



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

MARIA AGNER AMANTINO MACIEL

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA DETECÇÃO
PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA**

ARIQUEMES – RO

2012

Maria Agner Amantino Maciel

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA DETECÇÃO
PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA**

Monografia apresentada ao curso de
Graduação em Enfermagem da
Faculdade de Educação e Meio Ambiente
como requisito parcial a obtenção do grau
de Bacharel.

Prof.^a Orientadora: Esp. Denise F. De
Angelis Chocair

Ariquemes – RO

2012

Maria Agner Amantino Maciel

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial a obtenção do grau de Bacharel.

Prof.^a Orientadora: Esp. Denise F. De Angelis Chocair

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Orientadora Esp. Denise F. De Angelis Chocair
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof.^a Esp. Silvia Michelly Rossetto
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof.^a Esp. Sharon Maclaine Fernandes da Silva
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Ariquemes, 16 Novembro de 2012

Aos meus pais Eduardo e Edna, obrigada pelo amor, incentivo e compreensão, vocês me ajudaram alcançar essa vitória. Ao Dr. Ruffo Freitas Junior e Dr. Wladimir Zacariotti, obrigada pela atenção, carinho e humização.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a DEUS, pelo dom da vida e pela benção de viver um pouco mais. Obrigada! Senhor por ter me sustentado com seu braço forte, e dado forças para lutar, sabedoria no meu caminhar e iluminado meu caminho durante esta jornada! A Ele toda honra e gloria: *“Lâmpada para os meus pés é tua palavra e, luz para os meus caminhos .” Salmos 119:105*

À minha orientadora, Prof.^a Especialista Denise F. De Angelis Chocair, os maiores e mais sinceros agradecimentos. Sua confiança e orientação foram capazes de fazerem-me trilhar por um crescimento profissional que julgava impossível em tão pouco tempo. Toda minha admiração!

À professora Mônica Freiburger, meus agradecimentos especiais pelo incentivo e compreensão quando me estendeu a sua mão em meu favor muito obrigada! Tenho muita admiração por você!

Aos professores que, no decorrer do curso, desempenharam com dedicação e amor as aulas ministradas, sempre me incentivaram buscar o conhecimento.

Aos meus queridos pais Eduardo e Edna, pelo amor e carinho, que de forma especial, deram-me forças e coragem para seguir adiante. Obrigada por me ajudarem persistir diante das dificuldades que passei e lutar para torna-se realidade esta graduação. Obrigada por enxugarem minhas lágrimas, quando na verdade, precisava chorar para desabafar, por terem cuidado de mim estarem ao meu lado quando eu mais precisei, me apoiando e incentivando sempre. Amo vocês!

À minha família, já que são os maiores torcedores pelo meu sucesso. Às minhas queridas irmãs Eliana, Márcia e Sandra ao meu irmão Eduardo e minha cunhada Suzana, obrigada pelo amor, incentivo e intercessões a Deus para que Ele estivesse sempre comigo. Amo vocês!

As minhas sobrinhas e sobrinhos Thiago, Thais, Juliane, Thaianne, Milena, Daniela, Caio, Carolina e Eduardo Neto. Vocês são pedras preciosas, presente de Deus na minha vida.

Aos meus Cunhados Antonio, Daniel e Wesley, por torceram por mim e acreditaram em meu sonho. Valeu à pena!

A minha amiga especial Cristina Bittar, que me ajudou no momento mais difícil da minha vida enxugou minhas lágrimas, mas sorrimos muitas vezes juntas. Que o Senhor seja contigo por onde andares. Te amo!

A querida amiga e Pastora Vera Neto que sempre me amou e orou por mim, me aconselhando a andar pelos caminhos corretos, amo você!

É impossível deixar de agradecer à Divina Vilela que pelo maravilhoso amor e carinho, me ensinou andar nos caminhos do Senhor, muito obrigada!

Aos meus amigos enfermeiros Dilcilene, Fernanda, Joseane, Veridiane e Kênio, estou torcendo por vocês!

As minhas amigas: Joselma, Natalia, Rosalia, Moura, Patricia e Vanilda, muito abrigada!

Aos colegas da turma, vencemos todos os obstáculos juntos! Estou torcendo por vocês!

A todas as pessoas que contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

*Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber.
Escolhi ser Enfermeira porque Amo e respeito a vida!!!*

Florence Nightingale

RESUMO

O câncer consiste em uma patologia crônica, caracterizada pelo crescimento desordenado das células, o qual é resultante de alterações no código genético. Os cânceres malignos vêm se destacando cada vez mais entre as patologias que acometem a população feminina, representando, no Brasil e no mundo, importante causa de morte entre as mulheres. É relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária cresce rapidamente e progressivamente o seu índice. A equipe de enfermagem tem papel fundamental no processo educativo para a saúde, o desconhecimento por parte das mulheres como paciente favorece a prática inadequada da técnica de prevenção. O processo educacional deve ser dirigido tanto a população em geral, quanto aos profissionais de saúde, visando, especialmente ao diagnóstico precoce e prevenção. Trata-se de pesquisa de revisão de literatura descritiva, exploratória e quantitativa no período de maio a outubro de 2012, com o objetivo de realizar uma revisão de literatura sobre a importância da atuação do enfermeiro frente ao incentivo na realização do autoexame da mama. A coleta e análise das referências ocorreram nas bases de dados online da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, acervos pessoais e em livros da Biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Observou-se nesta revisão que de fato as estratégias de prevenção e promoção à saúde, reduzem, significativamente, a mortalidade por câncer de mama e as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas por esse tipo de neoplasia.

Palavras-chave: Câncer de mama, Enfermagem, Oncologia.

ABSTRACT

The cancer consists of a disorder characterized by uncontrolled cell growth, which results from changes in the genetic code. The malignant cancers have stood out increasingly among the diseases that affect the female population, representing, in Brazil and in the world, a major cause of death among women. It is relatively rare before 35 years of age, but above this age group is growing rapidly and progressively its index. The nursing staff plays a key role in the educational process for health, ignorance on the part of women as patient favors the practice of inadequate prevention technique. The educational process must be directed at both the general population, as health professionals, in order, especially for early diagnosis and prevention. This is research literature review descriptive, exploratory and quantitative between May and October 2012, with the goal of providing a review of literature on the importance of nurses' performance in carrying forward the encouragement of breast self-examination. The collection and analysis of the references occurred in the online databases of the Virtual Health Library, Virtual Library of the Ministry of Health, personal collections and books in the Library Julio Bordignon, Faculty of Education and Environment (Faema). It was noted in this review that actually prevention strategies and health promotion, significantly reduce mortality from breast cancer and the impact physical, mental and social caused by this type of neoplasia.

