

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

ALANA CRISTINA SILVA DE SOUZA

**A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES
PORTADORA DO CÂNCER DE MAMA**

**NATAL/RN
2011**

ALANA CRISTINA SILVA DE SOUZA

**A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES
PORTADORA DO CÂNCER DE MAMA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

**ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a. Izete
Soares da Silva Dantas Pereira.**

**NATAL/RN
2011**

FOLHA DE APROVAÇÃO

A monografia intitulada **A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES PORTADORA DO CÂNCER DE MAMA** apresentada pela aluna: Alana Cristina Silva de Souza. Foi considerada aprovada pela Banca examinadora, abaixo discriminada.

Aprovada em: ____/____/____

Prof.^a Dr.^a. Izete Soares da Silva Dantas Pereira.
Orientadora-FARN

Prof.^a Mariluce Oliveira de Araujo
Membro-FARN

Prof.^a Graça Nicollete
Membro-FARN

A minha tia Aline Cabral porque lutou com garra e coragem para que eu conseguisse alcançar o meu objetivo, por toda a dedicação e contribuições dadas na minha trajetória.

A minha Mãe Maria Sorineide que é a pessoa mais especial em minha vida, pelos inúmeros exemplos de força, determinação, perseverança, e pelo amor sem limites, dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado á chance de ser aquilo que escolher, por ter confiado a mim o dom de cuidar e por todas as coisas maravilhosas que têm feito em minha vida.

Aos meus pais, João Maria (in memoriam) e Sorineide, por terem acreditado em mim, por terem me apoiado e por muitas vezes terem se sacrificado para me dar tudo o que precisei.

A minha irmã, Amanda Cristina, pelo amor incondicional que sentimos uma pela outra.

Aos meus avós, Terezinha Santana e Olavo Cabral (in memoriam) e Manoel pereira e Tereza Lisboa, pelo carinho, incentivo e por sempre acreditando no meu potencial em todos os momentos.

Aos meus tios e primos em especial a minhas tias Aline Cabral e Fatima Cabral e aos meus primos Luciana Cabral e Luciano Cabral, pela atenção e apoio durante essa minha trajetória.

A meu noivo, André Heider, pela compreensão, paciência e palavras de incentivo nos momentos difíceis no qual passamos sempre juntos.

Aos meus sogros, João Martins e Ana Lúcia castro, que sempre incentivaram com palavras amigas e sinceras.

A minha cunhada e amiga Joana Daniella que sempre esteve ao meu lado.

A todos os meus familiares por me ajudarem, direta ou indiretamente, nesta minha etapa.

A Prof.^aDr^a. Izete Pereira, que dedicou muito do seu tempo me orientando, embora tivesse outros interesses a resolver. Obrigada pelos ensinamentos, atenção, amizade e dedicação ao longo deste período.

A todos os professores pelas palavras, e valiosas contribuições a minha formação.

A Direção Geral da FARN.

A Coordenadora do curso de Enfermagem, Prof.^a Rejane Millions.

As minhas amigas Bárbara Cândido, Vivian Menezes e Juliana Carla que sempre compartilhamos momentos de descobertas e crescimentos.

“Bom mesmo é ir a luta com determinação, abraçar a vida e viver com paixão, perder com classe e viver com ousadia. Pois o triunfo pertence a quem se atreve, e a vida é muito bela para ser insignificante”. Charles Chaplin

RESUMO

O câncer é considerado uma doença crônica e absolutamente tratável e que em muitos casos pode ser curado principalmente quando diagnosticado precocemente.

O câncer é um processo patológico que começa quando as células cancerígenas se proliferam de formas opostas as normais e são capazes de invadir e colonizar os tecidos circunjacentes. O câncer de mama representa um grave problema na saúde pública dentre a população feminina, pois é o mais comum entre as mulheres. No Brasil a taxa de mortalidade por câncer de mama continua elevada, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estado avançado.

A sistematização da enfermagem é o meio que o enfermeiro dispõe para aplicar os seus conhecimentos técnicos científicos e humanos na assistência ao paciente, assim atendendo as necessidades individuais do cliente-família e as necessidades de um futuro agravo. Este trabalho tem como objetivo levantar conhecimentos sobre o câncer de mama enfatizando a sistematização da assistência de enfermagem a pacientes portadores do câncer de mama. Para elaboração dessa pesquisa foi utilizada como metodologia a revisão bibliográfica. Os resultados enfatizam que: Na maioria dos artigos os autores concordam com o a necessidade do enfermeiro em realizar os cuidados necessários a pacientes com câncer de mama, esclarecendo dúvidas e obtendo informações mais precisas sempre que seja necessário, promovendo o bem estar físico e mental e prestando uma melhor assistência. Conclui-se que cabe ao profissional de enfermagem aprimorar cada dia mais seus conhecimentos técnico – científico sobre os cuidados a serem utilizados, proporcionando ao paciente e também a instituição de saúde onde atua maior eficiência no trabalho que realiza.

Palavras Chaves: Câncer de mama, SAE, Saúde da mulher.

ABSTRACT

The cancer is considered a chronic treatable absolutely and in many cases can be cured especially when diagnosed early.

Cancer is a disease process that begins when cancer cells proliferate in opposite ways the normal and are able to colonize and invade the surrounding tissues. Breast cancer represents a serious public health problem among the female population, as is most common among women. In Brazil, the mortality rate from breast cancer remains high, most likely because the disease is still diagnosed in advanced stages.

The systematization of nursing is the way that the nurse has to apply its scientific expertise and human resources in patient care, so the individual needs of the client-family and the needs of a future injury. This work aims to raise knowledge about breast cancer emphasizing the systematization of nursing care to patients with breast cancer. To develop this research methodology was used as the literature review. The results show that: In most articles the authors agree with the the need for nurses to perform the necessary care to patients with breast cancer, clarifying questions and obtaining more precise information when necessary, promoting physical and mental well-being and providing better care. It is concluded that up to the professional nursing increasingly enhance their technical knowledge - scientific knowledge about the care to be used, providing the patient and the health institution where it operates more effectively in their work.

Keywords: Breast cancer, SAE, Women's Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1:Sinais do câncer de mama;

Figura2: Auto-exame;

Figura3: Mamografia;

Figura4: Ultrassom das mamas;

Figura5: Ressonância Nuclear Magnética;

Figura6:Aspiração;

Figura7: Quimioterapia;

Figura8:Hormonioterapia;

Figura9:Radioterapia.

LISTA DE SIGLAS

DNA- Ácido desoxirribonucleico

FARN-faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte

INCA-Instituto Nacional do Câncer

OMS- Organização Mundial da Saúde

SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem

UICC- União Internacional contra o câncer

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. CANCER DE MAMA.....	13
2.1 HISTORIA NATURA DO CÂNCER DE MAMA.....	13
2.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS O CÂNCER DE MAMA	14
2.3 CONCEITOS DO CÂNCER DE MAMA.....	15
2.4 FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE MAMA.....	17
2.5 INCIDÊNCIA E ETIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA	19
2.6 CLASSIFICAÇÃO	20
2.7 DIAGNÓSTICOS E PROGNÓSTICOS	23
2.7.1 Mamografia	25
2.7.2 Ultrassonografia.....	26
2.7.3 Ressonância nuclear magnética.....	27
2.7.4 Biópsia Aspirativa	27
2.8 TRATAMENTO.....	28
2.8.1Quimioterapia	28
2.8.2 Hormônioterapia.....	28
2.8.3 Radioterapia.....	30
2.8.4 Cirurgia para câncer de mama	30
2.9 PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA AVANÇADO	31
2.9.1 Cuidados paliativos.....	31
3. CANCER DE MAMA E O PROFISSIONALDE ENFERMAGEM	32
3.1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ- OPERATÓRIO	33
3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS- OPERATÓRIO	33
4. SAE.....	34
4.1 SAE PACIENTES PORTADORES DO CÂNCER DE MAMA.....	38
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	41
6.CONCLUSÕES	47
REFERÊNCIAS.....	48
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado uma doença crônica e absolutamente tratável e que em muitos casos pode ser curado, principalmente quando diagnosticado precocemente. O câncer é um processo patológico que começa quando as células cancerígenas se proliferam de formas opostas as normais e são capazes de invadir e colonizar os tecidos circunjacentes. As células sofrem mutação do material genético sendo necessárias diversas mutações adicionais para que possa vir a ser desenvolvida uma neoplasia (BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

O câncer de mama representa um grave problema de saúde pública dentre a população feminina, pois é o mais comum entre as mulheres. Segundo o INCA (2006): No Brasil a taxa de mortalidade por câncer de mama continua elevada, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estado avançado. É raro em mulheres com a idade inferior a 35 anos, a incidência cresce rápida e progressiva após essa faixa. Estatísticas mostram o aumento da incidência tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. Segundo a OMS: na década de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustada por idade nos registros de câncer de base populacionais em diversos continentes.

Segundo Barros, (1994) o período crítico de oncogênese no câncer de mama, parece corresponder ao intervalo entre a menarca e a primeira gestação a termo, pois o lóbulo mamário, nessa fase, encontra-se em amplo processo de divisão celular, até o final da adolescência, quando a proliferação é intensa, e as células ficam mais susceptíveis a agentes carcinogênicos, podendo resultar em mutações e transformações malignas; o desenvolvimento tumoral é lento.

A Enfermagem trata deste caso com muito cuidado porque o diagnóstico do câncer de mama afeta muito o indivíduo portador, pois abala seu equilíbrio psicológico e que é muito importante a relação do doente com o enfermeiro, já que a Enfermagem não vê mais um órgão doente e sim um paciente abalado emocionalmente, desencadeando emoções que fragilizam, causam dor, angústia e medo, e para o cliente a confirmação de que se tem um câncer é sempre associado à morte (REGIS; SIMÕES, 2005).

