como função dar suporte emocional a essas pacientes para que elas se sintam seguras e possam dar continuidade ao tratamento e as suas vidas (LEITE; ANDRADE; NOVAES, 2009).

O enfermeiro tem o papel de cuidador pleno, isso é de extrema importância na assistência às mulheres mastectomizadas, pois o enfermeiro tem também a função de auxiliar na reestruturação familiar, isso é possível através da comunicação com as pacientes e familiares. Para que o enfermeiro consiga alcançar uma comunicação adequada é necessário que ele acredite que seu apoio emocional é tão importante quanto às técnicas realizadas por ele no alívio da dor. O papel do enfermeiro é diminuir o sofrimento dessas pacientes e criar formas de promover a recuperação e o empoderamento para que elas prosseguir com suas vidas (TEIXEIRA; BARROSO, 2015).

O enfermeiro deve despertar nas pacientes pensamentos positivos e otimismo, dessa forma elas conseguirão se manter com uma certa normalidade apesar da

patologia. O enfermeiro deve também estimular as pacientes a participar na tomada de decisão sobre sua saúde; concedendo às pacientes autonomia; isso faz com que desperte a autoestima e ajuste psicossocial (TEIXEIRA; BARROSO, 2015).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo promoveu o conhecimento da vivência de mulheres que foram acometidas pelo câncer de mama, permitindo compreender o período angustiante da descoberta e o tratamento desta patologia. O tema apresentando é complexo, e nos permite uma reflexão sobre as implicações que essa patologia traz as pacientes e seus familiares.

O câncer de mama traz as pacientes, sentimentos negativo contra si mesmas, os quais ela precisa aprender a conviver diariamente. As pacientes que são acometidas pelo câncer de mama passam por vários tipos de tratamentos agressivos, que causam diversas reações indesejáveis. Dentre as reações mais comuns estão: náusea, vômitos, diarreia, alopecia (acometem pacientes em tratamento quimioterápico), infertilidade, fadiga, boca seca, cárie de radiação, inflamação da mucosa da boca e garganta, alteração no paladar (acometem pacientes em tratamento radioterápico) náuseas, vômitos, diarreia, problemas dermatológicos e cardíacos (acometem pacientes em tratamento de imunoterapia) fogacho, sudorese, secreções vaginais (acometem pacientes em hormonioterapia).

Outro tipo de tratamento agressivo é a mastectomia que causa na maioria dos casos alterações físicas como: linfedema, e limitações do movimento do ombro e mutilação, e alterações psicológicas como: perda da autoestima, depressão e ansiedade. É de extrema importância o apoio do Enfermeiro e da família para fazer com quem essas reações desagradáveis sejam suportadas de modo menos doloroso.

Com o tempo existe a possibilidade da paciente regastar sua autoestima e sexualidade, e para que isso aconteça ela deve ter o apoio de sua família e companheiro e dos profissionais de saúde para que possa receber a devida orientação para dar prosseguimento a sua vida. Devido a esses fatores o enfermeiro e sua equipe tem o papel de orientar quanto a medicações, tratamentos, esclarecimento de dúvidas e apoio psicossociocultural, tendo em vista que o enfermeiro e sua equipe é o que está mais próximo ao paciente.

O enfermeiro deve ter um preparo no que diz respeito a grupos de apoio no qual se desenvolve temas sobre sexualidade para pacientes mastectomizadas, isso nos leva a reforçar a importância de se atualizar sobre esses tipos de temas, para que se

possa aprender novas formas para ajudar as pacientes e seus companheiros, visando uma melhor qualidade de vida para as mesmas. O apoio do companheiro é de extrema importância para a reestruturação, tratamento e recuperação da autoestima das pacientes mastectomizadas. A ausência do companheiro nesse momento de doença é considerada um desrespeito a mulher, pois é nesse momento que a mulher mais necessita de apoio e acolhimento.