Keywords: Breast cancer, Nursing, Oncology.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA	15
4.2 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL.....	20
4.3 FATORES DE RISCO E AS POSSÍVEIS ESTRATÉGIAS QUE CONTRIBUEM NA DIMINUIÇÃO DA INCIDÊNCIA DO CÂNCER DE MAMA	21
4.4 A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA DETECÇÃO PRECOCE E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	23
4.4.1 O Autoexame da Mama	27
4.4.2 Exame Clínico da Mama	30
4.4.3 A Mamografia e a Ultrassonografia da Mama	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

INTRODUÇÃO

O câncer consiste em uma enfermidade crônica, caracterizada pelo crescimento celular desordenado, o qual é resultante de alterações no código genético. O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. Sua incidência vem aumentando ao longo do tempo, concomitantemente ao aumento da industrialização e da urbanização. (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

A explicação para este crescimento está na maior exposição dos indivíduos a fatores de risco. As mudanças dos padrões de vida, condições de trabalho, nutrição e consumo desencadeado pelo processo global de industrialização, tem reflexos importantes no perfil epidemiológico das populações. (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

As alterações demográficas, com redução das taxas de mortalidade e natalidade, indicam o prolongamento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, levando ao aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, especialmente o câncer. (CARVALHO et al., 2009).

O câncer de mama vem sendo amplamente estudado. Sua etiologia ainda não está totalmente esclarecida, sendo a mesma atribuída a uma interação de fatores que, de certa forma, são considerados determinantes no desenvolvimento da doença. Com exceção do sexo feminino, a idade é o fator de risco mais importante para o câncer de mama. Sua incidência cresce rapidamente até os 50 anos de idade, e posteriormente, essa elevação se dá de maneira mais lenta. (BATISTON et al., 2011).

A prevenção do câncer de mama pode ser primária ou secundária, sendo a primária responsável por modificar ou eliminar os fatores de risco. Na prevenção secundária enquadram-se o diagnóstico e o tratamento dos cânceres precoces. Destaca-se que a prevenção ainda é a melhor maneira de combater este tipo de câncer, pois só assim a doença adquire melhores chances de cura. (CARVALHO et al., 2009).

O autoexame da mama é o principal meio de prevenção secundária. Esta modalidade de avaliação deve ser estimulada para a detecção precoce de alterações mamárias, tem como vantagens a detecção de tumorações pequenas ou

ainda confinadas à glândula mamária, além de ser um método conveniente, útil, sem custo, de fácil execução, e é realizado pela própria mulher. (BRITO et al., 2010).

O diagnóstico precoce conduz a um tratamento menos mutilante, e existem evidências de que medidas realizadas com o intuito de reduzir o estadiamento clínico causam benefício à sobrevida e diminuem os custos do tratamento. Contudo, menos da metade da população realiza o autoexame da mama regularmente, e alguns trabalhos realizados no Brasil investigando o conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame da mama têm mostrado baixos percentuais desses índices. (BRITO et al., 2010).

Portanto, a enfermagem precisa estar atenta às consequências causadas pelo câncer de mama e realizar ações voltadas para prevenção primária e secundária. Pois a mulher acometida por essa patologia não tem apenas o seu corpo modificado, mas também a sua imagem corporal e diferentes aspectos da sua vida social e afetiva. (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever sobre o papel do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a fisiopatologia do câncer de mama;
- Relatar a epidemiologia do câncer de mama no Brasil;
- Destacar os fatores de risco e as possíveis estratégias que contribuem na diminuição da incidência do câncer de mama;
- Relacionar a importância do enfermeiro na detecção precoce e prevenção do câncer de mama.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório e quantitativo por meio de revisão de literatura, com base em estudos anteriores, o que possibilita a reunião de dados de diferentes tipos de delineamento de pesquisa. Os livros e artigos utilizados foram divulgados entre 2004 a 2012.

O assunto norteador para elaboração e seleção foi destacar a importância da atuação do enfermeiro frente ao incentivo na realização do autoexame das mamas, usando como critérios de inclusão os periódicos nacionais e internacionais que correspondiam com o tema do trabalho e os critérios de exclusão foram os artigos que não correspondiam a expectativas de busca.

A estratégia de busca utilizada foi a base de dados indexada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, acervos pessoais e livros da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e meio Ambiente – FAEMA, no período de Maio a Outubro de 2012, os descritores utilizados foram: Câncer de mama, enfermagem, oncologia.

Foram selecionados 26 artigos e 4 livros, após a leitura dos artigos foram excluídos os que não atendiam aos critérios de inclusão descritos anteriormente, destes foram utilizados 30 referências, sendo 18 artigos na língua portuguesa, que corresponde a (60%), 2 artigos em língua inglesa, que corresponde a (6,66%), 6 acervos pessoal, que corresponde a (20%) e 4 livros que corresponde a (13,33%), sendo que estes atendiam rigorosamente aos critérios de inclusão e seus resultados foram julgados suficiente para serem considerados, os dados foram coletados em cada estudo com o objetivo de garantir o desenvolvimento da revisão com rigor metodológico.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A palavra câncer vem do grego *karkínos*, que quer dizer caranguejo, foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 a.C. O fato de ter sido detectado câncer em múmias egípcias comprova que ele já comprometia o homem há mais de 3 mil anos antes de Cristo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Historicamente, a partir da Revolução Industrial, o câncer tomou uma grande proporção na saúde pública, tornando para os profissionais de saúde um problema de interesse mútuo por vários e diferentes motivos, entre os quais a sua alta taxa de incidência, especialmente nas regiões mais desenvolvidas, nas faixas etárias mais jovens e nas populações de maior poder aquisitivo. (CHARANEK, TOCCI, 2004).

Atualmente, câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 patologias, que têm em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Os cânceres malignos vêm se destacando cada vez mais entre as patologias que acometem a população feminina, representando, no Brasil e no mundo, importante causa de morte entre as mulheres. (SILVA, 2008).

O câncer consiste em uma patologia crônica, caracterizada pelo crescimento desordenado das células, o qual é resultante de alterações no código genético. Entre 5% a 10% dos cânceres são resultados diretos da herança de genes relacionados ao câncer, mas grande parte envolve danos ao material genético, de origem física, química ou biológica, que se acumulam ao longo da vida. (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

O Câncer de Mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo entre mulheres, seguido pelo câncer de pulmão. Para cada 200 mulheres existe um homem que desenvolve essa patologia. Estimativas revelam que no decorrer das décadas uma em cada oito mulheres apresentará câncer de mama, tendo como causa a grande exposição destas aos fatores de riscos, como por exemplo: mãe ou irmã com câncer de mama, principalmente se ocorrer antes da menopausa, menarca precoce (primeira menstruação) e menopausa tardia (última menstruação), primeira gestação após os 30 anos entre outros. (BRITO; BEZERRA; NERY, 2004).

“A neoplasia maligna de mama é responsável por cerca de 20% da incidência de câncer e por 14% do total de mortes associadas às neoplasias, entre as mulheres.” (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

O câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária cresce rapidamente e progressivamente o seu índice. As estatísticas indicam o aumento de sua frequência tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. (SILVA, 2008).

É crescente a incidência de câncer de mama e, embora a detecção precoce seja mais frequente e tenha havido melhoras no tratamento é, ainda, causa de grandes repercussões sobre a mulher. No Brasil, o câncer de mama é o mais incidente em todas as regiões, exceto na região Norte, na qual perde para o câncer de colo uterino, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) que estimou, para todo o Brasil, aproximadamente 49.240 casos novos em 2010. (BRITO et al., 2010).

4.1 FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA

As mamas são duas glândulas situadas sobre o músculo peitoral na parede torácica superior, uma de cada lado do tórax. O chamado corpo mamário é composto de epitélio e estroma, que poderão dar origem às lesões benignas e malignas específicas. (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2005).