O câncer de mama é considerado de bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente, sendo o estágio avançado, o principal fator que dificulta o tratamento. Em nosso país, a maioria dos casos é diagnosticado em estágios

avanzados (III e IV), correspondendo a cerca de 60% dos diagnósticos. Por isso o número de mastectomias realizadas no Brasil é considerado alto (MAKLUF, DIAS; BARRA, 2006). Em tais condições observa-se uma diminuição das chances de sobrevivência, comprometimento dos resultados do tratamento e, conseqüentemente, perdas na qualidade de vida das pacientes (THULER; MENDONÇA, 2005; INCA, 2006).

O tratamento primário é a mastectomia, intervenção cirúrgica que pode ser restrita ao tumor, atingir tecidos circundantes ou até a retirada da mama, dos linfonodos da região axilar e de ambos os músculos peitorais. A mais frequente ficando em torno de 57% das intervenções realizadas, é a mastectomia radical modificada, aquela que remove toda a mama juntamente com os linfonodos axilares, com ou sem preservação do músculo peitoral menor. Tratamentos complementares geralmente são necessários, como a radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. O prognóstico e a escolha do tratamento são embasados na idade da paciente, estágio da doença, características do tumor primário, níveis de receptores de estrógeno e de progesterona, medidas de capacidade proliferativa do tumor, situação da menopausa e saúde geral da mulher (MALZYNER, CAPONERO; DONATO, 2000).

O cuidado paliativo faz parte de uma conduta multidisciplinar e a enfermagem é parte integrante do tratamento oncológico. Também são conhecidos como cuidados de conforto direcionam-se principalmente ao fornecimento de alívio ao paciente com doença terminal, através do controle de sintomas. O objetivo não é a curar, mas melhorar ou manter a qualidade de vida por um maior tempo possível (NETTINA, 2003).

A Sistematização da Enfermagem é o meio que o enfermeiro dispõe para aplicar os seus conhecimentos técnicos científicos e humanos na assistência ao paciente. Assim podendo atender as necessidades individuais do cliente-família e as necessidades afetadas de um futuro agravo. Segundo Garcia, (1996) cuidar é um verbo que cuja ação se exprime, entre outros modos possíveis, na transitividade relacional que ocorre entre no mínimo duas pessoas presentes na situação e no ambiente de cuidado: uma pessoa assume o papel de cuidador e a outra pessoa assume o papel de ser cuidado. A SAE representa um conjunto de ações sistematizadas e inter-relacionadas que possibilitam reconhecer o problema, intervir e encaminhá-lo, de forma a prestar uma assistência eficaz. Portanto o enfermeiro

deverá utilizar o Processo de Enfermagem, que compreende as seguintes fases: histórico (entrevista e exame físico), diagnóstico de enfermagem, planejamento e implementação da assistência e evolução de enfermagem.

O acolhimento da paciente com câncer de mama é muito importante, pois o enfermeiro deve criar um vínculo com a paciente para que ela passe a ter confiança na assistência recebida, dando-lhe oportunidade para dialogar e esclarecer todas as dúvidas que sejam pertinentes para mesma. O agir do enfermeiro tem sua origem no cuidado direcionado ao paciente, tendo como meta à melhoria ou promoção da qualidade de vida da pessoa. Assume dimensão especial, quando direcionado ao paciente oncológico e no estabelecimento das prioridades, deve ser considerada a individualidade, estilo de vida, crenças e valores culturais de cada pessoa (ALMEIDA et al., 2001).

Este trabalho tem como objetivo geral levantar conhecimentos sobre o câncer de mama enfatizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes portadoras do câncer de mama.

Como objetivos específicos o trabalho se propõe descrever: o câncer de mama; fatores de risco para o câncer de mama; tratamentos disponíveis para o câncer de mama; classificação; diagnóstico e prognóstico; o processo da assistência em enfermagem a pacientes com câncer de mama e esclarecer a assistência prestada pelo profissional enfermeiro a pacientes portadores do câncer de mama.

O trabalho monográfico presente surgiu desde a observação do aumento dos casos de câncer de mama, que é um motivo de constante preocupação, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. Tornando-se importante a realização da pesquisa bibliográfica para que seja observada a qualidade de vida das pacientes portadoras do câncer de mama e a assistência de enfermagem prestada.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento do trabalho foi a revisão de literatura, normalmente apresentada na forma de artigos, que trazem um resumo da literatura especializada sobre o determinado tema (Vieira, 2011). A coleta de dados foi realizada no período de maio a novembro de 2011. São apresentados a posição teórica dos vários autores estudados.

REFERÊNCIAL TEÓRICO

2. CÂNCER DE MAMA

2.1 HISTÓRIA NATURAL DO CÂNCER DE MAMA

A maioria dos carcinomas de glândula mamária tem sua origem nas células de revestimento do ductulo terminal da árvore mamária, na transição entre a porção ductular e acinar. As características de diferenciação para as células do revestimento ductal ou células do componente acinar (lobular), ficam presentes mesmo nas células com transformação neoplásica e dão origem aos carcinomas ductais, lobulares e seus subtipos, respectivamente. O câncer resulta de alterações no DNA celular. Para o desenvolvimento do câncer de mama, uma série de mutações sucessivas contribui para o processo oncogênese. Assim, o câncer de mama é resultado de alterações mutagênicas que se acumulam durante a divisão celular das células, algumas ainda na fase de desenvolvimento da glândula mamária, por ocasião da puberdade, Falzoni (2000).

A história natural do câncer de mama indica que a sobrevida varia de paciente para paciente. Esta variação ocorre por inúmeros fatores como, por exemplo: a velocidade de duplicação tumoral, o potencial de metastatização do tumor entre outros mecanismos relacionados com a condição imunológica, hormonal e nutricional do paciente. O processo de carcinogênese, geralmente, ocorre de forma lenta, podendo levar vários anos, ou seja, o tempo para que a célula cancerosa prolifere e origine um tumor visível. O desenvolvimento de um câncer de mama depende de um processo sequencial com as seguintes etapas: iniciação, promoção e progressão (BRASIL, 2002).

A etapa inicial é o primeiro estágio da carcinogênese, quando as células sofrem a ação de fatores que provocam a lesão no DNA. Essa lesão é herdada ou adquirida. Na maioria das vezes, essa lesão não é hereditária e acontece ao longo da vida. O agente cancerígeno que é capaz de iniciar essa fase é denominado de “agente iniciador” ou “oncoiniciador”. O benzopireno, encontrado na fumaça do cigarro e as radiações ionizante são exemplos de agentes iniciadores (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

As células lesadas (iniciadas) permanecem latentes até que um agente promotor da carcinogênese atue sobre elas, estimulando o seu crescimento. Essa é a fase da promoção da carcinogênese, em que as células geneticamente lesadas sofrem a ação de fatores que estimulam a sua multiplicação. Esses fatores são denominados de agentes promotores ou oncopromotores e promovem a transformação da célula iniciada em célula maligna, de maneira lenta ou gradual. Dessa forma, para que essa transformação aconteça, é necessário que a célula tenha um longo e contínuo contato com o agente cancerígeno promotor. Muitas vezes, a suspensão do contato com o agente interrompe o processo nesse estágio. A gordura, presente na dieta e a exposição progressiva e prolongada a hormônios, no caso o estrogênio, constituem exemplos que promovem a transformação das células iniciais em malignas. No terceiro e último estágio, a fase de progressão, as células alteradas multiplicam-se de forma descontrolada e irreversível. Nesta etapa, o câncer já está instalado e evoluirá até o surgimento das primeiras manifestações clínicas. As células tumorais invadem a membrana basal que sustenta o tecido dos ductos mamários. Se não ocorrer infiltração da membrana basal pelo tumor, ele é considerado *in situ*: se houver, é um conjuntivo, mas não alcança profundidade superior a 5 mm, ou é um tumor invasor, quando se verifica a infiltração com invasão dos tecidos adjacentes (BRASIL,2002;BRASIL,2006).

2.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CÂNCER DE MAMA

A partir do momento que a mulher descobre que tem um nódulo na mama, dá-se início a um processo interno de dúvidas e incertezas e, havendo a confirmação de um tumor maligno, a mulher e seus familiares passam por diversas alterações psicológicas que não terminam com a cirurgia e se perpetuam com os tratamentos (MALUF; MORI E BARROS, 2005).

O câncer de mama é provavelmente o tipo de câncer mais temido pelas mulheres, sobretudo pelo impacto psicológico que provoca, pois envolve negativamente a percepção da sexualidade e a própria imagem corporal, mais do que se observa em qualquer outro tipo de câncer (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Complementam ainda Maieski; Mansano (2007), que a mama apresenta importância para o corpo da mulher por representar simbolismo e ser característica

da imagem feminina, fazendo relação com a sexualidade e também com a função de mulher.

É uma doença complexa, pois variam de formas de evolução lentas as formas rapidamente progressivas, dependendo do tempo que a célula leva para se duplicar. No entanto o diagnóstico precoce é muito importante assim pode-se evitar uma disseminação celular maligna podendo assim melhorar o seu prognóstico. O câncer de mama geralmente encontrados em mulheres dos seguintes grupos: mulheres com menopausa tardia; mulheres com idades avançadas; mulheres com histórico familiar de câncer de mama; mulheres com menarca precoce; obesas; mulheres que já tiveram histórico prévio de câncer mamário entre outros. O carcinoma da mama desenvolve-se na unidade ducto terminal/lobular, a partir das células malignas não tiverem rompido a membrana basal é denominado câncer "in situ", mas se a membrana basal for rompida, o câncer é denominado "invasivo" (CAMARGO, 2000).

