

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES MASTECTOMIZADAS

Shérica Karanini Paz de Oliveira¹, Maria Tereza Menezes de Paiva Viana², Suyane Pinto de Oliveira Bilhar², Francisca Elisângela Teixeira Lima³

RESUMO: A sistematização da assistência de enfermagem permite ao enfermeiro coordenar a assistência prestada, identificando as necessidades individuais do paciente. Foi objetivo utilizar a sistematização da assistência de enfermagem às mulheres mastectomizadas. Trata-se de estudo descritivo, realizado em uma instituição especializada em oncologia. Participaram dez mulheres cadastradas no grupo de apoio à mulher mastectomizada da instituição, com idade igual ou superior a 18 anos, em tratamento no período da pesquisa; e consciente ou apta a responder aos questionamentos. Para coleta dos dados foram utilizados entrevista e exame físico. Foram detectados cinco diagnósticos de enfermagem real, cinco de promoção da saúde, quatro de risco e três de bem-estar. A análise demonstrou que, após a mastectomia, as mulheres apresentam algumas limitações, mas enfrentam de maneira satisfatória a mudança corporal.

PALAVRAS-CHAVE: Mastectomia; Processos de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Neoplasias da mama.

NURSING CARE SYSTEMATIZATION FOR MASTECTOMIZED WOMEN

ABSTRACT: Nursing care systematization allows nurses to coordinate the delivery of care, by the identification of the individual patient needs. The aim of this study was to use the systematization of nursing care for women with mastectomies. This is a descriptive study developed at an institution specialized in oncology. A total of ten women enrolled in a support group for women with mastectomies of the institution, aged over 18 years, on treatment during the study; and conscious or able to respond to questions joined the study. It was used the interview and physical examination for data collection. Five real nursing diagnoses, five of health promotion, four of risk and three of well-being were detected. The analysis showed that after mastectomy women have some limitations, but they face body changes in a satisfactory way.

KEYWORDS: Mastectomy; Nursing process; Nursing care; Breast neoplasms.

SISTEMATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS

RESUMEN: La sistematización de la asistencia de enfermería permite al enfermero coordinar la atención prestada, identificando las necesidades individuales del paciente. Fue objetivo utilizar la sistematización de la asistencia de enfermería a las mujeres mastectomizadas. Se trata de estudio descriptivo, realizado en una institución especializada en oncología. Participaron diez mujeres registradas en el grupo de apoyo a la mujer mastectomizada de la institución, con edad igual o superior a 18 años, en tratamiento en el periodo de la investigación; y consciente o apta a responder a los cuestionamientos. Para colecta de los datos fueron utilizados la entrevista y examen físico. Fueron detectados cinco diagnósticos de enfermería real, cinco de promoción de la salud, cuatro de riesgo y tres de bien estar. El análisis demostró que, después de la mastectomía, las mujeres presentan algunas limitaciones, pero enfrentan de manera satisfactoria la mudanza corporal.

PALABRAS CLAVE: Mastectomía; Procesos de enfermería; Cuidados de enfermería; Neoplasias de la mama.

¹Enfermeira. Especialista em Enfermagem Cardiovascular. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará-UFC. Membro do Grupo de Estudo sobre Consulta de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará-GECE.

²Enfermeira pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da UFC. Coordenadora do GECE.

Autor correspondente:

Shérica Karanini Paz de Oliveira

Universidade Federal do Ceará

Rua Desembargador Praxedes, 1246 - 60416-530 - Fortaleza-CE, Brasil

E-mail: karanini@yahoo.com.br

Recebido: 12/10/09

Aprovado: 19/03/10

INTRODUÇÃO

O câncer é um processo patológico que começa quando uma célula normal é transformada por mutação genética do DNA celular, forma um clone e começa a proliferar de maneira anormal. Adquire então características invasivas, e as alterações têm lugar aos tecidos circunvizinhos⁽¹⁾.