O desenvolvimento da mama tem início na puberdade, estimulado pelo estrogênio dos ciclos sexuais mensais, que induzem o crescimento do estroma e do sistema canalicular, além do aumento da gordura que lhe aumenta o volume, tornando-a importante na função estética e na sexualidade. (CHARANEK, TOCCI, 2004).

Em geral, esse desenvolvimento inicia em torno de 10 anos de idade e continua aproximadamente, até os 16 anos de idade, podendo variar de 9 a 18 anos. (SMELTZER; BARE, 2005).

A mama passa por um desenvolvimento chamado estágios de Tanner, que vão de 1 a 5. No estágio 1 a mama é descrita como pré-púbere. O brotamento mamário é o estágio 2, o primeiro sinal da puberdade feminina. No estágio 3 envolve o aumento adicional do tecido mamário e da aréola. No estágio 4 o mamilo e a aréola formam um monte secundário no ápice do tecido mamário. O

desenvolvimento contínuo do alargamento da mama com contorno único é o estágio 5. (SMELTZER; BARE, 2005).

Ao ver de Kumar, Abbas e Fausto (2005), somente com o início da gestação a mama completa sua maturação morfológica e sua atividade funcional, já que tem como função principal a produção de leite.

As estruturas externas da mama são: mamilo – área elevada da mama e sensível a estímulos; aréola – área pigmentada ao redor do mamilo e tubérculos e Montgomery – glândulas sebáceas localizadas na aréola. Suas estruturas internas são: ductos lactíferos – que desembocam no mamilo comunicando-se com os alvéolos mamários; e lóbulos glandares. (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

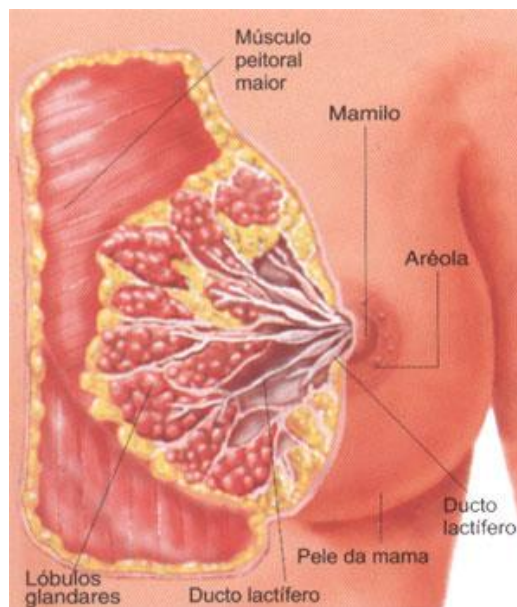


Figura 1 – Fisiologia da mama feminina

Fonte: <http://www.clinimater.com.br/anatomia.htm>

O tecido glandular e ductal, juntamente com o tecido fibroso se unem com os lobos e o tecido adiposo formando a glândula mamária que fica localizada entre a segunda e a sexta costela sobre o músculo peitoral maior, desde o esterno até a linha axilar média. Nas axilas se estende um tecido mamilar, chamada de cauda de Spence. (SMELTZER; BARE, 2005).

Sabe-se que os seres vivos são formados por milhões de células, que são as menores unidades de vida, cada célula pode se reproduzir formando outras células. As células normais que formam os tecidos do corpo humano são capazes de se multiplicar por meio de um processo contínuo que é natural, ou seja, cresce,

multiplica-se e morre de maneira contínua. Porém, nem todas as células normais são iguais: algumas nunca se dividem, como por exemplo, os neurônios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O crescimento das células do câncer é diferente do crescimento das células normais, em vez de morrerem, continuam crescendo incontrolavelmente, formando outras novas células anormais se dividindo de forma rápida, agressiva e incontrolável, espalhando-se para outras regiões do corpo, acarretando transtornos funcionais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

As células anormais se disseminam por meio do sistema linfático e da corrente sanguínea através do lado direito do coração. Podem atingir a outra mama, os pulmões, a parede torácica, o fígado, os ossos e até o cérebro. (JACOBSON, 2007).

O crescimento desordenado das células forma os tumores, que podem ser benignos ou malignos (câncer). Os tumores benignos crescem até um determinado tamanho e param, enquanto que os tumores malignos crescem de forma descontrolada invadindo as células à sua volta. São formas de crescimento celular controlada e não controladas. A hiperplasia, a metaplasia e a displasia são exemplos de crescimento controlado, enquanto que as neoplasias correspondem às formas de crescimento não controladas e são denominadas, na prática, de câncer. (BRASIL, 2011).

Os carcinomas invasivos ductais e lobulares são as formas mais comuns de câncer de mama. Os dados de prevalência apontam que o carcinoma ductal invasivo (CDI) varia de 50-75% e, o carcinoma lobular invasivo (CLI), de 5-15% de todas as neoplasias invasivas da mama. Existem outros tipos mais raros de câncer de mama invasivos que são: carcinoma medular, carcinoma mucinoso, carcinoma papilífero e carcinoma inflamatório. (GONÇALVES et al., 2012).

Em geral, os cânceres de mama podem ocorrer em qualquer ponto da mama, mas, porém, a maioria é encontrada onde se localiza a maior parte do tecido mamário, no quadrante superior externo. (SMELTZER; BARE, 2005).

“Apesar dos tumores malignos apresentarem uma grande variedade, eles possuem um comportamento biológico semelhante, quanto ao crescimento, invasão local, destruição dos órgãos vizinhos, disseminação regional e sistêmica.” (GONÇALVES et al., 2012, p.48).

O carcinoma mamário dissemina-se por via linfática, pela corrente sanguínea e por extensão direta. Os linfonodos agem como principais filtros das células que despreendem do tumor primário. Ao atravessar o filtro ganglionar, em geral, as células tumorais invadem os linfonodos supraclaviculares e entram na circulação venosa. (CHARANEK; TOCCI, 2004).

As células cancerígenas sofrem metástase para a axila, também podendo se disseminar para os gânglios mamários internos especialmente quando proveniente de tumor localizado no quadrante medial e na região areolar. A corrente sanguínea se torna a principal via de disseminação para alguns órgãos e sistemas. (CHARANEK; TOCCI, 2004).

Ao ver de Smeltzer e Bare, (2005), o câncer de mama pode ser dividido em dois grupos, sendo eles o Carcinoma In Situ (não invasivo) e carcinoma invasivo. Os quadros a seguir mostram detalhadamente os diferentes tipos de câncer:

CARCINOMA IN SITU	
Carcinoma Ductal In Situ	É o mais comum entre os dois tipos, apresenta a capacidade de progredir para câncer invasivo. O tratamento mais indicado é a mastectomia total ou simples.
Carcinoma Lobular In Situ	É caracterizado por proliferar suas células dentro dos lóbulos da mama. Está comumente associado à doença multicêntrica e raramente ao câncer invasivo. O tratamento indicado é a mastectomia bilateral profilática, para diminuir o risco do desenvolvimento do câncer invasivo. Outra opção de tratamento é a quimioprevenção.

Fonte: Elaborado pela acadêmica.