Em meados do século XX, o Brasil e o mundo sofreram grandes alterações em seus perfis epidemiológicos e demográficos, associado ao declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas, ocorrendo aumento substancial na expectativa de vida da população e na proporção dos óbitos por doenças crônicas como o câncer em paciente fora de possibilidades terapêuticas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o câncer substituirá em breve as doenças cardiovasculares como causa mais frequente de morte, em países em desenvolvimento.

2.3 CONCEITOS DO CÂNCER DE MAMA

De acordo com Duarte; Andrade (2006) o câncer de mama ou carcinoma mamário é o resultado de multiplicações desordenadas de determinadas células que se reproduzem em grande velocidade, desencadeando o aparecimento de tumores ou neoplasias malignas que podem vir a afetar os tecidos vizinhos e provocar metástases. Este tipo de câncer aparece sob forma de nódulos e, na maioria das vezes, podem ser identificados pelas próprias mulheres, por meio da prática do auto-exame.

Os cânceres de mama ocorrem em qualquer ponto da mama, porém a maioria é encontrada no quadrante superior externo, onde se localiza a maior parte

do tecido mamário. Em geral, as lesões são indolores, ao invés de doloridas. Fixas, ao invés de móveis; e endurecidas com bordas irregulares, em vez de encapsuladas e lisas. As queixas de dor e dolorimento difusos na mama com a menstruação comumente estão associadas à doença mamária benigna. Contudo, a dor acentuada pode ser associada ao câncer de mama em estágios mais avançados (SMELTZER; BARE, 2000).

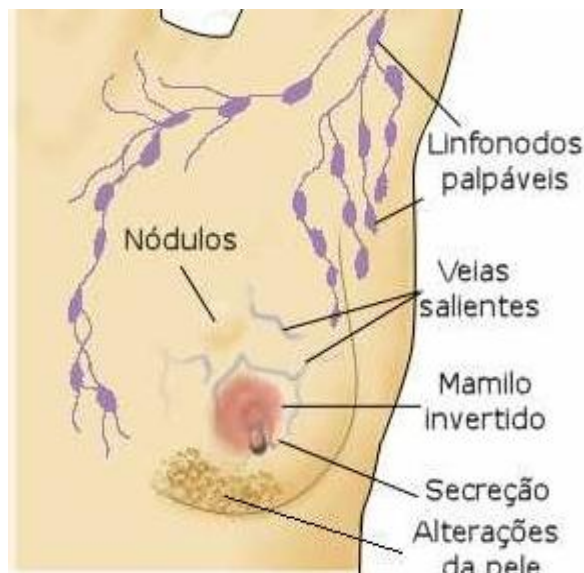
O câncer de mama tem cura, se descoberto no início. A forma de descobrir o câncer no início é por meio de realização de alguns exames, principalmente exames clínicos das mamas e da mamografia. O câncer de mama apresenta-se como um tumor de consistência dura, de limites mal definidos, de tamanho que pode variar de 1 até vários centímetros de diâmetro, de acordo com o tempo de evolução, pode estar com a mobilidade preservada ou aderida à pele, ao gradil costal ou a ambos. A pele que recobre a mama pode estar íntegra, ulcerada pelo tumor ou apresentar-se como uma casca de laranja (BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

Os locais favoráveis à disseminação são pulmões, ossos, fígado, adrenais, cérebro e meninges. O envolvimento axilar se dá pelo envolvimento de linfonodos com metástases e têm importância prognóstica. De maneira geral, as metástases linfáticas ocorrem inicialmente nos linfonodos do nível inferior da axila, depois no médio e superior. No momento do diagnóstico 50% das mulheres já têm comprometimento linfático (KUMAR et al 2005).

O câncer de mama é um tumor maligno hormônio dependente do tecido mamário as calorias e muitos nutrientes podem influenciar na síntese, no metabolismo e nas atividades dos agentes hormonais, portanto podem esta relacionada indiretamente na causa do câncer de mama, as evidências da dieta, do estado nutricional e das secreções endócrinas são importantes para a etiologia do câncer de mama. Ele representa um grave problema de saúde pública em todo o mundo, pela sua alta incidência, morbidade mortalidade. (PAULINELLE et al.; 2002.p. 170)

Segundo Maieski; Mansano (2007), a mama apresenta importância para o corpo da mulher por representar simbolismo e ser característica da imagem feminina, fazendo relação com a sexualidade e também com a função da mulher.

Figura 1: Sinais do câncer de mama

Fonte: www.breastcancer.com

2.4 FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE MAMA

O número de mulheres vítimas deste tipo de enfermidade aumenta significativamente com o passar do tempo. A elevação na incidência do tumor primário é, entre outros fatores, decorrente do acompanhamento clínico adequado, cuja importância está associada ao diagnóstico precoce do câncer. Essa tradição não existia antigamente, quando a cultura das pessoas ignorava a importância da visita rotineira ao profissional da saúde especializado outra razão para o aumento brutal de mulheres acometidas pelo câncer de mama consiste na mudança brutal do estilo de vida (THULER, 2003).

Toda mulher com histórico familiar de câncer de mama em ascendentes ou parentes diretos (mãe ou irmã), na pré-menopausa, que teve diagnóstico prévio de hiperplasia atípica ou neoplasia lobular in situ, ou ainda câncer de mama prévio. Também é considerado fatores de alto risco aumentados para desenvolver o câncer de mama, Por meio da alimentação saudável, atividade física e do controle do peso corporal, Consumo excessivo de álcool, uso de contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal aumenta o risco de câncer de mama. A Terapia de Reposição Hormonal (TRH), principalmente a terapia combinada de estrogênio e progesterona,

está associada com aumento do risco do câncer de mama. A cada 10 mil mulheres que fazem uso da reposição hormonal combinada, há aumento de oito casos de câncer de mama. Assim, a sua indicação deve ser discutida com o médico. Nas situações em que a TRH é realizada o risco elevado de desenvolver câncer de mama diminui progressivamente após a sua suspensão, a exposição excessiva à radiação ionizante (Raios-X) aumenta o risco de câncer de mama, a amamentação exclusiva até os seis meses diminui o risco de câncer de mama INCA (2010).

Estatísticas revelam que o câncer de mama é a neoplasia maligna de maior ocorrência entre as mulheres em muitos países. No Brasil, é a primeira ou segunda causa mais frequente, dependendo da região considerada. A ocorrência do câncer de mama é relativamente rara antes dos 35 anos de idade, mas cresce rapidamente após essa idade, principalmente nas faixas etárias mais elevadas. Ocorre com maior frequência no sexo feminino (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007, p. 256).

Tabela1: Fatores de risco do câncer de mama

FATOR	RISCO RELATIVO ESTIMADO
Idade	15%
Localização geográfica	6%
Idade precoce da menarca	2%
Idade avançada na menopausa	3%
Idade acima de 32 anos no 1º parto	4%
Nuliparidade	4%
Obesidade	3%
Consumo de álcool	1,2%
Irradiação	5%
Contraceptivo oral (idade jovem antes da gravidez)	1,84%
Terapia de reposição Hormonal	1,36%
Doença benigna: hiperplasia ductal atípica	5%
Adenose esclerosante	1,57%
Histórico familiar em 1º grau	8%

2.5 INCIDÊNCIA E ETIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA

As principais etiologias do câncer de mama são diversas, podendo associar-se a fatores externos ou internos ao organismo, estando ambos inter-relacionados. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social, cultural e fatores físicos. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais. Os fatores de risco ambientais de câncer são denominados cancerígenos ou carcinógenos. Esses fatores atuam alterando a estrutura genética (DNA) das células (ZELMANOWICZ, 2008).

Sendo assim Pollock et al. (2006) consideram a etiologia do câncer de mama multifatorial e a evolução genética dos precursores malignos para doença invasiva é compreendida apenas em parte.

A política nacional de atenção oncológica, incorporada pela lei de nº2.048, de 3 de setembro de 2009, define para o país ,abrangente controle do câncer ,e considera vários componentes ,desde as ações voltadas a prevenção até a assistência de alta complexidade ,integradas em redes de atenção oncológica ,com o objetivo de reduzir a incidência e mortalidade por câncer. PORTARIA MS 2.048/2009.

O câncer de mama vem apresentando uma elevada incidência e mortalidade em todo o mundo nas ultimas décadas acredita-se que a incidência dessa neoplasia vem aumentando devido às mudanças nos hábitos de vida, na historia reprodutiva das mulheres em todo o mundo. É o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. O numero de novos casos de câncer de mama esperados para o Brasil em 2010 será de 49.240, com risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres. No Brasil as taxas de mortalidade por câncer de mama permanecem elevadas porque a doença ainda é diagnosticada em estado avançado Na população mundial, à sobrevida média é após cinco anos é de 61%. O câncer de mama é raro em mulheres antes dos 35 anos, acima desta a incidência cresce rápida e progressiva (INCA 2010).

2.6 CLASSIFICAÇÃO

O estadiamento tumoral é um sistema desenvolvido pela União Internacional contra o câncer (UICC): O estadiamento nada mais é que a avaliação da extensão anatômica da doença e dos órgãos acometidos pelo carcinoma. O estágio da doença na ocasião do diagnóstico pode refletir a taxa de crescimento e extensão da doença (envolvimento da mama, linfonodos axilares e metástases distantes), como também o tipo do tumor e a relação tumor-hospedeiro (MUSS, 2001; CAMARGO; MARX, 2000).

