

CONSTRUINDO O SIGNIFICADO DA MASTECTOMIA: EXPERIÊNCIA DE MULHERES NO PÓS-OPERATÓRIO

BUILDING THE MEANING OF MASTECTOMY: EXPERIENCE OF WOMEN IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

Maria de Lourdes da Silva Marques FERREIRA¹

Carolina Baruffi FRANCO²

Fernanda Cristina QUEIROZ²

RESUMO

Quando diagnosticado o câncer de mama, várias são as opções terapêuticas disponibilizadas para a mulher, implicando em algum grau de sofrimento, especialmente quando submetida a mastectomia. Além deste procedimento cirúrgico, muitas mulheres enfrentam tratamentos de radio e quimioterapia complementares, que também são agressivos. Buscando conhecer as opiniões de mulheres no pós-operatório, este estudo objetivou compreender o significado da mastectomia para pacientes em seguimento no Ambulatório de Mastologia, setores de radio e quimioterapia. As entrevistas foram realizadas através de perguntas abertas: Quais são as suas preocupações com o tratamento cirúrgico a que foi submetida? Como estão suas atividades sociais e diárias após a cirurgia ou radio e quimioterapia? As descrições foram avaliadas pela análise de conteúdo proposta por Bardin em 1977. Na relação consigo mesma identificaram-se as seguintes categorias: sensação de impotência, mutilação, dor e limitação, medo da incapacidade e necessidade de cuidado com o corpo. No relacionamento com outras pessoas, o ocultamento da mutilação e a dificuldade na relação marital surgiram quando as mulheres referiram sentir uma exposição de seu corpo mutilado, levando-as ao sentimento de vergonha do parceiro. A reconstrução mamária é desejada pela maioria

⁽¹⁾ Disciplina de Enfermagem Ginecológica, Obstétrica e Neonatal, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Distrito de Ribeirão Júnior, s/n, 18618-970, Botucatu, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.L.S.M. FERREIRA.

⁽²⁾ Enfermeiras Graduas, Curso de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.

das pacientes entrevistadas. Estratégias de enfrentamento e atividades de lazer e otimismo apareceram como possibilidade de ajuda para reelaborar um novo projeto existencial.

Termos de indexação: mama, neoplasias mamárias, mastectomia, radioterapia, quimioterapia.

ABSTRACT

When breast cancer is diagnosed, there are several therapeutic options available to woman, involving a degree of suffering, especially when they have undergone a mastectomy. Besides this surgical procedure, a lot of women face treatments of radiotherapy and chemotherapy, which are also aggressive. In an attempt to know the opinions of women in the postoperative period this study aimed at understanding the meaning of mastectomy for patients in mastology clinic follow-up, departments of radiotherapy and chemotherapy. The interviews were carried out through open questions: Which are your concerns about the surgical treatment you have undergone? How are your social and daily activities after the surgery or radiotherapy and chemotherapy? The descriptions were evaluated by content analysis, as proposed by Bardin (1977). In the relations with herself the following categories were identified: helplessness feeling, mutilation, pain and limitation, fear of the incapacity and need of care with the body. In the relations with other people, the hiding of the mutilation and the difficulty in the marital relationship, happened when the women referred to feel an exposure of the mutilated body, leading to a feeling of shame of the partner. The mammary reconstruction is wanted by most of the interviewed patients. Strategies to face the situation and leisure and optimism activities came up as a possibility of helping to redesign a new existential project.

Index terms: breast, breast neoplasms, mastectomy, radiotherapy, drug therapy.

INTRODUÇÃO

Na atualidade o câncer de mama é o de maior mortalidade para as mulheres. Tem maior incidência na Região Sudeste, exceto Região Norte e Nordeste^{3,12}. O câncer de mama é o primeiro em incidência e mortalidade segundo localização primária no Brasil¹⁰.