Os companheiros das mulheres mastectomizadas precisam ser orientados pelo Enfermeiro no que diz respeito a todo processo que suas mulheres irão passar, eles devem se sentir apoiados e seguros, para possam ajudar suas mulheres que com o passar do tempo possam voltar a ter uma vida conjugal, isso é possível com paciência e companheirismo.

Ressaltamos a necessidade de mais estudos voltados para a temática abordada nesse trabalho de conclusão de curso, especialmente desenvolvidos por profissionais enfermeiros da área oncológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Larissa Martins de; YKEDA, Milena Sayuri Saraiva; FIGUEIRÊDO, Bárbara Laís Teixeira. Manual do exame das mamas. **Monitoria de Ginecologia**, v.1, n. 1, p.2-5, 2015. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/profile/Francisco_Medeiros2/publication/286921354_MANUAL_DO_EXAME_DAS_MAMAS/links/566fac2208ae486986b71189.pdf>.
Acesso em: 30 abr. 2017.

ALVES, Pricilla Cândido et al. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 989-995, 2010. Disponível em:
< <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40636/43835>>. Acesso em: 19 de maio. 2017.

AMARAL, Maria Teresa Pace do et al. Orientação domiciliar: proposto de reabilitação física para mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama. **Revista de Ciências Médicas-ISSN 2318-0897**, v. 14, n. 5, p. 407, 2012. Disponível em:
<<http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1151/1126>>. Acesso em: 12 de maio. 2017.

ARAÚJO, Iliana Maria de Almeida et al. A comunicação da enfermeira na assistência de enfermagem à mulher mastectomizada: um estudo de Grounded Theory. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ceará (Fortaleza), v. 18, n. 1, p. 54-60, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_09>. Acesso em: 22 de maio. 2017

ARAÚJO, Selma Silva; CUNHA, Antônio Carlos Rodrigues da; GARRAFA, Volnei. Mastectomia profilática: reflexões bioéticas. **Revista Bioética**, v. 13, n. 1, 2009. Disponível em:
<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/90>. Acesso em: 13 de maio. 2017.

AVANCI, Barbara Soares et al. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 708-16, 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a04>>. Acesso em: 02 de nov.2016.

BARRETO, Thâmara Sena; AMORIM, Rita da Cruz. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. **Rev Enferm UERJ**, v. 18, n. 3, p. 462-7, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a22.pdf>>. Acesso em: 07 de maio de 2017.

BAÚ, Fernanda da Costa; HUTH, Adriane. Fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento do câncer gástrico e de esôfago. **Revista Contexto e Saúde**, Ijuí, v. 11, n. 21, p. 16-24, 2013. Disponível em:
<<https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/382/1022>>. Acesso em: 31 mar. 2017.

BERNARDES, António. Anatomia da mama feminina. **Manual de Ginecologia**, v. 2, p. 167-174, 2011. Disponível em:
<http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_33.pdf> Acesso em: 22 de abr. 2017.

BERTOLO, Bárbara Lazzari; PAULI, Liane Terezinha Schuh. O papel da enfermagem como cuidadora nas questões das fragilidades da mulher pós-mastectomia. **Boletim da Saúde, Porto Alegre**, v. 22, n. 1, p. 58-62, 2008. Disponível em:
<http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140522123845o_papel.pdf>. Acesso em: 21 de maio. 2017.

BIAZÚS, Jorge V.; MELO, Márcia P de; ZUCATTO, Ângela E. **Cirurgia da mama**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2012.

BOCHESE, Leonello Elera et al. Reconstrução de mama pós-mastectomia por câncer: uma análise de quatro anos do serviço de cirurgia plástica e queimados do hospital universitário da universidade federal de Santa Catarina. **Arq Cat de Med**, v. 41, n. 1, p. 108-9, 2012. Disponível em:<<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1183.pdf>>. Acesso em: 14 de maio. 2017.