Existem duas classificações para o local anatômico: uma classificação clínica e outra histopatológica. A classificação clínica é realizada pré-tratamento, sendo designada TNM ou cTNM, essencial para determinar a terapêutica, baseada em achados clínico, diagnóstico por imagem, biópsia, etc...Opostamente, a classificação histopatológica é realizada após a cirurgia sendo designada pTNM, essencial para definir o prognóstico, baseada nas informações pré tratamento complementadas por informações pós cirúrgicas e exame histopatológicos. Além disso, anatomicamente a mama é dividida em sub-regiões: mamilo (C50.0), porção central(C50.1), quadrante supero interno (C50.2), quadrante ífero interno (C50.3), quadrante superior externo (C50.4), quadrante ífero externo (C50.5) e, prolongamento axilar (C50.6) (CAMARGO e MARX, 2000;UNIÃO NTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER, 2004).

O sistema TNM baseia-se em três componentes, sendo o T é a extensão do tumor primário, N a ausência ou presença de metástase em linfonodos regionais e M a ausência ou presença de metástase á distância (CAMARGO, MARCIA COLLIRI, 2000).

Quadro1: Classificação clínica do câncer de mama pelo sistema TNM.

Classificação clínica do câncer de mama pelo sistema TNM	
T-Tumor	
TX - O tumor primário não pode ser avaliado	
T0 - Sem evidência de tumor primário	
TIS - Carcinoma in situ: carcinoma intraductal ou carcinoma lombar in situ ou doença de paget da papila sem tumor	
T1 - Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão	
T1a -Tumor com 0,5 cm ou menos em sua maior dimensão	
T1b -Tumor com mais de 0,5 Cm até 1 cm em sua maior dimensão	
T1c -Tumor com mais de 1 cm e até 2cm em sua dimensão	
T2 -Tumor com mais de 2 cm e até 5 cm em sua maior dimensão	
T3 -Tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão	
T4 -Tumor de qualquer tamanho, com extensão direta á parede torácica ou á pele.	
T4a - Extensão para parede torácica	
T4b -Edema (incluindo peau d'Orange) ou ulceração da pele da mama ou nódulo cutâneo satélites, confinados á mesma mama	
T4c -t4a e t4b associados	
T4d -Carcinoma inflamatório	
N-Linfonodais regionais	
NX - Os linfonodos regionais não podem ser avaliados exemplo: quando são removidos previamente	
N0 -Ausência de Metástase nos linfonodos regionais	
N1 -Metástase em linfonodo(s) auxiliar (es)homolateral(is)móvel(is)	
N2 -Metástase nos linfonodos axilares homolaterais fixos uns aos outros ou a outras estruturas	
N3 -Metástase nos linfonodos da cadeia mamária interna homolateral	
M- Metástase à distância	
MX -A presença de metástase a distancia não pode ser avaliada	
M0 -Ausência de metástase à distância	
M1 -Metástase a distancia (incluindo as metástases nos linfonodos supraclaviculares)	

FONTE: (UNIÃO NTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER, 2004).

2.7 DIAGNÓSTICOS E PROGNÓSTICOS

O diagnóstico do câncer de mama deve ser feito o mais precoce possível, pois aumenta as chances de cura e evita que espalhe para outras partes do corpo, favorecendo no prognóstico na recuperação e reabilitação (SMELTEZER e BARE, 2000; INCA, 2006). O câncer de mama é definido como precoce quando diagnosticado nos estádios clínico I e II, possibilitando a realização do tratamento conservador da mama e alcançando resultados de cura em 75% nas pacientes que não apresentam comprometimento dos linfonodos axilares. Para a detecção precoce é necessário realizar o auto-exame das mamas, exame clínico das mamas e o rastreamento mamográfico. Todos estes métodos se complementam na etapa de diagnóstico, ou seja, nenhum isoladamente é capaz de identificar as mulheres acometidas por esta doença (ELIAS, 2002).

A investigação diagnóstica, planejada a partir dos sintomas do cliente em geral detectado pela primeira vez como sendo uma massa palpável ou como uma alteração mamográfica, mas também podem se manifestar por meio de uma secreção mamilar, alterações na pele da mama ou dor na mama, presença de massa palpáveis, massas discretas e áreas de espessamento assimétrico do tecido glandular da mama continua a ser a manifestação mais comum e é frequentemente detectada pela paciente. O diagnóstico deve ser confirmado por exames histológicos e citológicos. O estadiamento encerra a investigação necessária ao planejamento terapêutico (OTTO, 2002).

Segundo Brunner; Suddarth (2002), diz que o diagnóstico de câncer se embasa na análise das alterações fisiológicas e funcionais e nos resultados da investigação diagnóstica. Os pacientes com suspeita de câncer sofrem extensos exames para: (1) determinar presença do tumor e sua extensão; (2) identificar a possível disseminação (metástase) da doença ou invasão de outros tecidos corporais; (3) avaliar a função dos sistemas orgânicos e órgãos afetados e não-afetados; e (4) obter tecidos e células para análise, incluindo a avaliação dos estágios e grau do tumor. Como existem diversos tipos de câncer e como também seus tratamentos variam. A anamnese e o exame físico são essenciais para o diagnóstico clínico e assim constituem a indicação dos exames complementares. Pode ser necessária a realização de vários exames especiais da amostra para se caracterizar o câncer de uma forma mais concreta. Quando já se tem o

conhecimento do tipo do câncer o profissional já determina os exames que devem ser solicitados, pois cada câncer tende a seguir um padrão próprio de crescimento e de disseminação. Os exames complementares também para o controle da terapêutica e rastreamento para os grupos de riscos e sempre são usados para o diagnósticos de outras doenças .Exames laboratórios ,de registros gráficos ,endoscópicos e radiológicos, principalmente a ultra sonografia e de medicina nuclear.O fator prognostico pode ser definido como um parâmetro possível de ser mensurado no momento do diagnóstico e que serviria como preditor da sobrevida ou tempo livre da doença. O diagnóstico clínico do câncer de mama é feito através da anamnese, exame físico e auto-exame (ANELLLI, AGNALDO, 2000). a sensibilidade da palpação é diretamente proporcional ao tamanho do tumor e inversamente proporcional a idade da paciente.

O auto-exame deve ser realizado mensalmente, a melhor época é após a menstruação ou para as mulheres que por algum motivo não menstruam, o auto-exame deve ser feito num mesmo dia todos os meses. É indicado que a partir dos 20 anos de idade todas as mulheres realizem o auto-exame conforme.(Camargo ; Marx 2000).

Figura 2: Realização do auto- exame



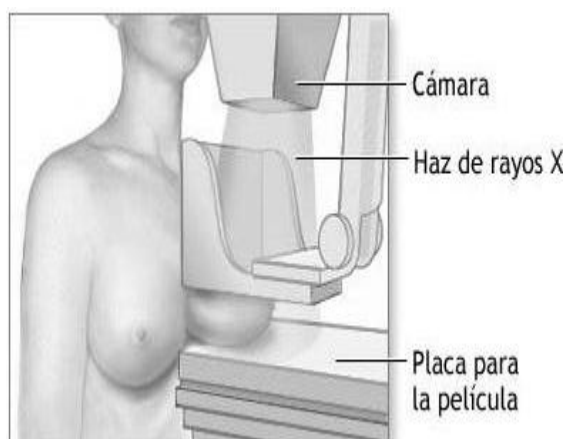
Diagnóstico por imagem: diagnóstico e tratamento precoce aumenta as chances de cura da doença; As detecções de lesões pequenas incrementam o uso da cirurgia conservadora, evitando mutilação.

2.7.1 Mamografia

A mamografia é um tipo especial de radiografia realizado em um aparelho de alta resolução, que permite visualizar nódulos, densidades anormais no tecido e microcalcificações. As microcalcificações são pequenos depósitos de cálcio que as células podem produzir, e de acordo com o seu tipo e sua distribuição na mama, pode levar à suspeita da presença de um câncer na fase inicial, quando ainda não é palpável, nem provoca nenhum sintoma. Nessa fase, só através da mamografia é possível visualizar o câncer (SOUEN, 2003).

Camargo e Marx (2000), afirmam que a mamografia é o exame complementar por imagem que atualmente apresenta os melhores resultados, sendo, portanto, indicado a realização para todas as mulheres acima de 35 anos, sintomáticas ou não. Genericamente a mulher deve fazer o primeiro exame por volta dos 35 anos, para saber como estão as mamas. Até os quarenta anos, ela só deve repetir o exame se houver indicação médica. A partir dos quarenta anos, é conveniente realizar o exame anualmente.

Figura3: exame da mamografia



Fonte: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus>

O diagnóstico precoce dos cânceres graças à mamografia depende de uma boa qualidade de imagem, além da correta interpretação das mesmas (SOUEN,

2003). Os sinais que encontrados durante a realização do exame podem ser divididos em diretos (opacidade circunscrita, microcalcificações, densidade assimétrica focal ou difusa), que correspondem ao carcinoma propriamente dito, e indiretos (distorção parenquimatosa, dilatação ductal isolada, espessamento cutâneo que corresponde ao sinal clínico da pele em casca de laranja, retração da pele e/ou complexo areolo papilar, aumento unilateral da vascularização, linfadenopatia axilar), que são as reações provocadas pelo carcinoma (CAMARGO e MARX, 2000).

