

**ABORDAGEM DOS PRINCIPAIS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO DO
CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO DE LITERATURA****Helem Dias Tavares**

(Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem)

Raquel Nunes da Conceição

(Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem)

Zilene do Socorro Santa Brígida da Silva

(Esp. Docente da FAHESA / ITPAC)

E-mail: zilbrigida@hotmail.com, helemrcc@hotmail.com

A Neoplasia maligna de mama, também chamada de câncer de mama, tumor maligno de mama, faz parte do grupo de mais de 100 doenças que tem em comum a divisão celular descoordenada e rápida que pode desenvolver a capacidade de se espalhar para outras partes do corpo. Esta doença é responsável por milhares de mutilações e mortes no mundo inteiro. Entretanto, esta realidade é passível de transformação. Detectado em fase inicial alcança até 95% de chances de cura. O estudo aqui desenvolvido tem como objetivo discutir os principais métodos para o diagnóstico do câncer de mama: o auto-exame, exame clínico e mamografia, com enfoque ao exame mamográfico de rastreamento. Trata-se de uma revisão de literatura descritiva e reflexiva que levanta pontos de divergência na literatura sobre aspectos do auto-exame, quanto à forma de incentivo e sua categorização, como método de diagnóstico precoce, bem como à idade para iniciar o exame clínico e os exames mamográficos de rastreamento. Põe em evidência ainda, alguns benefícios e possíveis malefícios que estes métodos de diagnóstico podem oferecer à saúde da mulher que se submete a ele(s).

Palavras-chave: Câncer de Mama; Auto-Exame; Exame Clínico; Mamografia.

A malignant neoplasm of the breast, also called breast cancer, malignant tumor of the breast, part of the group of more than 100 diseases that are common in cell division and rapid uncoordinated who can develop the ability to spread to other parts of the body. This disease is responsible for thousands of mutilations and deaths worldwide. However, this situation is suitable for further processing. Detected in the initial phase reaches up to 95% chance of cure. The study developed here aims to discuss the main methods for the diagnosis of breast cancer: breast self-examination, clinical examination and mammography, with an approach to screening mammography. This is a literature review descriptive and reflective points of disagreement that arises in the literature about aspects of self-examination, concerning the form of incentives and their categorization as a method of early diagnosis and the age to start clinical examination and mammographic screening. Also highlights some possible benefits and harms that these diagnostic methods may offer the health of the woman who undergoes it(s).

Keywords: Breast Cancer; Self Examination; Clinical Examination; Mammography.

1. INTRODUÇÃO

O Câncer de mama é uma doença caracterizada por um crescimento desenfreado e desorganizado de células anormais, que podem desenvolver a capacidade de invadir tecidos e órgãos circunvizinhos ou espalhar-se para regiões mais distantes, como por exemplo,

ossos, fígado, intestino. A esse acontecimento dá-se o nome de metástase. (INCA, 2010).

Essa patologia é a principal causa de morte por tumores malignos em mulheres, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa de incidência de novos casos de câncer de mama para o ano de 2010

é de 49.240, o que corresponde a 25,6% do total de todos os tipos de cânceres estimados para mulheres que juntos contabilizam 192,590 novos casos.

As terapias mutiladoras, a exemplo a mastectomia, técnica cirúrgica que remove completamente a mama e as altas taxas de mortalidade por câncer de mama poderiam ser evitadas se houvesse a garantia de diagnóstico precoce, ou seja, se o câncer de mama for detectado o mais cedo possível e tratado imediatamente é possível atingir até 95% de chances de cura. (INCA, 2010).

Conforme o Departamento de patologia da Faculdade de Medicina de Harvard as chances de cura do paciente diminuem em 1% a cada 1mm que o tumor de mama aumenta. (CALEFFI, 2010).

Os métodos diagnósticos mais utilizados para o câncer de mama são o auto-exame das mamas (AEM), o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia (MMG), saber usá-los de maneira adequada, favorecer o acesso às mulheres a esses métodos e se necessário posteriormente ao tratamento imediato, deve ser estratégia fundamental para controlar o câncer de mama.

Este estudo levanta pontos de discordância entre autores encontrados na literatura quanto à forma de incentivar o auto-exame entre as mulheres, sua categorização como método diagnóstico precoce, como também a idade que se deve iniciar o exame clínico e os exames de rastreamento.