Quadro 1 – Descrição do Carcinoma In Situ

A mamografia de triagem é o melhor método na detecção precoce do carcinoma in situ, o que contribui 20% dos diagnósticos do câncer de mama. A proliferação das células malignas dessa doença ocorre dentro dos ductos e dos lóbulos, sem invasão para os tecidos circunvizinhos. É considerado câncer não invasivo em estado 0. (SMELTZER; BARE, 2005).

CARCINOMA INVASIVO	
Carcinoma Ductal Infiltrativo	É o tipo mais comum e contribuem com 75% de todos os cânceres de mama. Esses tumores são notáveis devido sua induração à palpação. Sua disseminação é através da metástase para os linfonodos axilares. Disseminam-se para os ossos, pulmão, fígado e cérebro. O seu prognóstico é o pior em relação a outros tipos de cânceres.
Carcinoma Lobular Infiltrativo	Contribui com 5% a 10% dos cânceres de mama. Sua característica é uma área de espessamento mal definida na mama. São multicêntricos, ou seja, podem ocorrer diversas áreas de espessamento em uma ou em ambas as mamas. Disseminam-se para os ossos, pulmão fígado e cérebro podendo gerar metástase para as superfícies meníngeas e outras partes incomuns.
Carcinoma Medular	Constitui aproximadamente 6% dos cânceres de mama. Seu desenvolvimento é em uma cápsula dentro de um ducto. Esse tumor pode ficar grande, porém seu prognóstico é favorável.
Câncer Mucinoso	Esse tipo de câncer contribui com cerca de 3% dos cânceres de mama. É um produtor de mucina - uma glicoproteína rica em serina, treonina, tirosina que são principais constituintes do muco. Exibe um crescimento lento, apresentando um prognóstico favorável.
Câncer Ductal Tubular	Esse tipo de câncer contribui apenas com 2% dos cânceres. A metástase axilar, geralmente é incomum tornando o prognóstico excelente.
Carcinoma Inflamatório	É um raro tipo de câncer (1ª 2%) com sintomas bem diferentes dos anteriores: é doloroso e sensível, a pele sobre ele se mostra avermelhada e mosqueada, ocorrem edema e retração do mamilo. A mama se torna anormalmente firme e aumentada. A metástase ocorre rapidamente para outras regiões do corpo. A quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia são empregadas para controlar a disseminação.
Doença de Paget	Contribui com 1% dos casos de cânceres. Os sintomas mais freqüentes são lesão descamativa, queimação e prurido ao redor do complexo mamilo-aréola. A mamografia e a biópsia são os meios de identificar essa patologia.

Fonte: Elaborado pela acadêmica.

Quadro 2 – Descrição do Carcinoma Invasivo

Apesar da grande variedade, os tumores malignos apresentam um comportamento biológico semelhante. Consiste em crescimento, invasão local, destruição dos órgãos vizinhos, disseminação local, regional e sistêmica. O tempo gasto nestas fases depende tanto do ritmo de crescimento tumoral como de fatores constitucionais do hospedeiro. (BRASIL, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, é alta a taxa de mortalidade entre as mulheres devido ao câncer de mama, principalmente entre as mais jovens, porém sua incidência é maior em mulheres com mais de 35 anos. (FIGUEIREDO, 2008).

4.2 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL

O Brasil tem acompanhado as altas taxas de incidência e mortalidade de câncer de mama dos países desenvolvidos, porém as medidas necessárias à prevenção, ao diagnóstico e ao controle da doença não têm sofrido o mesmo crescimento. (SILVA; RIUL, 2011).

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer com o maior índice no mundo e o mais comum entre as mulheres, e sua incidência vem aumentando ao longo do tempo, concomitantemente ao aumento da industrialização e da urbanização. É responsável por cerca de 20% da incidência de câncer e por 14% do total de mortes associadas às neoplasias, entre as mulheres. (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o número de mortes por câncer no mundo deverá crescer 45% entre 2007 e 2030, saltando de 7,9 milhões para 11,5 milhões de óbitos anuais e o número de casos novos deverá aumentar de 11,3 milhões para 15,5 milhões anuais no mesmo período. (MAJEWSKI et al., 2012).

No Brasil, em 2010/2011, as estimativas do Instituto Nacional do Câncer para apontaram para 49 novos casos de câncer de mama a cada 100 mil mulheres, sendo que a região sudeste é a área de maior incidência (65/100.000), seguida pela região sul do país (64/100.000). (MAJEWSKI et al., 2012).

Conforme as estatísticas, o número de diagnósticos da doença em estágio inicial é ainda considerado insuficiente, pois, em torno de 80% dos casos novos que são diagnosticados apresentam tumores em estágio avançado (III ou IV), fazendo com que a cirurgia invasiva seja a alternativa terapêutica mais recomendada. (MAJEWSKI et al., 2012).

A distribuição da incidência e da mortalidade por câncer é importante para conhecer os aspectos epidemiológicos da doença, desde a sua etiologia até os fatores prognósticos envolvidos. Com isso, possibilita gerar hipóteses causais e avaliar os avanços científicos em relação à prevenção e cura, bem como a sua resolução da atenção à saúde. (FREITAS; TERRA; MERCÊS, 2011).

Portanto, a detecção precoce, envolvendo rastreamento e o diagnóstico em fases iniciais, é considerada prioridade no enfrentamento do câncer de mama; e a reabilitação física, psíquica e social deve ser abordada como problema de saúde pública, cuja efetividade repercute em melhores resultados no tratamento. (MAJEWSKI et al., 2012).

4.3 FATORES DE RISCO E AS POSSÍVEIS ESTRATÉGIAS QUE CONTRIBUEM NA DIMINUIÇÃO DA INCIDÊNCIA DO CÂNCER DE MAMA

No Brasil o perfil da morbi-mortalidade vem sofrendo mudanças intensas, passando de doenças infecto-parasitárias a crônico-degenerativas, como o câncer, tendo como principais causas as mudanças nos hábitos de vida e no perfil epidemiológico da população. (SILVA; RIUL, 2011).

Como justificativa para esta situação, prevalece à educação deficiente das mulheres em relação aos fatores de risco e a demora em procurar atendimento, seja por falta de acesso, medo ou negação da doença. Isso revela não apenas o problema patológico em si, mas também a fragilidade da mulher que se vê diante de uma doença grave, mortal. (ARAÚJO; FERNANDES, 2008).

O conceito de risco tem se ampliado em torno das condições de vida e saúde, são várias condições que podem ameaçar os níveis de saúde de uma população ou mesmo sua qualidade de vida. A ocorrência das doenças reflete o hábito de vida das pessoas, suas condições sociais, econômicas e ambientais. A forma pela qual o indivíduo se insere em seu espaço social e com ele se relaciona é o que desencadeia o processo patológico e, a partir daí, define diferentes riscos de adoecer e morrer. (SILVA et al., 2011).

“A etiologia do câncer é multicausal, ou seja, resulta da interação de vários fatores, os quais, em maior ou menor extensão, aumentam a probabilidade de um

indivíduo vir a ter a doença, estes são os fatores de risco relacionados ao câncer.” (TONANI; CARVALHO, 2008).

Conforme o Ministério da Saúde, os principais fatores de risco para o câncer de mama são: sexo feminino, envelhecimento, gravidez em idade tardia, menarca precoce, menopausa após 55 anos, ciclos menstruais curtos, história familiar de câncer de mama, classe socioeconômica elevada, ausência de atividade sexual, residência em área urbana, inatividade física e os fatores ambientais. (JACOBSON, 2007).