BRANDÃO, Hugo N. et al. Química e farmacologia de quimioterápicos antineoplásicos derivados de plantas. **Quim. Nova**, v.33, n.6, p.1359-1369, 2010. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/3782/1/26.pdf>>. Acesso em 07 de maio. 2017.

CACCELLI, E. M. N.; PEREIRA, Maria de Lourdes Martins; RAPOPORT, Abrão. Avaliação da mucosite e xerostomia como complicações do tratamento de radioterapia no câncer de boca e orofaringe. **Rev. bras. cir. cabeça pescoço**, v. 38, n. 2, p. 80-83, 2009. Disponível em :
<http://www.sbccc.org.br/wp-content/uploads/2014/11/art_4.pdf>. Acesso em 07 de maio. 2017.

CAETANO, Edilaine Assunção; GRADIM, Clícia Valim Côrtes; SANTOS, Lana Ermelinda da Silva dos. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. **Rev enferm UERJ**, v. 17, n. 2, p. 257-61, 2009. Disponível em:
<<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a21.pdf>> Acesso em: 02 nov. 2016.

CAETANO, Edilaine Assunção; PANOBIANCO, Marislei Sanches; GRADIM, Clícia Valim Cortês. Análise da produção científica nacional sobre a utilização de grupos na reabilitação de mastectomizadas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 965-73, 2012. Disponível em:
<<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/17112/13362>>. Acesso em: 22 de maio. 2017.

CAMARGO JÚNIOR, Sebastião Amâncio de. Considerações sobre uma estratégia personalizada para o rastreamento do câncer de mama em pacientes de alto risco. **Rev. bras. mastologia**, v. 24, n.3, p.92-93, 2014. Disponível em:
<http://www.rbmastologia.com.br/wpcontent/uploads/2015/06/MAS_v24n3_92-93.pdf>. Acesso em: 15 de fev. 2017.

CARVALHO, Aline Priscila Rego de; SANTOS, Taciana Mirella Batista dos ; LINHARES, Francisca Márcia Pereira. Promoção do autocuidado a mulheres mastectomizadas. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 3, 2012. Disponível em:<<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29290/19039>>. Acesso em: 22 de maio. 2017.

CASTILHO, Rodrigo Simões et al. Cirurgia conservadora da mama 1981-2002: uma visão histórica. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, n. 1, p. 49-55, 2008. Disponível em:< rmmg.org/artigo/detalhes/562 >. Acesso em: 14 de maio. 2017.

CAVALCANTE, Sirlei de Azevedo Monteiro et al. Ações do Enfermeiro no rastreamento e Diagnóstico do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59,n.3, p. 459-466, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Carla_Marques11/publication/277323423_Nurse_Actions_Towards_Breast_Cancer_screening_and_Early_Diagnosis_in_Brazil/links/5567804408aec2268300fe12.pdf >. Acesso em:11 de maio. 2017.

CESNIK, Vanessa Monteiro; SANTOS, Manoel Antônio dos. Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada?. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, p. 1001-1008, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/48118/51920>>. Acesso em: 14 de maio. 2017.

COSTA, Carmen A.N.da; MARTINS, Daniele R.; DAL BOSCO, Simone Morelo. Anatomia e Fisiologia da lactação. **Nutrição & Saúde**, Lajeado, v.1, p.103,2013. Disponível em: <http://www.gnuteca.univates.br/editoraunivates/media/publicacoes/53/pdf_53.pdf#page=103 >. Acesso em: 26 de maio. 2017.

COSTA, Wagner Barreto et al. Mulheres com câncer de mama: interações e percepções sobre o cuidado do enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 31-37, p. 485-489, 2012. Disponível em : < <http://reme.org.br/artigo/detalhes/497>>. Acesso em: 19 de mai. 2017.

DANTAS, Élide Livia Rafael et al. Genética do câncer hereditário.**Rev. bras. cancerol**, v. 55, n.3,p. 263-269, 2009. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33771914/67_revisao_literatura1.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1493306405&Signature=jrVQ2UBSsOdFISkODb0Z6ZmTC%2B0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3D67_revisao_literatura1.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2017.