O câncer de mama é, provavelmente, o mais temido pelas mulheres devido à alta frequência e, sobretudo, pelos efeitos psicológicos que afetam a percepção da sexualidade e a autoimagem⁽²⁾. Nas décadas de 60 e 70, houve um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade, nos registros de câncer de base populacional de diversos continentes. Em 2005, de um total de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo, o câncer de mama foi responsável por 7,6 milhões, representando 13% das mortes. Os tipos de câncer com maior mortalidade foram: pulmão (1,3 milhão); estômago (cerca de 1 milhão); fígado (662 mil); cólon (655 mil); e mama (502 mil)⁽³⁾. Estima-se que, em 2020, o número de casos novos anuais no mundo seja da ordem de 15 milhões. Cerca de 60% destes ocorrerão em países em desenvolvimento. Contudo, pelo menos um terço dos casos novos de câncer no mundo poderia ser prevenido⁽³⁾.

No Brasil, as estimativas para 2009 apontavam a ocorrência de 466.730 casos novos de câncer. À exceção do câncer de pele do tipo não-melanoma, eles serão os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e colo uterino no sexo feminino os mais prevalentes, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observado no mundo. Com relação à representação espacial das taxas brutas de incidência estimadas para o ano 2010, segundo a Unidade da Federação, no Estado do Ceará, a neoplasia maligna da mama feminina tem uma taxa estimada de 11,91 casos para cada 100.000 mulheres⁽³⁾.

Diante da elevada incidência de câncer de mama e, conseqüentemente, de mulheres mastectomizadas, percebe-se a importância da assistência de enfermagem às mulheres, visando evitar complicações que possam interferir ainda mais na qualidade de vida dessas pacientes.

Para a realização da assistência de enfermagem, é necessária a utilização de um método científico que possibilite ao enfermeiro aplicar na prática o marco teórico que direciona e que embasa as suas ações,

destacando-se a sistematização da assistência de enfermagem (SAE)⁽⁴⁻⁵⁾. A resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n. 358/2009 considera que a SAE deve ser realizada de modo deliberado e sua implementação ocorrer em todos os ambientes em que seja realizado o cuidado profissional de enfermagem, seja na atenção primária, secundária e terciária, e desenvolvida em instituição pública ou privada⁽⁶⁾.

A SAE consiste em cinco fases sequenciais e inter-relacionadas: levantamento dos dados (anamnese e exame físico); diagnóstico de enfermagem; planejamento; implementação; e avaliação^(4,6-7). Vale ressaltar que existem várias classificações para definir as etapas metodológicas da SAE, dependendo de cada autor proponente.

A Enfermagem tem apresentado necessidades de padronização de uma linguagem única, que possa ser entendida e praticada por enfermeiros em vários locais. A partir dessas demandas começaram a ser criados instrumentos de trabalho que proporcionam interação dinâmica durante a execução do processo de enfermagem. São eles: os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem (NANDA), classificação das intervenções de enfermagem (NIC), classificação dos resultados de enfermagem (NOC)⁽⁸⁾, classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), entre outras⁽⁹⁾. Essa última é um sistema de informação que classifica os fenômenos, as ações e os resultados de enfermagem, o que permite a descrição e a caracterização de sua prática. Ela representa um marco unificador de todos os sistemas de classificação disponíveis no âmbito mundial⁽⁹⁾.

Diante dessas considerações, buscam-se respostas para questionamentos como: Quais os problemas prevalentes apresentados por mulheres mastectomizadas de interesse para a Enfermagem? Quais os diagnósticos de enfermagem identificados nas mulheres mastectomizadas, segundo NANDA? Quais as ações de enfermagem indicadas a essas mulheres?

A resolução destes questionamentos poderá subsidiar o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem adequada à mulher mastectomizada, proporcionando melhores condições para suportar as situações vivenciadas durante o tratamento, com participação ativa dos profissionais de enfermagem junto à mulher e seus familiares no processo de recuperação e reabilitação.