A prevenção primária visa à promoção da saúde. Resulta no aumento do bem-estar e na proteção específica. Esse tipo de prevenção para o câncer de mama é responsável por evitar o aparecimento da doença por meio da intervenção no meio ambiente e em seus fatores de risco. Devido a incapacidade de mudar a predisposição genética, temos a possibilidade de realizar ações sobre as exposições e os fatores causais do câncer. (OLIVEIRA et al., 2012).

A prevenção secundária envolve ações para o diagnóstico precoce e tratamento simplificado, entendido por rastreamento. Para o câncer de mama, esse tipo de prevenção envolve o diagnóstico e o tratamento precoce, sendo assim, têm-se maiores chances de cura. (OLIVEIRA et al., 2012).

Não existe nenhum método isento de falhas como prevenção primária para o câncer de mama; porém, existem estratégias de prevenção secundária para a detecção precoce como o autoexame das mamas, o exame clínico das mamas e a mamografia, sendo esta última considerada o método de eleição de rastreio em programas populacionais pelo seu impacto sobre a mortalidade. (BRITO et al., 2010).

O controle do câncer vem sendo desenvolvido em todos os níveis de complexidade de assistência e com várias modalidades terapêuticas. Assim, propõem-se ações educativas e de diagnóstico precoce. Neste contexto, a enfermagem participa efetivamente de todas as iniciativas de controle do câncer de mama e assume de forma consistente as ações educativas. (OLIVEIRA et al., 2012).

Conhecer a percepção das mulheres, quanto ao câncer de mama, suas crenças quanto aos fatores de risco e o modo da detecção precoce, o tratamento, a gravidade da doença, o risco de recidiva, entre outros aspectos, é importante para implementar uma assistência de enfermagem de acordo com a realidade em que cada mulher vive. (GOZZO et al., 2012).

Este conhecimento permite ao enfermeiro (a), a utilização de uma linguagem compreensível e significativa para ambos. A mulher percebe-se respeitada em suas crenças, visualizando o serviço de saúde como parceiro na resolução de seus problemas de saúde. Neste sentido, planejar a educação em saúde voltada para o câncer de mama, poderá obter uma maior participação destas mulheres. (GOZZO et al., 2012).

O conceito de educação em saúde associa-se com o conceito de promoção de saúde, que está relacionado a processos que envolvem a participação de toda comunidade no contexto de sua vida cotidiana. Tem como objetivo a capacitação desses indivíduos na busca da melhoria das suas condições de saúde, ressaltando que esse processo visa à estimulação do diálogo, da reflexão, da ação partilhada e do questionamento. (OLIVEIRA et al., 2012).

O impacto ocasionado pelo câncer de mama na vida da mulher é enorme, pois além da dor e do desconforto decorrentes da doença e seu tratamento, ocorrem mudanças de ordem psíquica, social e econômica. Devido aos custos diretos com a compra de medicamentos, busca por procedimentos hospitalares, por outros serviços de saúde, além de custos indiretos como o potencial produtivo perdido. (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Diante desta situação, nota-se a importância do desenvolvimento de práticas educativas que abordem a prevenção e a detecção precoce do câncer de mama. As ações de Enfermagem devem ser voltadas para prevenção primária e secundária. Sendo assim, é de extrema importância o papel realizado pelo enfermeiro no desenvolvimento de práticas educativas, visando tanto à saúde individual quanto à coletiva, obtendo a transformação da realidade e a participação da população nesse processo. (OLIVEIRA et al., 2012).

4.4 A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA DETECÇÃO PRECOCE E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Em 1984, foi implantado o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), desde aí nota-se uma preocupação crescente em relação ao câncer de mama, cuja a principal demonstração foi por meio da Lei 11.664 (“Lei de Atenção Integral à Mulher”), de 2008 e da criação do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). As ações de saúde integral da mulher reforçam os princípios

estabelecidos pelo SUS, como universalidade, ou seja, o direito universal à saúde. (CUNHA, 2009).

O SISMAMA é uma ferramenta gerencial e fornece dados sobre a população examinada, resultados dos exames, acompanhamento dos casos alterados, qualidade dos serviços dentre outras informações necessárias que permita a análise, avaliação e planejamento das ações. (BRASIL, 2009).

Conforme Instituto Nacional de Câncer (2009), o sistema que padroniza o laudo mamográfico e sugere condutas clínicas gerado no SISMAMA se baseia na categorização do Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS®), publicação do Colégio Americano de Radiologia (EUA), traduzida pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.

Tabela 1 – Categoria BI-RADS® no laudo mamográfico e recomendações de conduta

CATEGORIA BI-RADS®	INTERPRETAÇÃO	RISCO DE CÂNCER	RECOMENDAÇÃO
0	Inconclusivo	-	Avaliação adicional por imagem ou comparação com exames anteriores
1	Sem achados	0,05%	Rotina de rastreamento
2	Achados benignos	0,05%	Rotina de rastreamento
3	Achados provavelmente benignos	Até 2%	Inicialmente repetir em 6 meses (eventualmente biópsia)
4 (A,B,C)	Achados suspeitos de malignidade	> 20%	Biópsia
5	Achados altamente sugestivos de malignidade	> 75%	Biópsia
6	Biópsia prévia com malignidade comprovada	100%	-

Fonte: (BRASIL, 2009, p. 3)

Conforme Brasil (2008), sob a Lei 11.664, o SUS deverá assegurar atenção integral à mulher, como se pode perceber na própria letra da lei:

Art. 1º As ações de saúde previstas no inciso II do caput do art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, relativas à prevenção, detecção, tratamento e controle dos cânceres do colo uterino e de mama são asseguradas, em todo o território nacional, nos termos desta Lei.

Art. 2º O Sistema Único de Saúde – SUS, por meio dos seus serviços, próprios, conveniados ou contratados, deve assegurar:

I – a assistência integral à saúde da mulher, incluindo amplo trabalho informativo e educativo sobre a prevenção, a detecção, o tratamento e controle, ou seguimento pós-tratamento, das doenças a que se refere o art. 1º desta Lei;

[...]

III – a realização do exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos quarenta anos de idade.

A equipe de enfermagem tem papel fundamental no processo educativo para a saúde, o desconhecimento por parte das mulheres como paciente favorece a prática inadequada da técnica de prevenção. O processo educacional deve ser dirigido tanto a população em geral, quanto aos profissionais de saúde, visando, especialmente ao diagnóstico precoce e prevenção. (CHARANEK, TOCCI, 2004).

A elaboração e implantação de programas de detecção precoce do câncer de mama deverão incluir estratégias para inserção e conscientização das mulheres e principalmente dos profissionais da saúde. (CHARANEK, TOCCI, 2004).

As mamas têm um papel importante na beleza feminina. Diante da possibilidade de uma doença que afete a integridade das mamas, a mulher manifesta sentimentos que podem dificultar a detecção e tratamento de um problema mamário. (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

O enfermeiro, durante o atendimento as mulheres, deve estimular o auto cuidado, direcionando a sua prática para a prevenção e detecção precoce do aparecimento de alterações mamaria, contribuindo a favor da mulher e a manutenção da vida, da saúde e bem estar. (MACIEL; KUNZ, 2010).