DIÓGENES, Maria Albertina Rocha; LINARD, Andrea Gomes; TEIXEIRA, Carla Araujo Bastos; Comunicação, acolhimento e educação em saúde na consulta de enfermagem em ginecologia. **Revista. Rene**, Fortaleza, v.11, n.4, p. 38-46, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12463/1/2010_art_mardiogenes.pdf>. Acesso em: 19 de maio. 2017.

DRAKE, Richard; VOGL, A. Wayne; MITCHELL, Adam WM. Anatomia Clínica para estudantes. **Elsevier Brasil**, v.3, n.1, p.141, 2015. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=ZAglCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=anatomia+da+mama&ots=BfHL0a_IX-&sig=ubeH6CuOGP1aMQL_8EleHxNGZB8#v=onepage&q=anatomia%20da%20mama&f=false>. Acesso em: 04 de maio. 2017.

FELIX, Janaina Daumas et al. Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na Região Sudeste: Brasil (1998 a 2007). **Cien Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 945-953, 2012. Disponível em : <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400016>. Acesso em 22 de mar. 2017.

FURLAN, Vanessa Lacerda Alves et al. Quality of life and self-esteem after mastectomy in patients who did or did not undergo breast reconstruction. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 28, n. 2, p. 264-269, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-51752013000200016&script=sci_arttext&lng=es>. Acesso em: 14 de maio. 2017.

GASPARELO, Cláudia et al. Percepções de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 535-542, 2011. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12557/6650>>. Acesso em: 14 de maio. 2017.

GOMES, Allysson Antonio Ribeiro; PESSOA, Salustiano Gomes de Pinho. Retalho TRAM com dissecação mínima para reconstrução mamária. **Rev Bras Cir Plást**, v. 25, n. 4, p. 652-6, 2010. Disponível em: <<http://www.rbcp.org.br/details/760/retalho-tram-com-dissecao-minima-para-reconstrucao-mamaria>>. Acesso em: 13 de maio. 2017.

GOUVEIA, Priscila Fernandes et al. Avaliação da amplitude de movimento e força da cintura escapular em pacientes de pós-operatório tardio de mastectomia radical modificada. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, n. 2, p. 172-176, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502008000200010&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 13 de maio. 2017.

GUALANO, Bruno; TINUCCI, Taís. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 25, n. spe, p. 37-43, 2011. Disponível em <<http://www.journals.usp.br/rbefe/article/view/16841/18554>>. Acesso em: 01 de maio. 2017.

GUERRERO, Giselle Patrícia et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 53-59, 2011. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3494/art_ZAGO_Relacao_entre_espiritualidade_e_cancer_perspectiva_do_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 16 abr. 2017.

GUIMARÃES, Larissa Machado; OLIVEIRA, Daniela Soares. Influência de uma alimentação saudável para longevidade e prevenção de doenças. **Interciência & sociedade**, v. 3, n. 2, p.60-67, 2014. Disponível em: <http://fmpfm.edu.br/intercienciaesociedade/colecao/online/v3_n2/7_influencia.pdf>. Acesso em 16 de ago. 2016.

GUIMARÃES, Marco Cesar Cunegundes; SILVA, Ian Victor; RANGEL, Letícia Batista Azevedo. Anticorpos na terapia contra o câncer. **PerspectivasOnLine 2007-2010**, v. 2, n. 6, 2014. Disponível em:< http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/revista_antiga/article/view/305 >. Acesso em: 08 de maio. 2017.

INUMARU, Livia Emi; SILVEIRA, Érika Aparecida da; NAVES, Maria Margareth Veloso. Risk and protective factors for breast cancer: a systematic review. **Cadernos de saúde pública**, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700002 >. Acesso em 01 de maio. 2017.