Levantando ainda, benefícios e possíveis malefícios que estes métodos podem causar às mulheres que a eles se submetem. Tendo, pois, este trabalho, a finalidade de auxiliar na melhor compreensão e discussão acerca do assunto.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Métodos de Diagnóstico do Câncer de Mama

2.1.1 Auto-exame das mamas

O auto-exame das mamas é um método em que, como a nomenclatura indica, a própria mulher se examina, e consiste em duas etapas, na primeira a mulher se observa de tórax nu em frente ao espelho e observa atentamente o formato das mamas, a cor e textura da pele, contorno da mama, mamilos. Inicialmente com os braços relaxados ao longo do corpo, depois com os braços estendidos em linha vertical e logo em seguida com os braços apoiados nos quadris, realizando uma leve pressão e curvatura do tronco para frente. (NETTINA, 2007).

A segunda parte do exame se constitui do momento em que a mulher realiza a palpação das mamas. Com a mão direita na nuca, utiliza a mão esquerda para examinar a mama direita. Usa as polpas digitais do 2º, 3º e 4º quírodáctilos, também conhecidos por indicador, médio e anelar respectivamente, pressionando levemente enquanto se faz movimentos circulares, é importante sentir toda a mama e examinar a axila. Para finalizar é necessário que se faça a expressão do mamilo para verificar se há saída de secreção. O procedimento é repetido na mama oposta. (SMELTZER, 2009).

Para as mulheres em idade fértil é recomendável esperar uma semana após a menstruação para realizar o auto-exame e as mulheres que já passaram pela menopausa podem escolher qualquer dia do mês. (POTTER, 2009)

Existem posicionamentos bem diferenciados sobre incentivar, ou não, as mulheres a realizarem o auto-exame das mamas.

De acordo com o INCA (2010), esta atitude não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama, pode provocar efeitos negativos, por causar aumento do número de biópsias de lesões benignas, causando uma segurança infundada, a mulher ao se

examinar já se sente segura do resultado, excluindo a busca por métodos mais confiáveis ou ainda causar impacto psicológico negativo nos exames falsamente positivos, caso detecte algo que julga ser anormal. O INCA, portanto não reconhece o auto-exame como método diagnóstico precoce, entretanto, o INCA entende que o auto-exame pode ser ensinado e difundido durante atividades de educação em saúde que estimulem autocuidado e autoconhecimento do corpo.

Havendo privação de orientações adequadas corre-se o risco de contribuir para a difusão entre as mulheres de que o auto-exame é suficiente para perceber qualquer alteração nas mamas, o que anularia a necessidade da procura por outros métodos de diagnóstico, sendo que exatamente estes outros métodos, ECM e MMG é que detectam precocemente o câncer de mama.

Ou ainda, não se exclui a possibilidade da mulher confundir, durante a realização do AEM, alguma estrutura fisiológica ou lesão benigna da mama com um tumor maligno, o que pode realmente desencadear resposta psicológica negativa que tende a desaparecer assim que se comprove que não se trata de um tumor maligno.

A Sociedade Americana de Câncer institui entre outras normas para a detecção precoce de câncer de mama que o AEM seja opcional e sugere às mulheres que aderirem a ele que a regularidade seja mensal e o início se dê a partir dos 20 anos. (GOMES, 2007).

Mehring (2004) diz que muitos cânceres são encontrados pelas próprias mulheres através do AEM em situações em que existe uma sutil mudança no contorno das mamas ou apenas um espessamento da pele e que o aspecto mais importante do AEM é ser um método de exame regular, sistemático, conveniente e consistente.

Nascimento, Silva e Marinho (2009) englobam o AEM entre os métodos de diagnóstico precoce do câncer de mama e destacam que para ter eficácia precisa ser realizado mensalmente e com a técnica

correta, o que tem não tem acontecido, pois 95,3% das mulheres referem conhecer o AEM, mas apenas 7,4% são capazes de realizá-lo da maneira adequada.

Ainda segundo as autoras supracitadas, o tamanho dos nódulos cancerígenos identificados variou bastante de tamanho de acordo com a prática e/ou regularidade da realização do AEM, 3,5 cm para as que nunca praticaram, 2,5 cm para as que praticavam eventualmente e 2 cm ou menos para as que repetiam o exame mensalmente.