2.7.2 Ultrassonografia

É um exame que completa a mamografia, auxiliando na caracterização e tumores sólidos e císticos, e para guiar punções citológicas ou histológicas. É um exame indispensável nas mamas densas Entretanto a ultrassonografia apresenta duas limitações importantes: a incapacidade de detectar microcalcificação agrupadas (a não ser em tumores já estabelecidos) e menor resolução em mamas adiposas (CAMARGO, 2000).

Figura4: Ultra som das mamas



Fonte: <http://www.acertenamidia.com.br>

2.7.3 Ressonância Nuclear Magnética

É o método de diagnóstico que consiste em colocar a pessoa em um campo magnético e realizar exames de imagem de alta complexidade que pode mostrar detalhes.(Camargo,2000)

Figura5:Realização da Ressonancia Magnética



Fonte: hfcp.com. br

2.7.4 Biópsia Aspirativa

A biópsia aspirativa é indicada nos casos de lesões palpáveis e é realizada por meio de uma agulha e de uma seringa, aspira-se pequena quantidade de líquido ou uma pequena quantidade de célula do tecido do nódulo para exames histopatológico. A grande vantagem deste método é que se trata de um procedimento ambulatorial, requerendo apenas anestesia local e pequena incisão na pele. A principal complicação é a formação de hematoma (CAMARGO, 2000).

Figura 6: Realização de biópsia Aspirativa



Fonte: desvendandocancerdemama.com

2.8 TRATAMENTO

Segundo Brunner; Suddarth (2006), as opções de tratamento oferecidas aos pacientes com câncer devem ser baseadas em metas realistas e atingíveis para cada tipo específico de câncer. A gama de possíveis metas de tratamento pode incluir a erradicação completa das doenças malignas (cura), sobrevida prolongada e

contenção do crescimento da célula cancerosa (controle) ou alívio dos sintomas associados à doença (paliativo).

A equipe de saúde, o paciente e a família devem ter uma compreensão clara das opções e metas do tratamento. A comunicação aberta e o apoio são vitais, já que o paciente e a família reavaliam periodicamente os planos e metas de tratamento quando se desenvolvem as complicações da terapia ou a doença avança. O tratamento do câncer de mama varia de acordo com o estágio, podendo ser dividido em sistêmico (quimioterapia; hormonioterapia) e local (radioterapia e cirúrgica). O termo tratamento sistêmico significa uma farmacoterapia com agentes citostáticos, citolíticos, hormonais ou imunoterápicos, modificadores da resposta biológica que pode afeta as células cancerosas de todo o corpo. (BRUNNER; SUDDARTH, 2006).

2.8.1 Quimioterapia

Os quimioterápicos são drogas que injetadas nas veias, músculos ou sob a pele do paciente, determinam danos às células tumorais. Os agentes quimioterápicos bloqueiam reações químicas comuns ao tumor e aos tecidos saudáveis; por isso, efeitos colaterais ocorrem com bastantes frequências durante este tipo de tratamento. Os quimioterápicos podem atuar em diversas etapas do metabolismo celular. Geralmente interferem na síntese ou na transcrição do ácido desoxirribonucleico (DNA), agredindo principalmente as células em divisão. Por estar em constante multiplicação, a célula maligna se torna alvo fácil para estas drogas. Alguns efeitos colaterais comuns da quimioterapia são: queda na produção das células do sangue, tornando o paciente menos disposto às atividades físicas e susceptíveis a infecções e sangramento durante parte do tratamento e inflamações digestivas (mucosites). Que podem se manifestar como aftas ou diarreia e queda de cabelos que decorre da ação das drogas sobre a raiz. A quimioterapia pode ser empregada em três condições distintas: terapia principal: usada na maior parte das neoplasias hematológicas e alguns tumores sólidos, com o objetivo de cura ou controle parcial da doença; quimioterapia neoadjuvante: quando o tratamento quimioterápico precede a cirurgia. Tem como objetivo reduzir o tumor local para proporcionar margens de segurança e permitir um melhor resultado cirúrgico ao mesmo tempo em que se avalia a sensibilidade do tumor e das drogas e a

quimioterapia Adjuvante: é o tratamento quimioterápico aplicado imediatamente após a remoção cirúrgica do tumor primário. (CAMARGO, MARCIACOLLIRI, 2000).

Figura7: quimioterapia



Fonte: www.google.com

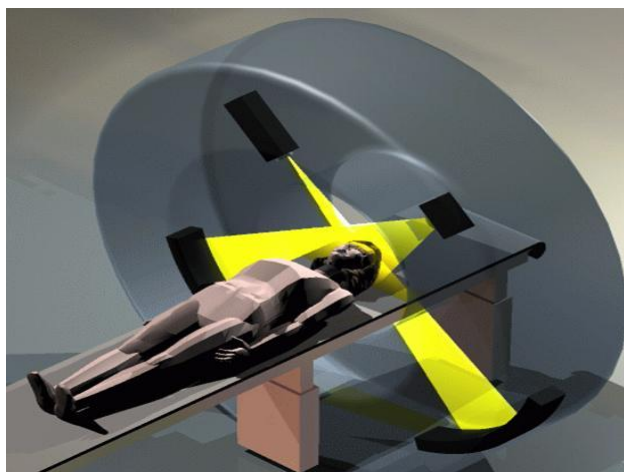
2.8.2 Hormônioterapia

Composto não esteróide que ocupa o receptor de estrogênio, apresentando propriedades antagonistas e agonistas de estrogênio (Tamoxifeno). Composto que bloqueia a formação do estrogênio (inibidor de aromatase-Arimidex). (CAMARGO, 2000).

2.8.3 Radioterapia

É empregada para interromper o crescimento celular, possui grande capacidade de destruir células malignas remanescentes no leito tumoral com alta eficácia. A radiação pode ser empregada para curar o câncer, para controlar a doença maligna quando o tumor não pode ser removido por meio cirúrgico e de forma paliativa que é utilizada para aliviar os sintomas da doença metastática. São utilizadas duas formas de irradiação: Braquiterapia que é a colocação do material radiativo junto ao tumor permitem administrar doses altas diretamente às células malignas, poupando os tecidos saudáveis dos seus efeitos tóxicos e a Teleterapia que é a irradiação feita a distancia da área tratada, podendo-se definir com clareza os limites destes tratamentos (BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

Figura9: Radioterapia



Fonte: WWW.google.com

2.8.4 Cirurgia para câncer de mama

A remoção cirúrgica de todo câncer permanece como método de tratamento ideal e mais frequentemente utilizado. No entanto a abordagem cirúrgica específica pode variar por inúmeros motivos. A cirurgia diagnóstica é o método definitivo de identificação das características celulares que influenciam em todas as decisões tratamento. A cirurgia pode ser profilática ou reconstrutora. A cirurgia do câncer de mama tem por objetivo promover o controle do local, com a remoção local mecânica de todas as células malignas presentes junto ao câncer primário, proporcionar maior sobrevida, orientar a terapia sistêmica, definir o estadiamento cirúrgico axilar, controle da doença na axilar, avaliação de prognóstico, no que se refere a recidivas locais a distâncias e orientar a terapêutica complementar.

Contra-indicado: para pacientes QT adjuvante, biopsia prévia com complicação, cicatrizes extensas, mamoplastia e Gravidez. (BARROS ACSD, 2001).

A cirurgia conservadora da mama consiste em lumpectomia, excisão ampla, mastectomia parcial ou segmentar, ou quadratectomia (resseção do quadrante afetado) e retirada dos linfonodos axilares (dissecção de linfonodos axilares) para os tumores com um componente invasivo, seguindo uma série de radioterapia para tratar doenças microscópicas residuais. (SMELTZER e BARE, 2000, p, 1218).

2.9 PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA AVANÇADO

O diagnóstico do câncer de mama em uma fase avançada pode ser dividida em doença localmente avançada e metastática. Quando se descobre um diagnóstico

que já esta em uma fase bastante avançada, a equipe multidisciplinar tem que proporcionar uma melhor qualidade de vida a essas pacientes, que muitas vezes esta fora de possibilidade terapêutica. O avanço da doença e as metástases do câncer de mama causam complicações específicas da localização do tumor, como infecções; redução da mobilidade se ocorrer metástase ósseas; alterações respiratórias, se a doença disseminar para os pulmões; e distúrbios do sistema nervoso central se o tumor produzir metástases cerebrais (BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

2.9.1 Cuidados paliativos

Segundo a definição da OMS, cuidado paliativo é uma abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares ,que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida ,por meio da prevenção e alívio do sofrimento como por exemplo: controle da dor e demais sintomas deve-se ainda contribuir para reduzir a realização de exames complementares quando os resultados não alteram a terapia; evitar usos de terapias ineficazes potencialmente danosas ao paciente .a prática clínica dos cuidados paliativos segue princípios éticos baseados no respeito a autonomia do paciente requer um grande trabalho da equipe interdisciplinar que deve ser composta por: médicos ,enfermeiros, assistente social, psicólogo nutricionista, e terapeuta ocupacional cada um será responsável por sua conduta dentro de suas competências. Os cuidados paliativos têm como objetivo proporcionar um a melhor qualidade de vida, controle da dor e demais sintomas, além de enfatizar o tratamento domiciliar em detrimento do tratamento hospitalar como também preparar os cuidadores para a continuação do tratamento em ambiente domiciliar.