Para tanto, foi estabelecido como objetivo deste estudo utilizar a sistematização de assistência de enfermagem às mulheres mastectomizadas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Foi realizado em uma instituição privada especializada em oncologia, conveniada ao Sistema Único de Saúde, situado em um bairro periférico da cidade de Fortaleza, Estado do Ceará. A referida instituição tem como missão prestar assistência e apoio às pessoas portadoras de câncer e seus familiares, priorizando as economicamente carentes, nas mais diversas dificuldades, tendo em vista seu bem-estar biopsicossocial.

Os sujeitos que participaram do estudo foram 10 mulheres mastectomizadas que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser cadastrada no grupo de apoio à mulher mastectomizada existente na mencionada instituição; ter idade igual ou superior a 18 anos; estar em tratamento no período da pesquisa; estar consciente ou apta a responder aos questionamentos, aceitar e formalizar a participação no estudo.

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Fortaleza, e obteve parecer favorável sob n. 95/09. Todos os sujeitos foram orientados quanto aos objetivos do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi garantido o anonimato da mulher e o direito de retirar seu consentimento no momento em que desejasse, sem haver nenhum comprometimento no seu acompanhamento na instituição.

O convite para sua participação ocorreu durante os encontros do grupo de apoio às mulheres mastectomizadas. A coleta das informações foi realizada em março de 2009 por meio de uma entrevista individual e exame físico com cada mulher. Foi utilizado um roteiro para entrevista e exame físico, com perguntas abertas e fechadas, e que contemplavam os 13 domínios da taxonomia II da NANDA. As informações foram organizadas de acordo com os diagnósticos detectados e a análise fundamentada conforme a literatura pertinente à temática.

RESULTADOS

Inicialmente, estão apontados os dados de caracterização dos sujeitos do estudo e, a seguir, os

principais diagnósticos de enfermagem e o plano de cuidados às mulheres mastectomizadas.

Caracterização das mulheres quanto aos aspectos sociodemográficos, clínicos e comportamentais

Os sujeitos do estudo foram 10 mulheres com idade entre 39 e 89 anos, com média de 58 anos. Dentre as características sociodemográficas e clínicas predominaram: ensino médio completo (6), sendo que duas destas concluíram o ensino superior; exerciam atividade laboral (7); proveniente do interior do Estado do Ceará (6); casada (6); com mais de dois filhos (6); no climatério (6); e com antecedentes familiares de câncer (7). Entre as características comportamentais avaliadas detectou-se: predomínio de mulheres não-tabagistas (7); não-etilistas (5); e que não realizavam o autoexame das mamas antes do diagnóstico (7).

Descrição dos diagnósticos de enfermagem para mulheres mastectomizadas

Os diagnósticos de enfermagem foram elaborados de acordo com a classificação diagnóstica da NANDA⁽¹⁰⁾: diagnóstico de enfermagem real, diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde, diagnóstico de enfermagem de risco e diagnóstico de enfermagem de bem-estar.

Em relação ao diagnóstico de enfermagem real, o qual descreve respostas humanas às condições de saúde/processos vitais que existem em um indivíduo, família ou comunidade⁽¹⁰⁾, foram detectados como problemas de enfermagem: ansiedade; má conservação da arcada dentária (uso de próteses dentárias e falta de cuidado com a saúde bucal); dor (decorrente de tratamento cirúrgico); distúrbio na imagem corporal (considerando ser a mama um fator significativo na sexualidade feminina); sobrepeso (índice de massa corporal igual ou superior a 25kg/m²); e sedentarismo (não-realização de atividade física).

Foram detectados seis diagnósticos reais, dos quais destacam-se: a ansiedade, dentição prejudicada e distúrbio na autoimagem corporal, por estarem presentes em todas as mulheres mastectomizadas participantes do estudo.

No quadro 1 estão apresentados os diagnósticos de enfermagem prevalentes, frequência, planejamento e intervenções.

Quadro 1 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem real, planejamento e intervenções. Fortaleza, 2009.