JAMMAL, Millena Prata; MACHADO, Ana Rita Marinho; RODRIGUES, Leiner Resende. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. **O mundo da saúde**, Minas Gerais, v. 32, n. 4, p. 506-10, 2008. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/12_Fisioterapia_baixa.pdf >. Acesso em: 15 de fev. 2017.

KOLLING, Fabiana Luiza; SANTOS, Jacqueline Schaurich. A influência dos fatores de risco nutricionais no desenvolvimento de câncer de mama em pacientes ambulatoriais do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. **Sci. med**, v. 19, n. 3, p. 115-121, 2009. Disponível em :<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/4562/4264>>. Acesso em: 18 de fev. 2017.

LAGARES, Érika Barbosa et al. Excesso de peso em mulheres com diagnóstico de câncer de mama em hormonioterapia com tamoxifeno. **Rev. bras. cancerol**, v. 59, n. 2, p. 201-210, 2013. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v02/pdf/07-excesso-de-peso-em-mulheres-com-diagnostico-de-cancer-de-mama-em-hormonioterapia-com-tamoxifeno.pdf>. Acesso em 08 de maio. 2017.

LAHOZ, Manoela de Assis et al. Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomizadas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 4, p. 423-430, 2010. Disponível em: <<http://www.hospitalhelioangotti.com/enviados/2011124163726.pdf> >. Acesso em: 12 de maio. 2017.

LEAL, Jorge Henrique Santos; CUBERO, Daniel; GIGLIO, Auro Del. Hormonioterapia paliativa em câncer de mama: aspectos práticos e revisão da literatura. **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 4, p. 338-343, 2010. Disponível em:<<http://www.sbcm.org.br/revistas/RBCM/RBCM-2010-04.pdf#page=49>>. Acesso em: 08 de maio. 2017.

LEITE, Franciéle Marabotti Costa et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados aos efeitos adversos da radioterapia. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 940-951, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/897>>. Acesso em: 07 de maio. 2017.

LEITE, Franciéle Marabotti Costa et al. Mulheres com diagnóstico de Câncer de Mama em tratamento com tamoxifeno: perfil ociodemográfico e clínico. **Rev. Bras. Cancerol.(Online)**, Espírito Santo, p. 15-21, dezem.2011. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/sus-23667>>. Acesso em: 23 de abr. 2017.

LEITE, K. C.; ANDRADE, Suellen Nóbrega de; NOVAES, Candice Cristiane Barros Santana. Mastectomia e auto imagem: a relação com a sexualidade sob a ótica da mulher atendida no programa Unacom do Hospital Regional de Aragaína. **II Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde. Recife**, p. 336-8, 2009. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id70r0.pdf >. Acesso em: 22 de maio. 2017.

LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena. Manual de aleitamento materno. **Lisboa: Comitê Português para a UNICEF**, p.19-25, 2008. Disponível em: <unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf>. Acesso em: 26 de maio. 2017.

LOPES, Ademar; CHAMMAS, Roger; IYEYASU, Hirofumi. **Oncologia para Graduação**. 3. ed. São Paulo: Lemar, 2013.

LOTTI, Renata Cardoso Baracho et al. Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. **Rev. bras. cancerol**, v. 54, n. 4, p. 367-371, 2008. Disponível em : <http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v04/pdf/367_372_Impacto_do_Tratamento_de_Cancer_de_Mama.pdf >. Acesso em: 19 de mar. 2017.

MACÊDO, Giane Dantas de et al. Influência do estilo de vida na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 4, p. 13-18, 2011. Disponível em : < <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/9939/5681>>. Acesso em: 01 de maio. 2017.

MARTINS, Edesio et al. Evolução temporal dos estádios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional no Brasil Central. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 31, n. 5, p. 219-23, 2009. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/42337233/Temporal_evolution_of_breast_cancer_stag20160207-21900-2vmhi9.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1493993846&Signature=OpzZN4Ag0xR5OBhjhnKJpDdkni0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEvolucao_temporal_dos_estadios_do_cancer.pdf >. Acesso em: 05 de maio. 2017.