Leite e Andrade (2009) defendem a realização do AEM como estratégia de autocuidado com o corpo, não apenas para identificar tumor maligno, mas para conhecer as mamas e, se houver necessidade, procurar serviço de saúde. Estes atribuem vantagens ao método como não apresentar qualquer efeito colateral adverso, aceitabilidade das mulheres, simplicidade e baixo custo.

Para Potter (2009), é necessário incentivar às mulheres a realizarem o AEM mensalmente, pois além de proporcionar familiaridade com as mamas, permite que alterações na mama sejam descobertas precocemente.

2.1.2 Exame clínico das mamas

O exame clínico, também chamado de exame físico é feito por um enfermeiro ou médico treinados. Neste tipo de exame os tumores podem ser identificados a partir de 1 cm, se forem superficiais. Divide-se em três momentos, inspeção estática, inspeção dinâmica e palpação. Deve ser realizado em qualquer exame físico geral ou ginecológico ou sempre que a paciente relatar alguma alteração nas mamas. (BRASIL, 2010).

Porto (2008) ensina que o ECM começa com a mulher sentada e termina com a paciente em decúbito dorsal, descreve inspeção e palpação, manobra de Bloodgood e garante que se a semiotécnica for bem executada e as mamas não forem volumosas é possível detectar tumores de até 3mm de diâmetro.

Existem bastantes semelhanças entre o exame clínico e o auto-exame, aquele, porém é mais complexo completo e seguro, pois o profissional conta com competências técnicas e científicas para poder detectar alterações em estágios mais iniciais do que a mulher sozinha seria capaz, além de ter capacidade de correlacionar os achados com características comuns de tumores malignos ou benignos, tomar conduta, como solicitar mamografia, por exemplo, entre outras providências.

O documento de consenso para controle do câncer de mama recomenda que o rastreamento por meio do ECM se inicie a partir dos 40 anos de idade e seja realizada uma vez por ano, mas por fazer parte do atendimento integral à saúde da mulher deve ser feito em qualquer faixa etária durante as consultas clínicas. (BRASIL, 2004)

De acordo com as diretrizes da Sociedade Americana de Câncer em relação ao ECM é que mulheres de 20 a 30 anos o façam pelo menos a cada 3 anos e mulheres a partir de 40 anos, seja feito no mínimo anualmente. (GOMES, 2007).

A importância do ECM consiste também no fato de que aproximadamente 40% dos cânceres de mama podem ser detectados apenas através da palpação, isso pode acontecer em algumas situações como no carcinoma inflamatório que representam 1% a 2% das malignidades da mama. O edema intenso causa rápido aumento da densidade e espessamento difuso do tecido cutâneo o que impede que a arquitetura interna da mama seja visualizada através da MMG. (EISENBERG, 1999).

A sensibilidade do ECM varia de 57% a 83% em mulheres entre 50 e 59 anos, e em aproximadamente 71% nas mulheres entre 40 e 49 anos. A especificidade varia de 88% a 96% em mulheres com idade entre 50 e 59 e entre 71% a 84% nas que estão entre 40 e 49 anos. (BRASIL, 2010).

Não foram encontradas discordâncias entre autores sobre o ECM. Existe um consenso de que os

profissionais precisam ser capacitados para que haja boa efetividade nos resultados.

2.1.3 Mamografia

A mamografia é um exame de imagem, tipo especial de radiografia, que permite o estudo do tecido mamário, detecta precocemente o câncer de mama, mostrando lesões de até 1 mm. É realizado em um mamógrafo, aparelho de raio x que comprime a mama originando imagens. (BRASIL, 2010).

São obtidas duas incidências de cada mama, incidência craniocaudal que é a compressão da mama de cima para baixo e incidência oblíqua mediolateral, de um lado para o outro. As mulheres podem sentir um desconforto, pois a compressão máxima é necessária para que se atinja a visualização desejada. (SMELTZER, 2009).

Por detectar lesões subclínicas e auxiliar no diagnóstico de massas palpáveis a MMG é eleito padrão ouro do diagnóstico precoce de câncer de mama. Cerca de 50% dos cânceres de mama iniciais podem ser descobertos apenas por MMG, a sensibilidade da MMG aumenta quando a densidade da mama diminui, por isso em mamas gordurosas, podem ser detectadas 90% das doenças malignas (GIULIANO, 2010).