Diagnósticos de Enfermagem	Planejamento	Intervenções	Frequência
Ansiedade relacionada à ameaça ao autoconceito	Redução da ansiedade	Aconselhar Aumentar a segurança Esclarecer as expectativas da situação Explicar os procedimentos Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico Ouvir atentamente a paciente Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo	10
Dentição prejudicada relacionada à ausência total ou parcial de dentes	Manutenção/ Restauração da saúde bucal	Promover saúde oral Orientar quanto à higiene oral Sensibilizar quanto à necessidade da escovação após as refeições Encaminhar ao odontologista	10
Distúrbio na imagem corporal relacionado a mastectomia	Melhora da autoestima e da imagem corporal	Escutar ativamente Estimular a socialização, com participação em grupos específicos de auto-ajuda Incentivar a prática do autocuidado	10
Dor aguda relacionada ao tratamento	Controle da dor	Administrar analgésicos Realizar uma avaliação abrangente da dor Investigar com a paciente os fatores que aliviam ou pioram a dor Oferecer informações sobre a dor Reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor Ensinar princípios de controle da dor	8
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais relacionada à ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas	Estabelecimento de um equilíbrio da nutrição	Facilitar a identificação dos comportamentos alimentares a serem mudados Orientar o controle da nutrição e do peso Controlar os distúrbios alimentares Incentivar a realização de exercícios físicos Elogiar os esforços para o alcance de metas	7
Estilo de vida sedentário relacionado à falta de interesse	Promoção de exercício físico	Modificar comportamento Promover exercícios e terapia recreacionais Investigar as barreiras ao exercício Auxiliar o indivíduo a desenvolver um programa de exercícios apropriados Incluir a família/cuidadores no planejamento e na manutenção do programa de exercícios físicos	5

No quadro 2, estão apresentados os diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde, definidos como um julgamento clínico da motivação e do desejo de uma pessoa, família ou comunidade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana, conforme

manifestado em sua disposição para melhorar comportamentos específicos de saúde, tais como alimentação e o exercício⁽¹⁰⁾. Também estão apresentadas as respectivas frequências dos diagnósticos, bem como o planejamento e as intervenções.

Quadro 2 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde, planejamento e intervenções. Fortaleza, 2009.

Diagnósticos de Enfermagem	Planejamento	Intervenções	Frequência
Disposição para conhecimento aumentado relacionado ao interesse em aprender	Facilitação da aprendizagem para melhorar o enfrentamento	Orientar quanto ao sistema de saúde Orientar quanto aos medicamentos Facilitar o entendimento da paciente quanto à doença e tratamento Esclarecer as dúvidas das pacientes e dos familiares	10
Disposição para controle aumentado do regime terapêutico relacionado ao expresso desejo de controlar a doença	Busca do controle da doença	Supervisionar o tratamento Facilitar a autorresponsabilidade Dar assistência na modificação do estilo de vida Facilitar a aprendizagem	10
Disposição para enfrentamento aumentado	Melhora do enfrentamento	Educar para a saúde Melhorar a auto-estima Reduzir a ansiedade Facilitar o aprendizado Facilitar a autorresponsabilidade Avaliar a adaptação da paciente a mudanças na imagem corporal, se indicado	10
Disposição para aumento da esperança	Apoio espiritual Promoção da esperança	Escutar ativamente Dar suporte emocional Auxiliar a paciente a identificar razões de esperança de vida Ampliar o repertório de mecanismos de enfrentamento da paciente Tratar o paciente com dignidade e respeito	8
Disposição para religiosidade aumentada	Facilitação do crescimento espiritual	Dar suporte emocional Oferecer apoio individual e grupal de oração, se apropriado Ajudar a paciente a expandir sua espiritualidade Encorajar o uso de recursos espirituais, se desejado Oferecer oportunidades para discutir os vários tipos de crença e visão do mundo Utilizar ferramentas para monitorar e avaliar o bem-estar espiritual	6

Foram encontrados cinco diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde, dos quais a disposição para conhecimento aumentada, controle aumentado do regime terapêutico e enfrentamento aumentado foram identificados em todas as mulheres. A detecção desses diagnósticos é relevante, visto que essas mulheres possuem comportamentos que favorecem o aumento da esperança e melhoria da qualidade de vida.