MELO, Marcela Silvino Iglésias et al. Avaliação postural em pacientes submetidas à mastectomia radical modificada por meio da fotogrametria computadorizada. **Rev.**

Bras. Cancerol, p. 39-48, 2011. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_57/v01/pdf/07_artigo_avaliacao_postural_pacientes_mastectomia_fotogrametria.pdf>. Acesso em: 12 de maio. 2017.

MELO, Maria Cristina de; MENEZES, Maria de Fátima Batalha. Aconselhamento genético direcionado às clientes com diagnóstico de câncer de mama e seus familiares. *Nursing (São Paulo)*, v.10, n.118, p.125-131, 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=510749&indexSearch=ID>>. Acesso em: 27 de abr. 2017.

MISTURA, Claudelí; CARVALHO, Maria de Fátima Alvez Aguiar; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. Mulheres mastectomizadas: vivências frente ao câncer de mama. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 3, p. 351-359, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2943/2384>>. Acesso em: 21 de maio. 2017.

MOREIRA, João Ricardo et al. Sexualidade de mulheres mastectomizadas e submetidas à reconstrução mamária. **Rev. bras. mastologia**, v. 20, n. 4, p. 177-182, 2010. Disponível em: <http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2015/06/Mas_v20n4_177-182.pdf>. Acesso em: 13 de maio. 2017.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus Souza de Pires et al. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n.3, p. 477-84, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a07>>. Acesso em: 11 de maio. 2017.

MOURÃO, Carla Monique Lopes et al. Perfil de pacientes portadores de câncer de mama em um hospital de referência no Ceará. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 9, n. 2, 2016. Disponível em : <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4995/3680>>. Acesso em 05 de maio. 2017.

MUNIZ, Rosani Manfrin; ZAGO, Marcia Maria Fontão. A experiência da radioterapia oncológica para os pacientes: um remédio-veneno. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n. 6, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_10>. Acesso em: 7 de maio.2017.

OLIVEIRA, Evangelina Xavier Gouveia de et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 317-26, 2011. Disponível em: <<http://pitagoras.unicamp.br/~teleduc/cursos/diretorio/tmp/2676/portfolio/item/580/Texto%20acesso%20%E0%20assist%EAncia%20oncol%F3gica.pdf>>. Acesso em: 07 de maio. 2017.

OLIVEIRA JUNIOR, Francisco Claro et al. Reconstrução mamária total: técnicas e complicações. **Rev Bras Cir Plást**, v. 25, n. supl 1, p. 62, 2010. Disponível em: <www.rbc.org.br/export-pdf/672/v25n3s1a62.pdf>. Acesso em: 13 de maio. 2017.

OLIVEIRA, Marcia Maria Costa de et al. Epidemiologia do câncer de mama em pacientes do Sul do Brasil. **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista (Online)**, v. 6, n. 63, p. 4-14, 2009. Disponível em:

<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-42722009000300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 de maio. 2017.

OLIVEIRA, Riza Rute de; MORAIS, Sirlei Siani; SARIAN, Luís Otávio. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2010.

Disponível em: <<http://unicamp.sibi.usp.br/bitstream/handle/SBURI/29925/S0100-72032010001200007.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 13 de maio. 2017.

OLIVEIRA, Victor Alves de et al. Relação entre consumo alimentar da população nordestina e o alto índice de câncer gástrico nesta região. **RevInter Revista Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade**, Piauí v. 7, n.3, p. 6-24, 2014. Disponível em :<<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/10274>> . Acesso em: 20 dez. 2016.

ÓRFÃO, Adelaide; GOUVEIA, Cristina. Apontamentos de anatomia e fisiologia da lactação. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 25, n. 3, p. 347-54, 2009. Disponível em: <<http://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10631/10367>> . Acesso em: 27 abr. 2017.