A equipe de enfermagem, consciente das implicações ocasionadas pelas alterações da mama, deve encorajar e ensinar as mulheres a realizarem o autoexame das mamas durante a consulta ginecológica, podendo ser também durante as reuniões educativas, grupos de mulheres e em salas de espera. (FIGUEIREDO, 2010).

O autoexame permite à mulher participar do controle da sua saúde, pois com a realização contínua permitirá identificar precocemente as alterações mamárias, que na maioria dos casos, é a própria mulher quem descobre sua patologia mamária. (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

Como vantagens do autoexame das mamas destacam-se a detecção precoce de tumores pequenos ou ainda confinados em glândula mamária, além de ser um método conveniente, útil, sem custo e de fácil execução. (BRITO, et al., 2010).

A enfermagem pode e deve possibilitar uma assistência à mulher de forma integral, através da consulta de enfermagem, sendo uma excelente oportunidade para a educar no desenvolvimento de um comportamento preventivo, ou seja, para buscar espontaneamente os serviços de saúde de forma periódica, mesmo na ausência de sinais e sintomas. (MACIEL; KUNZ, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que, para se ter controle eficaz do câncer de mama, são necessárias medidas preventivas que garantam um diagnóstico da doença nas fases iniciais, ressaltando, assim, a importância das ações da enfermagem na detecção precoce. (GONÇALVES, et al., 2012).

De fato as estratégias de prevenção e promoção à saúde, reduzem, significativamente, a mortalidade por câncer de mama e as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas por esse tipo de neoplasia. (GONÇALVES, et al., 2012).

A consulta de enfermagem inclui a identificação dos fatores de risco com base na anamnese. Segundo o Ministério da Educação (2012), no atendimento Individual deve ser realizado o exame clínico das mamas; orientar a mulher sobre o exame mamográfico, enfatizando a indicação técnica e sua periodicidade; estimular ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do corpo, incluindo o autoexame das mamas realizado periodicamente pela própria mulher.

O enfermeiro deve realizar o agendamento das mulheres assintomáticas para consultas periódicas e se necessário encaminhar ao especialista caso como de “risco alto” ou anormalidades. (BRASIL, 2012).

No atendimento coletivo realizar educação em saúde sobre o câncer é de grande importância. Explicar os métodos de detecção, fatores de riscos visando à mobilização, quebra de preconceitos e à conscientização para o autocuidado e para a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama. (BRASIL, 2012).

Cientificamente, não existem estratégias específicas que possibilitem a prevenção primária do câncer de mama, porém, é possível diminuir sua incidência por meio de ações de promoção à saúde, enfatizando a atenção aos fatores de risco, principalmente a obesidade e o tabagismo. (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2010).

A detecção da doença em estágio inicial favorece o tratamento, podendo erradicar totalmente o câncer de mama. Essa detecção precoce é realizada por meio do autoexame das mamas, exame clínico das mamas e a mamografia. (SANTOS; CHUBACI, 2011).

4.4.1 O Autoexame da Mama

Ao ver de Figueiredo, Viana e Machado (2008) o autoexame da mama consiste em três etapas: inspeção, palpação e expressão. (Figura 2)

- Inspeção: a mulher, nua diante do espelho, com os braços estendidos ao longo do tronco, compara uma mama com a outra quanto ao tamanho, posição, cor de pele, retrações ou qualquer outra alteração. Em seguida, levanta os braços sobre a cabeça e faz as mesmas comparações, observando também se existem abaulamentos. Depois, coloca as mãos nos quadris, pressionando-os para que o contorno das mamas fique salientado. Se houver retração, pode indicar processo neoplásico.
- Palpação: a mulher deitada apalpa, colocando um travesseiro ou uma toalha debaixo do lado esquerdo do corpo e a mão esquerda sob a cabeça. Com os dedos da mão direita, realiza a palpação de toda a mama esquerda e a região axilar esquerda. Invertendo a posição para o lado esquerdo, apalpa da mesma forma a mama direita. A mulher também pode fazer durante o banho, pois com a pele ensaboada os dedos deslizam suavemente. Elevar o braço direito e palpar com a mão esquerda toda a mama direita, estendendo até a axila direita. Fazer o mesmo na mama esquerda.
- Após a palpação, a mulher deve fazer a expressão dos mamilos delicadamente, procurando verificar a presença de secreção. (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, p. 301, 2008).



Figura 2 – Autoexame das mamas

Fonte: http://www.uddo.com.br/uddo/index.php?option=com_content&view=article&id=85&Itemid=62

O autoexame da mama deve ser realizado mensalmente, após a menstruação, pois as mamas não apresentam edemas. Quando a mulher não menstrua mais, é recomendado escolher um dia fixo do mês. (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

O Autoexame da mama não tem efeito adverso e possibilita a participação direta da mulher no controle e manutenção de sua saúde. Deve ser realizado entre o sétimo e o décimo dia após a menstruação, nos quais as mamas encontram-se indolores, menores e menos consistentes. (SILVA; RIUL, 2011).

Quando não há menstruação, nos casos de climatério, histerectomia e amamentação, deve-se realizar o exame mensalmente, sempre no mesmo dia, escolhido arbitrariamente. (SILVA; RIUL, 2011).

Algumas observações devem ser destacadas como: as mamas não são rigorosamente iguais; o autoexame não deve ser substituído por exames ginecológicos de rotina; a presença de um nódulo não significa um câncer; qualquer alteração nas mamas é o bastante para se procurar um serviço de saúde. (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

Existem na literatura resultados de pesquisas evidenciando uma diminuição significativa da mortalidade pelo câncer de mama com a utilização do autoexame das

mamas. Esta modalidade de avaliação deve ser estimulada pelos profissionais de saúde para a detecção precoce de alterações mamárias em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, visto que se o diagnóstico for tardio, refletirá em estádios clínicos mais avançados. (BRITO et al., 2010).

Como vantagens do autoexame da mama destacam-se a detecção de tumores pequenos ou ainda confinados à glândula mamária, além de ser um método conveniente, útil, sem custo e de fácil execução. (BRITO et al., 2010).

“As desvantagens do autoexame da mama são o maior número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos exames falso-negativos e impacto psicológico nos falso-positivos.” (SILVA; RIUL, 2011, p.1017).

A descoberta inicial de tumores leva a um tratamento menos mutilante. Existem evidências de que medidas realizadas com o intuito de reduzir o estadiamento clínico causam benefício à sobrevida e diminuem os custos do tratamento. (BRITO et al., 2010).

As mulheres devem começar a praticar o autoexame da mama após a sua primeira consulta ginecológica, que geralmente ocorre no final da adolescência ou no início dos 20 anos de idade. (SMELTZER; BARE, 2005).

Contudo, menos da metade da população realiza o autoexame da mama regularmente, e alguns estudos realizados no Brasil investigando o conhecimento, prática e atitude sobre esse procedimento têm mostrado baixos percentuais desses índices. Torna-se necessária a intervenção dos profissionais de Saúde na educação em saúde da mulher sobre a importância da prevenção do câncer de mama. (BRITO et al., 2010).