A sensibilidade, ou seja, a capacidade do teste em identificar corretamente a doença entre aqueles que a possui varia de 46% a 88% e a especificidade, capacidade do teste em excluir corretamente aqueles que não possuem a doença oscila de 82% a 99%, essas variações acontecem devido a fatores como o tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário, qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. (BRASIL, 2010).

Quanto às indicações a mamografia divide-se em mamografia diagnóstica que é realizada na presença de sinais e sintomas do câncer de mama e mamografia para rastreamento que é feita em mulheres assintomáticas. (BRASIL, 2007).

O Colégio Americano de Radiologia e Sociedade Americana de Câncer recomendam que seja feita uma mamografia de triagem em mulheres a partir de 40 anos a cada um ou dois anos. (GIULIANO, 2010).

Em conformidade com o Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama, as recomendações foram para que mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos realizem exame mamográfico com intervalo máximo de dois anos entre os exames e que seja feito anualmente em mulheres em grupo de risco a partir dos 35 anos. (BRASIL, 2007).

São classificadas como mulheres do grupo de alto risco aquelas que têm histórico na família de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos, câncer em ovário em parentes de qualquer idade, câncer de mama masculino ou que a própria mulher tenha desenvolvido lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia in situ. (BRASIL, 2004).

Neste contexto da disponibilização e controle de exames mamográficos o SUS elaborou uma ferramenta imprescindível, o SISMAMA que é um sistema eletrônico de rastreamento, foi implantado nacionalmente em Junho de 2009 tem papel relevante por permitir a avaliação rápida e regular de dados sobre o câncer de mama, o que contribui grandemente para o gerenciamento das ações de controle do câncer de mama. (BRASIL, 2010).

Outra ferramenta fundamental é o SISPACTO, instrumento virtual de pactuação de indicadores, com resultados atingidos referentes ao ano anterior e metas para o ano atual, a meta do ano passado era implantar o SISMAMA e a meta para os anos 2010/2011 é ampliar a oferta de mamografia visando alcançar uma cobertura de 60% da população alvo. (BRASIL, 2010).

SISPACTO faz menção ao Pacto Pela Saúde que surgiu em 2006 e que dentre outras providências e resultados discutidos e acordados entre as três esferas de gestão concluíram que uma das prioridades seria controlar o câncer de colo uterino e de mama, o indicador utilizado para avaliar essa II prioridade será a

razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária em determinado local e ano (BRASIL, 2010).

A Primeira ferramenta citada, SISMAMA, foi criada para dar suporte à Política Nacional de qualidade mamografia que foi lançada aproximadamente três meses antes do surgimento da SISMAMA, ou seja, em março de 2009 e tem como objetivo primordial garantir a qualidade da imagem, a dose de radiação correta e a interpretação adequada das mamografias realizadas no SUS em todo o país. (BRASIL, 2010).

Percebe-se que os esforços são para garantir que as mulheres entre 50 e 69 anos sejam contempladas no programa de rastreamento, mas existem estudos que mostram que grupos de mulheres a partir de 40 anos também precisam ser contemplados.

A Sociedade Americana de Câncer e Colégio Americano de Radiologia concordam que o rastreamento mamográfico deve ser iniciado em mulheres a partir dos 40 anos. (GOMES, 2007). A Lei nº 11.664 de 29 de Abril de 2008 garante que mulheres entre 40 e 49 anos têm o direito de realizarem exames de mamografia pelo SUS, a lei não especifica a periodicidade que deve ser seguida, o que permite que o INCA tome total responsabilidade de definição sobre este aspecto. Esta medida legal significa saúde à sociedade e maior economia a médio e longo prazo para o SUS, uma vez que o tratamento fica mais caro à medida que o estágio da doença avança. (MATOS, 2009).

Durante maio de 2008 e abril de 2009 foi realizada uma auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) que conclui que os mamógrafos operantes em serviços públicos tiveram baixa produtividade, o que confere dizer que foram subutilizados, a média nacional de produção de exames/dia foi de 9,8 exames/dia enquanto a média satisfatória considerada pelos técnicos do tribunal seria de 25 mamografias ou mais por dia, em apenas 23 dos 435 locais que possuem mamográficos, o que corresponde a 5%, corresponderam a esse critério. (LEITE, 2010).