PEREGRINO, Antonio Augusto de Freitas et al. Análise de custo-efetividade da idade de início do rastreamento mamográfico. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 56, n. 2, p. 187-193, 2010. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/3906789/03_artigo_analise_custo_inicio_rastreamento.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1493001285&Signature=ySu4NYR8haVa45PWWIVrDW5x1uY%3D&responsecontentdisposition=inline%3B%20filename%3DAnalise_de_Custo-Efetividade_da_Idade_de.pdf>. Acesso em 22 de abr. 2017.

PEREIRA, Dayane; BRAGA, Ana Aparecida Martinelli. A mastectomia e a resignificação do corpo no feminino. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 47-64, 2016. Disponível em:<<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/601/592>>. Acesso em: 19 de maio. 2017.

PETITO, Eliana Louzada et al. Aplicação de programa de exercícios domiciliares na reabilitação do ombro pós-cirurgia por câncer de mama. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 35-43, 2012. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4476/5964>> . Acesso em: 12 de maio. 2017.

PINHEIRO, Aline Barros et al. Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. **Rev. Bras. Cancerol.(Online)**,v.59,n.3, p. 351-359, 2013. Disponível em:<http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/05-artigo-cancer-mama-mulheres-jovens-analise-casos.pdf> . Acesso em 05 de maio. 2017.

PRADO, Bernardete Bisi Franklin do. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 66, n. 1, p. 21-24, 2014. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252014000100011&script=sci_arttext&lng=en>. Acesso em: 22 ago. 2016.

REZENDE, Laura Ferreira de et al. Avaliação das compensações linfáticas no pós-operatório de câncer de mama com dissecação axilar através da linfocintilografia. **Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular**, v. 7, n. 4, p. 370-5, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jvb/2008nahead/0208.pdf>>. Acesso em: 12 de maio. 2017.

RODRIGUES, André Fellipe Freitas et al. Os anticorpos e seus fragmentos na imunoterapia contra o câncer. **FACIDER- Revista Científica**, v. 1, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.seicesucol.edu.br/revista/index.php/facider/article/view/15/32>>. Acesso em 08 de maio. 2017.

RODRIGUES, André Fellipe Freitas. Sistema imunológico no combate ao câncer: Evasão da vigilância imunológica. **FACIDER- Revista Científica**, v. 3, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://www.seicesucol.edu.br/revista/index.php/facider/article/view/28/68>>. Acesso em 08 de maio. 2017.

SALIMENA, Anna Maria Oliveira et al. O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 1, p.143-145, 2013. Disponível em:<<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31320/20027>>. Acesso em: 19 de maio. 2017.

SANCHEZ, Keila de Oliveira Lisboa et al. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.2, p. 290-299, 2010. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43898020/267019594019.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1494511378&Signature=fM%2FyCyaJ7%2B5c%2FbmOQiWWuKZmgLc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DApoio_social_a_familia_do_paciente_com_c.pdf>. Acesso em 11 de maio. 2017.

SANTOS, Daniela Barsotti; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2511-2522, 2011. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/7756/art_SANTOS_Imagem_corporal_de_mulheres_com_cancer_de_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 07 de maio. 2017.

SAWADA, Namie Okino et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 581-587, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/40395/43357>>. Acesso em: 07 de maio. 2017.

SCHNEIDER, Ione Jayce Ceola; D'ORSI, Eleonora. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil Five-year survival and prognostic factors in women with breast cancer in Santa Catarina State, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1285-96, 2009. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44934157/Five-year_survival_and_prognostic_factor20160420-9409-1p5qx96.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1494020023&Signature=7qS%2BkjJE8nCjje6DP2hDpvHznf8%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DSobrevida_em_cinco_anos_e_fatores_progn_o.pdf>. Acesso em: 05 de maio. 2017.