Embora a mamografia seja o principal método apontado pelas normas de especialistas como sendo o diagnóstico de eleição para o câncer de mama em programas populacionais de rastreamento da doença devido a seu impacto na mortalidade, o autoexame constitui componente importante das atividades de rotina, bem como para uma educação em saúde voltada para o cuidado geral das mamas. (JÚNIOR et al., 2006).

No Brasil, bem como em outros países da América Latina onde ainda prevalece o diagnóstico tardio da doença, seria de grande relevância o emprego de uma abordagem englobadora da questão, visando antecipar sua detecção e controle enquanto problema de saúde pública. (JÚNIOR et al., 2006).

O enfermeiro (a) possui um papel central na educação preventiva. Deve-se prestar o ensino, fornecimento de informação e encorajamento do cuidado adequado para a prevenção, detecção e tratamento das patologias mamárias. Um atendimento individual com o paciente em uma sessão de ensino pode aumentar a frequência com a qual ela pratica o autoexame da mama. (SMELTZER; BARE, 2005).

4.4.2 Exame Clínico da Mama

O exame clínico da mama faz parte do atendimento integral à mulher. Deve ser inserido no exame físico e ginecológico de todas as mulheres, independente da faixa etária, servindo de subsídio para exames complementares. (SILVA; RIUL, 2011).

Para mulheres com idades entre 20 a 40 anos, é recomendado um exame clínico da mama, pelo menos a cada três anos. Depois dessa faixa etária é recomendado anualmente. (SMELTZER; BARE, 2005).

Ao ver de Smeltzer e Bare (2005), um exame completo da mama, demora pelo menos 10 minutos, incluindo a orientação do autoexame da mama. No quadro a seguir mostra claramente os passos da realização do exame clínico da mama, sendo inspeção e palpação:

INSPEÇÃO	O paciente senta-se em posição confortável de frente ao examinador. As mamas são inspeccionadas quanto ao tamanho e a simetria, coloração da pele e padrão venoso, se há presença de edema, eritema, inflamação, pele com aspecto de casca de laranja entre outras alterações anormais. Os mamilos são avaliados se há alterações como inversão de um ou ambos. A ulceração, exantemas ou secreção mamilar espontânea exigem avaliação. O paciente deve elevar ambos os braços acima da cabeça, as mamas devem se elevar por igual. Em seguida o paciente deve colocar as mãos na cintura e empurrar para dentro. Esses movimentos, provocando a contração dos músculos peitorais, não alteram normalmente o contorno da mama ou direção do mamilo. Qualquer alteração durante esses movimentos pode sugerir malignidade. As regiões clavicular e axilar também são inspeccionadas quanto a edema, coloração, lesões e linfonodos aumentados.
PALPAÇÃO	Com o paciente sentado a palpação deve ser feita nas áreas axilar e clavicular. Os linfonodos axilares são examinados. O examinador aduz delicadamente o braço do paciente a partir do tórax. Delicadamente, a parte plana das pontas dos dedos é empregada para palpar delicadamente as áreas dos linfonodos centrais, laterais, subescapular e peitorais. Com o paciente em decúbito dorsal, deve apoiar o ombro em um pequeno travesseiro para equilibrar a mama sobre a parede torácica. A palpação sistemática leve deve prosseguir em uma direção horária que inclui a superfície total da mama e a cauda axilar. Durante a palpação deve ser avaliada a consistência tecidual, sensação dolorosa e massas. Qualquer anormalidade detectada durante a inspeção e palpação, deve ser encaminhada a um médico.

Fonte: Elaborado pela acadêmica.

Quadro 3 – Prática do exame clínico da mama

4.4.3 A Mamografia e a Ultrassonografia da Mama

A mamografia é uma radiografia da mama, que detecta lesões iniciais. É uma técnica de imagem da mama que pode detectar lesões impalpáveis e auxiliar no diagnóstico de massas palpáveis. (SMELTZER; BARE, 2005).

É um exame radiológico dos tecidos moles das mamas, de alto custo, mais usado em mulheres com 35 anos ou mais. Permite a identificação de alterações não perceptíveis ao exame clínico da mama, não substituindo o mesmo. A ultrassonografia é o exame de escolha para mulheres com menos de 35 anos de idade, sendo também utilizado para mamas densas, nódulos palpáveis com ou sem mamografia negativa, processos inflamatórios e grávidas com sintomas mamários. (SILVA; RIUL, 2011).

Dentre os métodos de detecção precoce já citados, a mamografia é considerada a mais eficaz. Estudos mostram que a mamografia reduziu em média 30% dos óbitos de câncer em mulheres com mais de 50 anos. (SANTOS; CHUBACI, 2011).

Este exame é indicado para mulheres assintomáticas, para rastreamento da neoplasia; e para mulheres sintomáticas, para achados clínicos suspeitos de câncer de mama. Em média, a mamografia detecta de 80% a 90% dos casos de câncer de mama em mulheres assintomáticas ajudando a reduzir a mortalidade por câncer de mama, pois este exame permite a antecipação, em cerca de dois anos, do diagnóstico. (SANTOS; CHUBACI, 2011).

Dessa maneira, a mamografia permite que a doença seja detectada precocemente, colaborando com um tratamento mais eficiente, tornando danos estéticos menores e diminuindo a morbidade entre a população feminina. (SANTOS; CHUBACI, 2011).

O INCA preconiza a realização da mamografia, com intervalo máximo de dois anos, após os 50 anos; da combinação do exame clínico das mamas anualmente, a partir dos 35 anos, para os grupos com risco elevado; e a garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alteração nos exames realizados. (SILVA; RIUL, 2011).

A não realização do exame é devido que um grande número de mulheres apresenta desconforto durante a mamografia, sendo que após o exame, os traumas físico e psicológico deixados podem levá-las a evitar exames futuros ou, ainda, a comentar com amigas, impedindo que estas, por sua vez, se submetam a este importante método propedêutico. (JÚNIOR, et al., 2006).

Assim, devem ser realizadas ações no sentido de diminuir a dor e o desconforto durante o procedimento mamográfico, de forma que a mulher possa usufruir dessa tecnologia em seu benefício, porém, sem sofrimento. (JÚNIOR, et al., 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados analisados para esse estudo apontam a necessidade da participação do enfermeiro (a), como veículo de informações, na luta contra a incidência do câncer de mama.

Até o momento, o diagnóstico precoce tem mostrado-se a melhor ferramenta disponível em escala populacional para o combate a doença, conseguindo alterar favoravelmente sua história natural, porém a necessidade de evoluir com relação às políticas de saúde públicas, relacionada ao melhor esclarecimento e orientação da população e o acesso aos serviços prestados pelos profissionais de saúde, ainda são deficientes.

Sabe-se que a prevenção ainda é a melhor maneira de combater o câncer de mama, pois só assim a doença adquire melhores chances de cura. A educação em saúde e o incentivo ao autoexame das mamas, realizada pela enfermagem é essencial para a população feminina.

O preparo para o autocuidado e a promoção de saúde vai além de meras informações sobre como cuidar de uma condição de saúde. Por isso, no que se refere à responsabilidade da criação de ações para o cuidado, a instauração de um processo de conhecimento faz-se necessário para o desenvolvimento de um trabalho educativo com as pessoas envolvidas na busca de uma qualidade de vida.