Ainda segundo Leite (2010), os principais obstáculos apontados à realização de mamografias, conforme questionário respondidos por municípios a pedido do TCU, foram problemas como falta de manutenção e de funcionários para operar os mamógrafos e fazer laudos, também foram relatados problemas como necessidade de obras de infraestrutura na unidade o que levou 15 unidades a admitirem nunca ter colocado máquinas em funcionamento.

Em Abril de 2009 aconteceu no Rio de Janeiro – RJ um Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama promovido pelo INCA o objetivo principal era promover a troca de experiências sobre a implantação de programas de rastreamento de câncer de mama com base em evidências científicas atuais. (INCA, 2009).

Coldman (2009) esclarece que política pública e rastreamento do câncer de mama têm metas distintas, a meta desta é diagnosticar precocemente o câncer de mama e prover um efetivo tratamento enquanto a meta daquela é reduzir a taxa de mortalidade por câncer de mama, o objetivo do rastreamento de câncer de mama é prover serviços de rastreamento mamográfico para os sujeitos elegíveis, esta ação envolve aplicação de escassos recursos médicos para um grande número de mulheres, cuja maioria nunca desenvolverá câncer de mama.

O autor supracitado aponta prejuízos do rastreamento do câncer de mama que incluem o elevado número de resultados falso-positivos, gasto de dinheiro, tempo, risco reduzido de indução de câncer, pacientes vivendo um tempo maior com o conhecimento do câncer, mesmo quando não podem se beneficiar disso. Resultados de pesquisas confirmam que mudar o rastreamento de bienal para anual não melhora a eficiência, pelo contrário, diminui.

As discussões levantadas durante o Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama fundamentaram a manifestação do INCA, a respeito da política de rastreamento, que juntamente com a avaliação de outros departamentos e secretarias contribuíram para que fosse instituída a Portaria nº.

3.318, de 30 de Dezembro de 2009 que prorroga os prazos da Portaria nº.1.183/GM, de 3 de Junho de 2009. (BRASIL, 2009).

Foram liberados pelo Ministério da Saúde através desta Portaria nº. 3.318, 94 milhões de reais para cobrir mamografias nos municípios, esta verba foi extrateto, o teto ficou aberto durante seis meses, a intenção era reavaliar a necessidade real de cada município e redefinir o teto para mamografia, mas não houve mudanças significativas nos tetos dos municípios porque não houve acréscimo na realização dos exames mamográficos. (CALEFFI, 2010).

Uma pesquisa encomendada pela FEMAMA (Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama) ao DATAFOLHA em 2008 revelou que as mulheres se preocupam muito com o Câncer de mama, mas apesar disso existe falta de conhecimento sobre as melhores formas de diagnóstico precoce e tratamento, o auto-exame é a forma mais conhecida, há a necessidade de destacar a mamografia uma vez ao ano a partir dos 40 anos, já que o auto-exame não é a forma mais adequada para o diagnóstico precoce. (DATAFOLHA, 2008).

Ainda sobre resultados da pesquisa do DATAFOLHA, destacam-se as respostas das mulheres sobre os motivos pelos quais nunca fizeram mamografia, 33% relataram falta de indicação do médico e 29% descuido com a saúde/falta de hábito/preguiça, 22% dificuldade em marcar consultas/exames, entre outros.

Esta realidade contribui para que apenas 3,4% dos casos serem detectados inicialmente, enquanto 60% são diagnosticados em casos avançados, quando se considera que a doença já se tornou incurável. (MOURA, 2010).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde tem planejado e implementadas várias atividades sumariamente importantes no controle do câncer de mama, com mais

intensidade e organizado a partir do ano de 2006, quando emergiu o Pacto pela Saúde.

Dentro desse processo existem vários fatores que contribuem para que as conseqüências causadas por essa doença sejam reduzidas, entre esses fatores se inclui o diagnóstico, que deve ser feito o mais precocemente possível.

Dessa forma, é primordial conhecermos a fundo os principais métodos de diagnóstico, utilizá-los de maneira adequada, buscando sempre minimizar os possíveis efeitos negativos e potencializar suas características positivas. Otimizando as possibilidades de realizar um diagnóstico precoce de câncer de mama.