SILVA, Elisvania Rodrigues da et al. Síndrome de Stewart Treves: relato de caso. **RBGO**, v. 25, n. 3, p.212, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n3/16625>>. Acesso em: 20 de maio. 2017.

SILVA, Fátima et al. Carcinoma da mama de tipo basal. **Acta Med Port**, v. 21, n.4, p. 373-378, 2008. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44039436/793-1347-1-PB.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1493307271&Signature=1xvedqCNCtB5Sn48%2FYMZAdk%2BDb0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DBasal-like_carcinoma_of_the_breast.pdf>. Acesso em: 27 de abr. 2017.

SILVA, Lucia Cecilia da. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 239-237, 2008. Disponível em :<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2>>. Acesso em: 07 de ago. 2016.

SILVA, Pamella Araújo da; RIUL, Sueli da Silva. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev Bras Enferm**, v.64, n.6, p.1016-1021,2011. Disponível em:<<http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/es/lil-626557>>. Acesso em: 10 de fev. 2017.

SILVA, Rita de Cássia Velozo da; CRUZ, Enêde Andrade da. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. **Esc Anna Nery**, Bahia, v.15, n.1, p.180-185, 2011. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/2806/1/25.pdf> >. Acesso em: 19 de maio. 2017.

SILVA, Samara Luíza. et al. A associação dos genes BRCA1 e BRCA2 às formas hereditária de câncer de mama e câncer de próstata. **Surgery and Clinical Research-BJSCR**, v.13,n.1,p.56-63, 2016. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160717_0935302.pdf#page=63>. Acesso em: 23 de abr. 2017.

STEIN, Airton Tetelbon et al. Rastreamento do câncer de mama: recomendações baseadas em evidências. **Revista da AMRIGS**, v. 53, n. 4, p. 438-446, 2009. Disponível em:<http://www.amrigs.org.br/revista/53-04/24-Rastreamento_unimed.pdf >. Acesso em: 30 de abr. 2017.

TARTARI, Rafaela Festugatto; BUSNELLO, Fenanda Michielin; NUNES, Cláudia Helena Abreu. Perfil nutricional de pacientes em tratamento quimioterápico em um ambulatório especializado em quimioterapia. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 56, n. 1, p. 43-50, 2010. Disponível em:

<<http://hospitalhelioangotti.com/enviados/201053222221.pdf>>. Acesso em 07 de maio. 2017.

TEIXEIRA, Graça; BARROSO, Isabel. Viver e ser mulher no pós mastectomia. **Revista da UIIPS**, v. 3, n. 5, p. 197-214, 2015. Disponível em: <<http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/article/view/99>>. Acesso em: 23 de maio. 2017.

TIEZZI, Daniel Guimarães et al. Epidemiologia do câncer de mama. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetricia**, v. 31, n. 5, p. 213-5, 2009. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n5/v31n5a01>>. Acesso em: 05 de maio. 2017.

TRUFELLI, Damila Cristina et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Rev Assoc Med Bras**, v.54, n.1, p. 72-76, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000100024> Acesso em: 12 de abr. 2017.

UYEDA, Mari; MARTINEZ, Lilian Cristina Bremmer. Os aspectos nutricionais e da enfermagem no processo de amamentação. **Saúde em foco**, v.1, n.7, p.161-169, 2015. Disponível em: <http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2015/aspectos_nutri_e_enfermagem.pdf>. Acesso em 04 de maio. 2017.

VICENZI, Adriana et al. Cuidado integral de enfermagem ao paciente oncológico e à família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 3, p. 409-417, 2013. Disponível em:<<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8816/pdf>>. Acesso em: 19 de maio. 2017.

ZANCHIN, Flávia Cristina et al. Estado nutricional e consumo alimentar de mulheres com câncer de mama atendidas em um serviço de mastologia no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. **Clinical & Biomedical Research**, v. 31, n. 3, p. 336-344, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/14728/13922>>. Acesso em 29 de jan. 2017.