3. CANCER DE MAMA E O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

A atuação do enfermeiro deve ser iniciada logo após o diagnóstico, por meio da consulta de enfermagem, a ser realizada por ocasião da internação e antes de cada modalidade terapêutica. No pós-operatório deve-se avaliar a ferida operatória e orientar para a alta, direcionando a mulher para o autocuidado (cuidados com o sítio cirúrgico, dreno, além do membro homolateral). No momento

da alta hospitalar deve-se encaminhar a mulher para grupos de apoio interdisciplinar que discutem aspectos educativos, sociais e emocionais, visando à reintegração à vida cotidiana. Por fim, no seguimento ambulatorial da ferida operatória deve se avaliar e realizar os curativos, retirar dreno, realizar punção de seroma e acompanhar a mulher durante todo o período de cicatrização (LOPES,2006).

Esse grande número de mulheres com diagnóstico de câncer de mama exige dos profissionais de saúde e, dentre estes, os de enfermagem, valorizar essa problemática, identificando ações de prevenção, educação e cuidado. Para a população em geral, em função do alto custo de programas de rastreamento para o câncer de mama, tem-se valorizado muito o auto-exame das mamas, que quando feito corretamente, pode levar a mulher a procurar o médico precocemente, caso encontre alguma alteração, e talvez, em nosso país, chamar a atenção para o conhecimento do próprio corpo. O ensinamento prático, com linguagem apropriada, ressaltando a necessidade de efetuar o auto-exame das mamas de modo regular, cuidadoso e completo, parece ser a melhor abordagem. (SMELTZER;BARE,2000)

O cuidar é a essência da enfermagem, não é apenas prestar assistência ao paciente e necessário ter amor, envolvimento, compaixão e ética. E necessário olhar holisticamente sendo capaz de tocar, ouvir e estar disponível, para que possamos resgatar a sensibilidade e a humanização da assistência melhorando desta forma a qualidade dos enfermeiros. (SALES, 2003)

3.1 ASSISTÊNCIAS DE ENFERMAGEM NO PRÉ- OPERATÓRIO

A enfermagem tem papel fundamental por meio da visita pré-operatória na qual realiza coleta de dados identificando doenças preexistentes, tratamentos prévios, hábitos alimentares, tabagismo e alcoolismo que poderão trazer complicações durante e após a cirurgia. Além de orientações quanto uma série de exames pré-operatórios solicitados pela equipe médica, cuja função é analisar o estado nutricional, respiratório, cardiovascular, hepático, renal, endócrino e imunológico da mulher. (BARRETO, 2008 apud ARANTES;MAMEDE,2003).

Desde o diagnóstico estas mulheres precisam ser tratadas de forma honesta e humanizada, para que se possa mostrar as vantagens da cirurgia e/ou tratamento e a importância da adesão às terapias. Para isto, é necessário prestar informações com linguagem acessível ao seu entendimento clareza nas exposições. Outro fator importante é a inserção da mulher no processo decisório que a envolve e no tipo de

procedimento que será adotado; tal inclusão deve ser adotada pelo enfermeiro a fim de proporcionar excelência na assistência.(BARRETO, 2008 apud ARANTES;MAMEDE,2003).

3.2 ASSISTÊNCIAS DE ENFERMAGEM NO PÓS- OPERATÓRIO

Mastectomia é um procedimento invasivo e mutilador, acompanhado de consequências traumatizantes (BARRETO. 2008). Portanto, é necessário que a equipe de enfermagem busque o aprimoramento das práticas do cuidar em relação ao seu desenvolvimento técnico, um cuidar autêntico, sendo capaz de ultrapassar a dimensão biológica e compreender a essência da mulher, em seu aspecto biopsíquico e espiritual, ao considerar suas perspectivas de vida englobando suas dúvidas, suas necessidades, seus medos, suas inseguranças e seus valores. Assim, é possível prestar uma assistência dirigida, individualizada e de qualidade, devendo o enfermeiro tornar o relacionamento diante dessa paciente interativo e afetivo, de modo a possibilitar que a mesma expresse seus sentimentos e seja compreendida em sua totalidade, que habite um mundo vivido que difere do seu, mas entendendo que é preciso ser respeitada (BARRETO *et al.*, 2008).

É de suma importância que o enfermeiro, no período pós-operatório, identifique os problemas vivenciados por essas pacientes, com o propósito de minimizar as alterações psicológicas que as mesmas apresentam, observando a relação entre mente e corpo, para que, dessa forma, possa perceber que cada indivíduo é singular e tem valores próprios (ALMEIDA, 2006).

A equipe de enfermagem deve propor-se a prestar uma assistência que congregue técnica, ciência e humanização, tendo sempre em mente o respeito às necessidades dessa paciente, ao atuar de uma forma humanizada. Além disso, estes profissionais não devem se esquecer de enfatizar a família como parte de cuidado, pois a mastectomia não afeta somente a integridade da paciente, mas de toda a sua família (MELO, SILVA; FERNANDES, 2005). Portanto, é de mera importância que o enfermeiro desenvolva estratégias de atenção, na forma singular de expressar gestos amáveis, de tornar humanizado o atendimento, de dar à pacientes plenas condições de recuperação e de saber ouvir com ciência e paciência as palavras e o silêncio (MELO, SILVA; FERNANDES, 2005).

4. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro, regulamentada pela lei do exercício profissional nº7489 de 25 de julho de 1986. A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um trabalho organizado, de acordo com o método científico e o referencial teórico, de modo que seja possível o melhor atendimento das necessidades de cuidado do indivíduo, família e comunidade. As fases que compõem o processo de enfermagem são: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. A aplicação dessas fases exige do enfermeiro, além de conhecimento científico, habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que ajudam a determinar o fenômeno observado e seu significado. É fundamentada nas teorias da enfermagem e no cuidar e seus principais objetivos são: promoção, prevenção, e recuperação reabilitação da saúde tanto de seu paciente quando de sua família (Resolução COFEN 272/2002).

Sistematização das Ações de Enfermagem (SAE) vem permitindo aos enfermeiros um cuidar científico e humanizado destinado a uma assistência qualitativamente adequada. Que assume dimensão especial para o paciente oncológico no estabelecimento ético das prioridades, onde se deve considerar a individualidade, singularidade, estilo de vida, crenças e valores culturais (GARGIULO, 2007).

É importante saber que a SAE e seu registro no prontuário do cliente é uma característica da enfermagem atual, representando uma conquista para os profissionais e para os pacientes, refletindo, quando não implementada, há uma perda das ações das enfermeiras no tempo e no espaço, dificultando a interação com a equipe multidisciplinar e interdisciplinar, conseqüentemente, afetando a qualidade da assistência prestada ao paciente oncológico. Pacientes portadores de tumores malignos exigem uma assistência diferenciada, pois carrega junto com a patologia o estigma da doença, a incerteza do prognóstico, o medo na morte, a depressão e a ansiedade, mas também a vontade de viver (GUIMARÃES; ROSA, 2008).

O enfermeiro é o membro da equipe de saúde que usualmente permanece lado a lado com os pacientes durante todo o processo de saúde/doença, o que o torna elemento primordial para o sucesso do tratamento. Figura também como

facilitadora e minimizador dos desconfortos trazidos por todo o processo da doença oncológica durante a internação do paciente, principalmente no que diz respeito aos possíveis tratamentos a serem empregados, sejam eles cirúrgicos, quimioterápicos ou outros. Além disso, deve estar muito bem preparado para enfrentar a problemática do paciente oncológico, colocando-se face a face com as frequentes frustrações do tratamento e poucos retornos gratificantes. Nesse contexto, é fundamental que pacientes oncológicos recebam por direito uma assistência humanizada (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Humanizar vem permeado de conceitos de cuidar e humanização, que são elementos essenciais para compreender, refletir e acertar a fórmula da assistência humanizada de enfermagem. Quando falamos de humanização, em assistência humanizada, não podemos deixar de abordar o cuidado nos seus diversos aspectos e expressões. A humanização no atendimento exige dos profissionais de saúde, essencialmente, compartilhar com o seu paciente experiências e vivências que resultem em aplicações do foco de suas ações, vista de regra restrita ao cuidar com o sinônimo de ajuda, as possibilidades de sobrevivências. Nesse contexto, humanizar o cuidar é dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente. É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

É possível afirmar que a assistência e os cuidados prestados pelo enfermeiro, constituem um conjunto de esforços transpessoais direcionados a auxiliar o ser humano, a obter o autoconhecimento, autocontrole, a auto cura e, dessa forma protegendo, promovendo e preservando a existência do paciente (GUIMARÃES; ROSA, 2008).

Os objetivos assistenciais visam a informar sobre rotinas hospitalares e procedimentos a serem realizados, diminuindo nas clientes o estresse gerado pela desinformação, facilitar ou possibilitar a recuperação física, emocional e social da paciente, preparando-a para o autocuidado, isso é a realização de curativo, exercício, dar voz ao cliente, permitindo que exponha seus medos, anseios, dúvidas, e expectativas, identificar os aspectos e intervir naqueles que poderão prejudicar no tratamento e na recuperação físico e moral, auxiliar à paciente e aos familiares a identificar e mobilizar fontes de ajuda para resolução de problemas, facilitando o acesso aos demais profissionais da equipe multidisciplinar, esclarecendo sobre o

tratamento, permitindo que os familiares tomem decisões sobre o tratamento proposto (OLIVEIRA et al., 2007).

Cuidado relacionado ao profissional de enfermagem refere-se às ações que ele dispensa ao paciente. Essas ações, de acordo com a sua natureza, classificam-se em ações, da área de técnica ou instrumental, que engloba os cuidados físicos e terapêuticos e que correspondem às atividades técnicas da assistência de enfermagem (higiene corporal, manutenção do conforto e integridade física O terapêutica), bem como as ações da área expressiva, que englobam atividade relativa à manutenção do equilíbrio emocional do paciente e dizem respeito ao aspecto humanizado do relacionamento enfermeiro-paciente. A abordagem holística da assistência humanizada envolve também a percepção do enfermeiro assistencial em sua prática. O delineamento dessa visão permite que reflita sobre a sua filosofia de atuação, que referencial de valores possui e que papel desempenha em relação à assistência direta com o paciente (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

A atuação do enfermeiro deve ser iniciada logo após o diagnóstico, por meio da consulta de enfermagem, a ser realizada por ocasião da internação e antes de cada modalidade terapêutica (INCA, 2004).