O diagnóstico de enfermagem de risco, definido

por descrever respostas humanas às condições de saúde que podem desenvolver-se em indivíduo, família ou comunidade vulnerável, é sustentado por fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade⁽¹⁰⁾. Os principais problemas encontrados, devido à intervenção cirúrgica, foram: distúrbio na autoimagem, podendo gerar baixa autoestima situacional; intolerância à atividade; constipação; e lesão de pele.

Quadro 3 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco, planejamento e intervenções. Fortaleza, 2009.

Diagnósticos de Enfermagem	Planejamento	Intervenções	Frequência
Risco de baixa autoestima situacional relacionado ao distúrbio na imagem corporal	Melhora da autoestima	Procurar grupos de apoio Melhorar a imagem corporal Encorajar a paciente a aceitar novas condições Estimular a identificação de valores de vida específicos Auxiliar a paciente a identificar estratégias positivas para lidar com as limitações Auxiliar a paciente a esclarecer ideias errôneas Auxiliar a paciente em seu luto e enfrentamento de perdas ou incapacitações	10
Risco de integridade da pele prejudicada relacionada ao procedimento cirúrgico	Cuidados com a lesão	Supervisionar a pele Proteger contra infecção Monitorar sinais flogísticos Cuidar das amputações Precaver contra sangramentos	10
Risco de constipação relacionada à atividade física insuficiente	Controle da constipação	Promover atividades físicas Aconselhar sobre a alimentação adequada Monitorar sinais de constipação Monitorar as eliminações intestinais Encorajar o aumento da ingestão de líquidos	8

DISCUSSÃO

Foram discutidas as características sociodemográficas das 10 mulheres participantes do estudo referentes à idade, antecedentes familiares, escolaridade e ocupação, por interferirem no desenvolvimento e tratamento do câncer de mama. Também foram analisados os dados clínicos e comportamentais acerca da menopausa, número de filhos, autoexame de mamas e prática de tabagismo.

Um dado relatado na literatura e confirmado nesse estudo refere-se à probabilidade do câncer mamário ser aumentada com a idade, sobretudo após a menopausa, embora existam variações entre os diversos países. Notadamente, após os 50 anos de idade observa-se considerável aumento no número de casos, com pico aos 75 anos, seguido de declínio⁽¹¹⁾.

O antecedente familiar é de fácil investigação em anamnese e, por isso, um dos principais indicadores para o desenvolvimento de ações de detecção precoce sistemáticas nas mulheres que apresentam câncer de mama⁽¹²⁾. Entre as entrevistadas, a maioria apresentava familiares com história de câncer.

A escolaridade é um fator interveniente em diversos aspectos relacionados à saúde⁽¹²⁾, visto que, quanto mais instrução tiver uma pessoa, melhor é o

seu entendimento sobre a doença e a procura pelo tratamento adequado. A maioria das mulheres desse estudo tinha ensino médio completo. A ocupação também interfere como fator de risco, uma vez que em determinadas atividades ocorre exposição do trabalhador a potenciais fatores carcinogênicos. No caso específico deste grupo não houve tal exposição.

Quanto aos dados clínicos, as variáveis hormonais e reprodutivas são muito consideradas na etiologia do câncer de mama. Destacam-se a nuliparidade, menopausa tardia e uso de reposição hormonal como importantes fatores para a avaliação do risco na prática individual, considerando que alguns deles têm estabelecido a relação causal com este tipo de câncer⁽¹²⁾. Porém, a maioria das mulheres em estudo possuía mais de dois filhos e não fez uso de reposição hormonal antes do diagnóstico de câncer.

Entre as entrevistadas, 7 não realizavam o exame clínico das mamas ou autoexame antes do diagnóstico para o câncer, podendo acarretar em um diagnóstico tardio. Porém, sabe-se que a sensibilidade do exame clínico das mamas varia de 57 a 83% em mulheres com idade entre 50 e 59 anos, e em torno de 71% nas que estão 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⁽³⁾.