Portanto cabe aos profissionais de saúde com ênfase no enfermeiro (a) este que deve ser um veículo transformador no ambiente de trabalho, que através de seu conhecimento possa realizar educação e saúde enfatizar a importância do cuidado das mamas de maneira preventiva.

É de suma importância que se coloque em prática propostas educativas que problematizem o câncer de mama entre as mulheres, principalmente para que os serviços de saúde facilitem o acesso e disponibilizem métodos, técnicas e profissionais que orientem a população quanto ao diagnóstico precoce. A educação continuada é indispensável para que se tenha a possibilidade de realizar a capacitação dos profissionais da área de saúde, para exercer papel educador e cuidador.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Iliana Maria de Almeida; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.664-71, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a09.pdf>. Acesso em: 12/09/2012.

BATISTON, Adriane Pires. et al. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. **Revista Brasileira de Saúde Maternidade Infantil**, Recife, v.11, n.2, p.163-171, abr/jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n2/a07v11n2.pdf>. Acesso em: 14/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação do controle de Câncer de mama- SISMAMA**. Manual Gerencial do SISMAMA. abr, 2009. Disponível em: ftp://ftp.datasus.gov.br/siscam/siscolo/Manual_Gerencial_SISMAMA_Abril.pdf. Acesso em: 07/11/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/ Coordenação Geral de Sistemas de Informação**. Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SAI/SUS- Sistema de Informações Ambulatoriais. 13ª ed. Brasília- DF, 2011. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/manual_oncologia_13edicao_agosto_2011.pdf. Acesso em: 14/09/2012.

BRASIL. Ministério da Educação. **Desenvolvimento de atividades dos profissionais de residência multiprofissional em saúde no HUAP**. Memorando nº 26/2012/CRMS/HUAP/ Universidade Federal Fluminense Hospital universitário Antônio Pedro. Niterói, 2012. Disponível em: http://www.huap.uff.br/residmultiprof/sites/default/files/26_-_Memo_-_Instrutivo.pdf. Acesso em: 05/10/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do Câncer: Abordagens Básicas para o controle do Câncer/ Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA)**. 2ª ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: inca, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11664.htm. Acesso em: 15/10/2012.

BRITO, Luciane Maria Oliveira. et al. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 241-246, mai. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n5/a07v32n5.pdf>. Acesso em: 16/09/2012.

CARVALHO, Cecília Maria Resende Gonçalves de. et al. Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.4, p.579-582, jul/ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/14.pdf>. Acesso em: 14/09/2012.

CHARANEK, Viviana Mohamed; TOCCI, Heloísa Antonia. O papel do enfermeiro na prevenção do câncer de mama. **Revista de Enfermagem UNISA**, v.5, p.41-44, 2004. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2004-09.pdf>. Acesso em: 14/05/2012.

CUNHA, Nara Fabiana da. **Políticas Públicas no Brasil com ênfase na prevenção do câncer de mama**. IFAR. UCG Universidade católica de Goiânia/ Curso de Especialização em Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: <http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/V%20MOSTRA%20DE%20PRODUO%20CIENTIFICA/SAUDE/78.pdf>. Acesso em: 15/10/2012.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; VIANA, Dirce Laplaca; MACHADO, William César Alves. **Tratado Prático de Enfermagem**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2008.

FREITAS, Catia Regina Pirhardt; TERRA, Karina Lemos; MERCÊS, Nen Nalú Alves das. Conhecimentos dos acadêmicos sobre prevenção do câncer de mama. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.4, p. 682-687, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n4/v32n4a07.pdf>. Acesso em: 12/09/2012.

GONÇALVES, Leila Luíza Conceição. et al. Câncer de mama feminino: aspectos clínicos e patológicos dos casos cadastrados de 2005 a 2008 num serviço público de oncologia de Sergipe. **Revista Brasileira de Saúde Maternidade Infantil**, Recife, v. 12, n.1, p. 47-54, jan/mar, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n1/05.pdf>. Acesso em: 12/09/2012.

GOZZO, Thais de Oliveira. et al. Informações para a elaboração de um manual educativo destinado às mulheres com câncer de mama. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.306-311, abr/jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/14.pdf>. Acesso em: 14/09/2012.

INUMARU, Livia Emi; SILVEIRA, Érika Aparecida da; NAVES, Maria Margareth Veloso. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.7, p.1259-1270, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/02.pdf>. Acesso em: 14/09/2012.

JACOBSON, Roxane. **Doenças da Sintomatologia ao Plano de Alta**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

JÚNIOR, Ruffo Freitas. et al. Desconforto e dor durante realização da mamografia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.52, n.5, p.333-336, set/out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n5/a21v52n5.pdf>. Acesso em: 16/10/2012.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul k.; FAUSTO, Nelson. **Patologia Bases Patológicas das Doenças**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

MACIEL, Idauana de; KUNZ Jurema Zancanaro. **Assistência de Enfermagem À Mulher na Promoção E Prevenção Do Câncer do Colo Uterino E Mama (Fundamentado na teoria de Dorothea Elizabeth Orem)**. Prática Assistencial no Curso de Enfermagem, referente à disciplina de Enfermagem assistencial aplicada II (Estágio Curricular)-Universidade Estadual Da Região De Chapecó (UNOCHAPECÓ), Chapecó-SC, 2010. Disponível em: <http://www5.unochapeco.edu.br/pergamum/biblioteca/php/imagens/000062/000062D F.pdf>. Acesso em: 28/10/2012.

MAJEWSKI, Juliana Machado. et al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.707-716, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a17.pdf>. Acesso em: 12/09/2012.

MATOS, Jéssica Carvalho de; PELLOSO, Sandra Marisa; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Prevalence of risk factors for breast neoplasm in the city of Maringá, Paraná state, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.3, p. 352-359, mai./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/18n3/09.pdf> . Acesso em: 29/10/2012.

OLIVEIRA, Andresa Mendonça de. et al. Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n.1, p. 240-245, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a32.pdf>. Acesso em: 12/09/2012.

SANTOS, Daniela Barsotti; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.5, p.2511-2522, mai. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a21v16n5.pdf>. Acesso em: 14/09/2012.

SANTOS, Glenda Dias dos; CHUBACI, Rosa Yuka Sato. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.5, p.2533-2540, mai. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a23v16n5.pdf> . Acesso em: 14/09/2012.

SILVA, Anna Paula Sousa da. et al. Conceito de risco para câncer de mama em pesquisas de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.24, n.6, p.834-838, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/a18v24n6.pdf>. Acesso em: 12/09/2012.

SILVA, Lucia Cecilia da. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 13, n. 2, p. 231-237, abr/jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2.pdf>. Acesso em: 14/09/2012.

SILVA, Pamella Araújo da; RIUL, Sueli da Silva. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1016-1021, nov/dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a05.pdf>. Acesso em: 14/09/2012.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TONANI, Marcela; CARVALHO, Emilia Campos de. Cancer risk and preventive behavior: persuasion as an intervention strategy. **Revista Latino-Americana**,

Ribeirão Preto, v.16, n.5, p. 864-870, set./out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/11.pdf>. Acesso em: 29/10/2012.

VIEIRA; Carolina Pasquote; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n.2, p.311-316, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/19.pdf> Acesso em: 12/09/2012.