4.1 QUADRO2: SAE PACIENTES PORTADORES DO CANCER DE MAMA

Diagnostico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Resultado esperado
Ansiedade decorrente do diagnostico e tratamento do câncer de mamãe também relacionada a ameaça ao auto conceito.	Explicar sobre a doença assim fazendo com que a paciente se sinta mais segura; Ajudar a paciente a identificar e usar pessoas de apoio; Estimular e auxiliar a família a apoiar a paciente; Oferecer todas as informações necessárias a paciente e sua família. Tirar todas as dúvidas da paciente e de sua família sobre: diagnóstico, prognóstico e tratamento. Ouvir atentamente a paciente e encorajar a verbalização de sentimento, percepções e medo.	O diagnostico do câncer de mama é um choque emocional, devastador para toda mulher. Apoiar a paciente através do processo diagnóstico; Redução da ansiedade.
Distúrbio na imagem corporal relacionada a mastectomia	Escutar ativamente a paciente: dando sempre importância a seus valores e crenças; Estimular a socialização, com grupos específicos de auto-ajuda; Incentivar a prática do auto cuidado.	Melhorar a autoestima e a imagem corporal da paciente.
Dor aguda relacionada ao tratamento.	Administrar medicação para dor conforme prescrito pelo médico; Investigar fatores que façam com que a paciente fique agitada e com dor; Proporcionar ambiente tranquilo para a paciente.	Alívio da dor e do desconforto.

NETTINA (2007).

QUADRO2: SAE PACIENTES PORTADORES DO CANCER DE MAMA. (continuação)

Diagnostico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Resultado esperado
Fadiga-sensação persistente e subjetiva de cansaço relacionado ao câncer.	Priorizar o sono noturno e evitar ou reduzir períodos de sono durante o dia. Reorganizar o horário diário e organizar as atividades para conservar o gasto de energia; Encorajar a ingestão proteica e calórica adequada; Para o controle cooperativo administrar os hemoderivados de acordo com a prescrição.	Maior Tolerância á atividade e nível de fadiga diminuído; Com a organização das atividades pode diminuir as perdas de energia e os estressores; A depleção da proteína e das calorias diminui a tolerância à atividade; A hemoglobina e o hematócrito diminuído predispõem o paciente á fadiga decorrente da disponibilidade diminuída de oxigênio. Diminuído predispõem o paciente á fadiga decorrente da disponibilidade diminuída de oxigênio.
Diminuir o medo da morte e de morrer.	Discutir as questões de termino de vida no inicio do tratamento do paciente; Estimular o paciente a expressar suas preferencias sobre o término de vida na forma de documento legal; Proporcionar ambiente tranquilo e calmo, para que o paciente não fique agitado e com desconforto; Estabelecer e sustentar uma conduta tranquila, a fim de dar tempo para que o paciente organize seus pensamentos, medos e sentimentos.	Educar o paciente e a família sobre o prognostico; Ajudar o paciente e a família a chegar a um consenso sobre os objetivos do tratamento; Facilitar o apoio emocional para o paciente.
Risco de Integridade da pele prejudicada relacionada ao procedimento cirúrgico.	Supervisionar a pele; Proteger contra Infecções; Monitorar sinais flogísticos, Cuidar da ferida operatória com assepsia; Precaver contra sangramentos.	Cuidado com a lesão; E preservar a integridade da pele.

NETTINA (2007).

QUADRO2: SAE PACIENTES PORTADORES DO CANCER DE MAMA. (continuação)

Diagnostico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Resultado esperado
Risco de infecção relaciona a resposta imunológica alterada.	Avaliar a paciente para evidencia de uma infecção; Verificar sinais vitais a cada 4 horas; Monitorar a contagem de leucócitos diariamente; Inspecionar todos os sítios que podem servir como portas de entrada para patógenos (sítios intravenosos, ferida, proeminência óssea e cavidade oral); Colher culturas e teste de sensibilidade de acordo com a solicitação médica; Evitar que a paciente entre em contato com pessoas que têm infecção conhecida.	Demonstrar temperatura e sinais vitais normais; Exibe ausência de sinais de inflamações, edema local, eritema, dor e calor.
Lesões Fungoides.	Controle de odor e exsudato; Manutenção do curativo; Proporcionar ambiente tranquilo e higienizado; Tratar as lesões de maneiras assépticas	Proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente em relação dos cuidados com as lesões tumorais.

NETTINA (2007).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante a realização deste trabalho percebeu que mesmo o câncer de mama sendo o assunto bastante debatido e explorado pela sociedade, ainda existe poucas referencias que fale sobre a sistematização da assistência de enfermagem ao paciente portador do câncer de mama. Já sobre o câncer de mama propriamente dito existe diversas referencias.

Na maioria dos textos estudados a partir do ano 2000 a 2011 os autores concordam com o a necessidade do enfermeiro em realizar os cuidados necessários a pacientes com câncer de mama, esclarecendo dúvidas e obtendo informações mais precisas sempre que seja necessário, promovendo o bem estar físico e mental e prestando uma melhor assistência.

O câncer de mama é a neoplasia de maior ocorrência entre as mulheres, tanto de países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Segundo o Ministério da Saúde (KLIGERMAN,2002), o Brasil está entre os países com mais elevada taxa de incidência, tanto que o câncer de mama é dito como a principal causa de morte por neoplasia maligna na população feminina. Atualmente, o câncer de mama é considerado um grave problema de saúde pública, conseqüentemente é uma das mais importantes causas de morbidade e mortalidade na mulher por neoplasias em quase todo o mundo (LOPES, 1996 apud CENTOFANTI et al, 2003).

CONCLUSÕES:

O câncer de mama é a neoplasia de maior ocorrência entre as mulheres, inclusive no Brasil, que está entre os países com maiores taxas de incidência, sendo a principal causa de morte por neoplasia entre a população feminina. Atualmente, o câncer de mama pode ser considerado um grave problema de saúde pública.

Foi possível Observar que a maior parte dos artigos e literaturas revisados discorrem sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), como forma de auxiliar o enfermeiro no planejamento de sua assistência, destacando que a atuação do enfermeiro para a sistematização da assistência qualificada deve ser iniciada logo após o diagnóstico, por meio da consulta de enfermagem, a ser realizada desde a internação e sempre antes de cada modalidade terapêutica com vistas a uma assistência holística, individualizada e humanizada. Ao analisar as obras revisadas também foi possível concluir que é de mera importância o apoio familiar e que eles precisam de apoio e cuidados especiais por parte do enfermeiro, pois é ela que dá o suporte para enfrentar as diferentes crises da vida as rupturas emocionais, conflitos exigências bem como afirmar proteger e definir padrões de comportamento, valores e crenças.

A assistência de enfermagem a pacientes portadores do câncer de mama deve estabelecer prioridades, porque cada pessoa tem suas individualidades, singularidades, estilo de vida, crenças e valores. A implementação da SAE na assistência prestada pelo profissional enfermeiro é uma conquista para essa visão moderna do cuidado. Este possibilitou um cuidado científico que demonstra a evolução vivida pela classe de enfermagem acarretando uma boa resposta no cuidado humanizado e qualitativamente adequado, a resposta a esse método é bastante significativa.

Sendo assim, verificou-se por meio deste trabalho a necessidade de se conhecer em profundidade as especificidades do câncer de mama, suas implicações e as considerações de enfermagem frente à sistematização da assistência de enfermagem Cabe ao profissional aprimorar a cada dia mais seus conhecimentos técnico-científicos sobre os cuidados a serem utilizados, proporcionando ao paciente e também à instituição de saúde onde atua, maior eficiência no trabalho que realiza.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.M. MAMEDE, M.M. PANOBIANCO, M.S **construindo o significado da doença. A experiência de mulheres com câncer de mama.** Revista Latina-AM. Enfermagem, v.9, n.5, p. 63-68. 2001.

ALMEIDA, Raquel A. de. **Impacto da mastectomia na vida da mulher.** *Revista da SBPH*, v. 9. n. 2, dezembro,2006. Disponível em www.pepsic.bvs-psi.org.br/scielo
Acesso em: 23 de novembro de 2011.

ANELLI, Agnaldo. **Manual prático de condutas médico cirúrgico.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BARRETO, Regiane Aparecida S; SUZUKI, Karina; LIMA, Maria Aparecida; MOREIRA, Adriana Alves. **As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem.** Revista Eletrônica de Enfermagem.2008, Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/v10a10.htm. Acesso em: 23/11/2011.

BARROS, A.; NAZÁRIO, A. **Fatores de risco para o câncer de mama. In: Câncer da Mama - Diagnóstico e Tratamento.** Rio de Janeiro - RJ: Editora Medsi, 1994.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Instituto Nacional de Câncer-INCA. **Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** 2. Ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer- INCA. **Ações de Prevenção Primária para o controle do câncer de mama.** Cap.5. Brasília. 2006, Disponível em www.inca.gov.br/enfermagem acesso em: 06/07/2011.

BRUNNER & SUDDHART- **Tratado de enfermagem medico cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BRUNNER & SUDDHART- **Tratado de enfermagem medico cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

CAMARGO, Márcia Collirí. **Reabilitação no câncer de mama**. São Paulo: ROCA 2000.