A realização do autoexame de mama é essencial para a detecção precoce do câncer visando minimizar os efeitos da doença, aumentar a possibilidade de cura e proporcionar melhores alternativas cirúrgicas. Entretanto, na maioria das vezes, o diagnóstico só ocorre em fases avançadas da doença, quando a única alternativa é a cirurgia mutiladora, acompanhada de tratamento como a quimioterapia, a radioterapia e a terapia hormonal. Todas essas alternativas têm efeitos agressivos e traumatizantes para a saúde e a vida da mulher, podendo afetá-la nas dimensões psicossocio-espirituais⁽¹³⁾.

Em relação ao tabagismo, que é um fator de risco evitável, a maioria das mulheres não possuía esse hábito comportamental. O fumo é um agente carcinógeno completo, pois possui componentes que atuam nos três estágios da carcinogênese⁽¹²⁾.

Dentre os diagnósticos de enfermagem, destacam-se os seguintes, por estarem presentes em todos os sujeitos: ansiedade, dentição prejudicada, distúrbio na imagem corporal, disposição para conhecimento aumentada, disposição para controle do regime terapêutico aumentada, disposição para enfrentamento aumentada, risco de baixa autoestima situacional e risco de integridade da pele prejudicada.

Nesse sentido, os profissionais da saúde, sobretudo os de Enfermagem, precisam investir esforços na prevenção do câncer de mama, fundamentados no processo de enfermagem, com vistas a prestar uma assistência holística, individualizada e humanizada. Tal assistência deve estar voltada não apenas ao cuidado físico, mas, também para o cuidado emocional e cultural da mulher, buscando, assim, reduzir a ansiedade e oferecer maior segurança e conforto, tendo em vista que cada mulher é um ser com sentimentos, costumes e vontades diferentes⁽¹⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem às mulheres mastectomizadas com a verificação dos principais problemas de enfermagem nessas mulheres. Permitiu estabelecer os principais diagnósticos de enfermagem pela classificação de NANDA e determinar as ações de enfermagem para mulheres após a realização de mastectomia.

A SAE é essencial para o futuro do cuidado de enfermagem e, assim, precisa tornar-se prioridade para

as lideranças da profissão na administração, no gerenciamento e na assistência. Ela permite conferir visibilidade à prática profissional, vital para o futuro da Enfermagem, possibilitando um atendimento mais eficiente das necessidades dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Smeltzer SC, Bare BG. Histórico e tratamento de pacientes com distúrbios da mama. In: Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 1202-38.
2. Maieski VM, Sarquis LMM. Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influência sobre o trabalho. *Cogitare Enferm.* 2007;12(3):346-52.
3. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2010. [acesso em 08 fev 2010] Disponível: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>
4. Barros ALBL. Sistematização da assistência de enfermagem sob o referencial do cuidar. In: Anais do VII Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem; 2004 Mai-Jun. p.45-52; Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte: PUC; 2004.
5. Brandalize DL, Kalinowski CE. Processo de enfermagem: vivência na implantação da fase de diagnóstico. *Cogitare Enferm.* 2005;10(3):53-7.
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.358, de 15 de outubro de 2009. [acesso em 03 fev 2010] Disponível: <http://www.datadez.com.br/content/legislacao.asp?id=96472>
7. Alfaro-Lefreve R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
8. Vargas RS, França FCV. Processo de enfermagem aplicado a um portador de cirrose hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(3):344-52.
9. Truppel TC, Meier MJ, Calixto RC, Peruzzo SA, Crozeta K. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(2):221-7.
10. 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.

11. Araújo SDT. Mortalidade, por câncer de mama, de mulheres com idade igual e superior a 50 anos [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2000.
12. Tonani M. Risco de câncer e comportamentos preventivos: a persuasão como uma estratégia de intervenção [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2007.
13. Caetano JA, Soares E. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-pessoal. R Enferm UERJ. 2005;13(2):210-6.
14. Fernandes AFC, Mamede MV. Câncer de mama: mulheres que sobreviveram. Fortaleza: UFC; 2003.