Percebe-se que os métodos de diagnóstico tem levantado alguns pontos de discordância na literatura, entretanto é unânime a compreensão de que o diagnóstico precoce é essencial neste contexto.

Os recursos disponíveis não tem sido plenamente explorados o que demonstra que questões financeiras não são exclusivamente o entrave desse processo de atingir resultados mais ousados no controle do câncer de mama; os problemas vão além da utilização dos recursos do cofre público, abrange disponibilidade, responsabilidade e capacitação profissional, além da participação popular.

Para que se atinja o objetivo de vencer o câncer de mama é necessário que haja uma ação coletiva e integrada de gestores, profissionais da saúde e sociedade civil e que todos se empenhem em bem utilizar os métodos de diagnóstico para câncer de mama.

4. REFERÊNCIAS

- BRASIL, 2008. Lei 11.664, de 29 de abril de 2008.
- BRASIL, 2009. Portaria nº.3.318, de 30 de Dezembro de 2009
- BRASIL, 2009. Portaria nº.1.83/GM, de 3 de Junho de 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Parâmetros Técnicos para Programação de Detecção Precoce do Câncer de Mama: Recomendações para Gestores Estaduais e Municipais.** Ministério da Saúde;Secretaria de Atenção à Saúde,Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso.** Rio de Janeiro: INCA, 2004.Disponível em: www.inca.gov.br. Acessado em: 13/08/2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Mamografia: da prática ao Controle.**Rio de Janeiro, INCA, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativas 2008: Incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Sus de A a Z: Garantindo Saúde nos Municípios.**Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3ª.ed – Brasília: Editora do Ministério da Saúde,2009.
- CALEFFI, Maira.**Acesso ao Diagnóstico: discutindo os problemas reais para se garantir um diagnóstico precoce, exato e de qualidade.**disponível em www.oncoguia.com.br acessado dia 03/10/2010.
- CUNHA, Nara Fabiana.**Políticas Públicas no Brasil com Ênfase na Prevenção do Câncer de Mama.** Disponível em: www.cppls.ucg.br acessado dia 05/11/2010.
- EISENBERG, Ronald L. **Um Atlas de Diagnóstico Diferencial por Imagem.** 3ª.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1999. p.1171-1192.
- GIULIANO, Armando E.Mama. In. WAY, Lawrence W.; DOHERT, Gerard M. **Cirurgia: Diagnóstico & Tratamento.** – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.p 264-280.
- GOMES, Ivan Lourenço. **Fisiopatologia.** - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.p 15-51.

LEITE, Keily Cristiny Azevedo; Andrade, Suellen Nóbrega de; **Produção de Estratégias para Estimular a Adesão ao Auto-exame das Mamas entre as Mulheres do Município de Araguaína**, - Araguaína. Nov/2009.

MATOS, Tiago Farina. **Mamografia a partir dos 40 anos, agora é lei. Será que é pra valer?** disponível em www.oncoguia.com.br acessado dia 28/10/2010.

MEHRING, Patrícia M.C. Alterações na Estrutura e na Função do Sistema Reprodutivo Feminina. In. PORT, Carol Mattson. **Fisiopatologia**. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.p.159-171.

MOURA, Fernanda M.J.S.P. et al. **Os Sentimentos das Mulheres Pós-Mastectomizadas**. Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem. - Rio de Janeiro.V.14, n.3, p.477-484, Jul/Set 2010.

NASCIMENTO, Talita Garcia do; SILVA, Sueli Riul da; MACHADO, Ana Rita Marinho. **Auto-exame de mama: significado para pacientes em tratamento quimioterápico**. Revista Brasileira de Enfermagem. – Brasília, vol.62, n.4. Jul/Ago.2009 disponível em: <http://www.scielo.br/scielo> acesso dia 10/10/10.

NETTINA, Sandra M. **Prática de Enfermagem**. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 92-132.

PORTO, Celmo Celeno. **Exame clínico: bases para a prática médica**. – 6ªed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.p.285-289.

POTTER, Patrícia Ann. **Fundamentos de Enfermagem**. – Rio de Janeiro: Elviesier, 2009. p.610-615.

SMELTZER, Suzanne C. et al., **Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan 2009. p 1438 -1472.