CAMARGO, M.C; MARX, A.G. **Reabilitação Física no Câncer de Mama**. São Paulo: ED. Roca, 2000.

DUARTE, Tânia Pires; ANDRADE, Ângela Nobre. **Enfrentando a mastectomia**. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 23 de Novembro, 2011.

ELIAS, S; FERRARO, O; KEMP, C; PETTI, D. **Câncer de Mama**. Disponível em <http://revista.brasileiradecancerologia.com.br>, acesso em 24/11/2011.

EXAME DE MAMOGRAFIA. Disponível em <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus>, acesso em 27/09/2011.

FALZONI, R. **Câncer da Mama**. In: HALBE, H.W. Tratado de Ginecologia. São Paulo: Roca, 2000.p.2027-41.

GARCIA, T. R. **Cuidando de adolescentes grávidas solteiras**. Ribeirão Preto, 1996.256p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

GARGIULO. C.A. **Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas**. Texto e contexto enfermagem [online]. 2007, v.16, nº4, pp.696-702, Florianópolis.

GIMENES; M. H. Fávero (Orgs.), **A mulher e o câncer** (p. 71-107). Campinas: Livro Pleno.

INCA-Instituto Nacional do Câncer. **Controle do Câncer de Mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

INCA - Instituto Nacional de Câncer (2006). **Incidência de câncer no Brasil: estimativa 2006**, <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/>.

INCA-Instituto de Nacional do Câncer. **Câncer de Mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

INCA-Instituto de Nacional do Câncer. **Câncer de Mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

KLIGERMAN, J. **Estimativas sobre a Incidência e Mortalidade para Câncer no Brasil**. Revista Brasileira de Cancerologia, vol. 48, n.2, p. 175-179, 2002.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abrill K; FAUSTO, Nelson. (editores) Robbins; Cotron. **Patologia-Base Patológicas das doenças**. 7ªed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2005.

LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. **Enfermagem na saúde da mulher**. Goiânia,2006.280p.:il.ISBN85-7498-141-9

MAIESKI, V. M.; MANSANO, L. M. **Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influência sobre o trabalho**. Curitiba, 2007. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveisAcesso em: 23/11/2011.

MAKLUF, Ana Silva Diniz, Rosângela Corrêa; BARRA, Alexandre de Almeida. **Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama**. Revista Brasileira de cancerologia V.52 n.1 jan./fev./mar.2006 p.49-58.

Malzyner, A., Caponero, R; Donato, E. M. O. D. (2000). **A metamorfose de uma angústia: o tratamento do câncer da mama de Halsted ao BRCA-1..**

MALUF, Mª Fernanda. M; MORI, Lincon Jo; BARROS, Alfredo S. D. **O impacto psicológico do câncer de mama**. Rev. Brasileira de Cancerologia, n.51 v.2, p.149-154, 2005.

MELO.Elizabeth M; SILVA, Raimunda M. da ; FERNANDES, Ana Fátima C.O relacionamento familiar após a mastectomia.Revista Brasileira de

Cancerologia,.Disponivelem:http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/artigo4.pdf.acesso em:23/11/2011

MOHALLEM, Andréa Gomes da Costa; RODRIGUES, Andréa Bezerra. **Enfermagem oncológica**. Barueri: Manole, 2007.

MUSS, H. B. Câncer de Mama e Diagnóstico Diferencial dos Nódulos Benignos. In: BENNETT, J.C; GOLDMAN, L. **Tratado de Medicina Interna**. 21. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2001.

NETTINA, Sandra M. Brunner **Pratica de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2003.169p.

NETTINA, Sandra M. Brunner: **Prática de enfermagem**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koongan,2007.550p.2v.il. ISBN 978-85-277-1349-4.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008**. Trad. de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2008.

OMS- Organização mundial da saúde. Câncer. Disponível em <http://www.oms.br>. Acesso em 18/05/2011.

OTTO, Shirley E. **Oncologia**: enfermagem prática. Rio de Janeiro: Reichmann; Affonso, 2002.

PAULINELLI, Régis Resende; FREITAS JUNIOR, Ruffo de; CURADO, Maria Paula and SOUZA, Aline de Almeida e. **A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade**. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*. 2002, vol.3, n.1, pp. 17 -24.

POLLOCK, E. et al. **UICC manual de oncologia clínica**. 8. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

REGIS, Madalena de Fátima; SIMOES, Mara Faria. **Diagnóstico de câncer de mama, sentimento, comportamentos e expectativas de mulheres.** Revista eletrônica de enfermagem p81-86, 2005 disponível em www.fen.ufg.br/revista.htm acessado em 23 de novembro de 2011.

REGIS, Malena de Fátima; SIMÕES, Mara Faria, **Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamento e expectativa de mulheres.** Revista Eletrônica de Enfermagem, V07, n.01p. 81-86 2008 Disponível em www.fen.ufg.br/revista.htm

RESONANCIA DAS MAMAS: Disponível em: www.HFCP.com.br .Acesso dia 11/11/2011

SALES, Catarina Aparecida and ALENCASTRE, Márcia Bucchi. **Cuidados paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia.** *Rev. bras. enferm.* 2003, vol.56.

SILVA, Lucia Cecília. **Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino.** 2008, vol.13, n.2, pp. 231-237.

Sinais do câncer de mama: www.breastcancer.com. Acesso dia 11/11/2011

SMELTZER, Suzane C; BARE, Brenda G. **Tratado de Enfermagem Médico - cirúrgica.** 10^oed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Acesso dia 25/08/2011

SOUEN, **Lesões Precoces no Câncer de Mama.** Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia. Disponível em www.rsbcancer.com.br/rsbc/artigos2.asp, acesso em 27/09/2011.

THULER, L, C.(2003). **Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino.** Revista Brasileira de Cancerologia, vol.49, n.4, p 227-238 Disponível em: www.inca.com.br/rbc/n-49/v04/pdf.

THULER, L. C. S; Mendonça, G. A. (2005). **Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 27(11), p, 656-660.

ULTRASSOM DAS MAMAS: www.acetenamidia.com.br. Acesso dia 11/11/2011

UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER. **TNM Classificação dos Tumores Malignos**. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004.254p.

VIEIRA, Sônia. (2001). **Metodologia Científica Para Área da Saúde**. Rio de Janeiro: Campus. ISBN 85-352-0884-4.

ZELMANOWICZ, Alice de Medeiros. **Diagnóstico do câncer de mama**. 2008. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo>.

<http://www.mdsaude.com/2010/03/cancer-de-mama-sintomas.html>

ANEXO 1

CONSULTA DE ENFERMAGEM /SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)-
RESOLUÇÃO 272/2002 COFEN

Resolução 272/2002 dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem-SAE-nas instituições de saúde brasileiras.

O conselho Federal de Enfermagem-cofen, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

CONSIDERANDO a constituição Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1998 nos artigos 5º, XII e 197;

CONSIDERANDO a Lei nº7. 498/86c.c. o decreto nº94.406/86,respectivamente no artigo 11,alíneas “c”, “l” e “j”

CONSIDERANDO o contido no código de ética dos profissionais de Enfermagem, aprovado pela resolução cofen 240/2000;

CONSIDERANDO o disposto nas resoluções - cofen nºs195/1997,267/2001e 271/2002;

CONSIDERANDO que a sistematização da assistência de Enfermagem - SAE-sendo atividade privativa do enfermeiro utiliza método e estratégia de trabalho científica para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade;

CONSIDERANDO a institucionalidade da SAE como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência a saúde pelo enfermeiro;

CONSIDERANDO que a implementação da SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da assistência de enfermagem;

RESOLVE:

Art.1º Ao Enfermeiro incumbe:

I-Privativamente: A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas:

Consulta de Enfermagem: compreende o histórico (entrevista) exame físico, diagnóstico prescrição e evolução de enfermagem.

Histórico: conhecer hábitos individuais e biopsicossocial visando à adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.

Exame físico: o enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão de forma criteriosa efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.

Diagnóstico de enfermagem: o enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência ,fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo ,da família e comunidade ,aos problemas ,processos de vida vigente ou potenciais .

Prescrição de Enfermagem: é o conjunto de medidas decididas pelo enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

Evolução de Enfermagem: é o registro feito pelo enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes.

Artigo 2º A implementação da sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE-de ocorrer em todas as instituições da saúde pública e privada.

Artigo 3º A Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente /cliente /usuário, devendo ser composta por:

- ✓ Histórico de enfermagem
- ✓ Exame físico
- ✓ Diagnóstico de Enfermagem
- ✓ Prescrição da Assistência de Enfermagem
- ✓ Evolução da Assistência de Enfermagem
- ✓ Relatório de Enfermagem

Parágrafo único: Nos casos de assistência domiciliar este prontuário deverá permanecer junto ao paciente /cliente/usuário assistindo, objetivando o andamento do processo, bem como atender o disposto no código de defesa do consumidor.

Artigo 4º os conselhos, em suas respectivas jurisdições deverão promover encontros, seminários e eventos para subsidiar técnicas e cientificamente os profissionais de enfermagem na implementação da Sistematização da assistência de Enfermagem-SAE;

Artigo 5º É de responsabilidade dos conselhos, em suas respectivas jurisdições, zelar pelo cumprimento desta norma.

Artigo 6º os casos omissos serão resolvidos pelo Cofen.

Artigo 7º A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2002.

Gilberto Linhares Teixeira COREN-RJ nº2380
Presidente

Carmem de Almeida da Silva COREN-SP nº2254
primeira secretária