Na maior parte dos casos diagnosticados a doença encontra-se em estágio avançado, havendo necessidade de tratamentos mais agressivos. As ações educativas destinadas à população e aos profissionais de saúde são de extrema importância, pois se enfatiza a necessidade e a importância da detecção precoce, quando as lesões ainda não são palpáveis, podendo ser o começo de um trabalho para reverter os diagnósticos tardios³.

Enquanto a incidência do câncer de mama for alta, e a situação do diagnóstico precoce for

insatisfatória, a maioria das lesões será detectada em fases avançadas da doença de pior prognóstico. O diagnóstico tardio estabelecido na maioria dos casos, justifica a mortalidade crescente por câncer de mama no país nos últimos 30 anos¹⁶.

Aproximadamente dois terços dos casos são diagnosticados em estágios avançados, associando-se ao maior custo para tratamento desta paciente e a piores resultados. Como consequência de serem detectados tardiamente, a mastectomia, que é o tratamento cirúrgico menos conservador, é utilizada sempre que há possibilidade de controle da doença mesmo que localmente avançada. Essas mulheres submetidas à mastectomia ficam expostas a sérios prejuízos de ordem física, emocional e social^{2,11}.

As complicações físicas mais comuns do tratamento cirúrgico são: infecção, linfedema, limitação da capacidade funcional do braço e do ombro. A limitação funcional do braço e do ombro

principalmente pode colocar em risco o desempenho das atividades normais da vida diária e repercutem no papel social da mulher. Principalmente as cirurgias que implicam esvaziamento ou radioterapia axilar¹⁴.

A reabilitação da mulher mastectomizada ultrapassa os aspectos meramente físicos, pois, na prática assistencial, observa-se que a maioria delas é profundamente afetada psicológica e socialmente. Comprometimentos resultantes da cirurgia justificam a reabilitação extensiva aos aspectos emocionais e sociais, onde o processo de ajuda é ampliado e dimensionado para atingir a mulher em sua existência^{4,14}.

O objetivo deste estudo foi compreender o significado da mastectomia para mulheres no pós-operatório por câncer de mama, em seguimento no Ambulatório de Mastologia e setores de rádio e quimioterapia.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

A população do estudo em pauta foi constituída por 24 mulheres que realizaram cirurgia por câncer de mama no período de agosto a dezembro de 2000, em seguimento de tratamento no ambulatório de mastologia e na realização de tratamentos complementares de rádio e quimioterapia.

Por ser uma pesquisa qualitativa, o número de 24 mulheres foi definido como a população do estudo a partir do critério de representatividade. Os dados começaram a repetirem-se indicando que as entrevistas deveriam ser encerradas, pois já não estavam aparecendo dados novos e assim sendo, essa população abrange a totalidade do problema em suas múltiplas dimensões.

As pesquisadoras explicaram a finalidade da pesquisa, seu objetivo, relevância e a importância de sua participação. Para as mulheres participantes foi solicitada a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido do paciente. De acordo com o preconizado a resolução nº196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, cap. III (Pesquisa em Seres Humanos) a proposta da pesquisa foi submetida a avaliação e aprovada pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Unidade Estadual Paulista (UNESP).

A coleta de dados deu-se no Ambulatório de Mastologia – mulheres em seguimento por câncer de mama após a mastectomia e nos setores de rádio e quimioterapia – mulheres que se submeteram à mastectomia e estavam em tratamento complementar de rádio ou quimioterapia.

Foi realizada uma entrevista direcionada com as seguintes questões norteadoras: 1) Quais são suas preocupações com o tratamento cirúrgico a que foi submetida? 2) Descreva suas atividades sociais e diárias após a cirurgia e rádio ou quimioterapia?

A questão norteadora sobre as preocupações da mulher com relação a mastectomia a que foi submetida envolveu em seu bojo de entrevista direcionada, os seguintes aspectos: capacidade reprodutora, rejeição e vergonha frente ao companheiro, aceitabilidade dos familiares, sensação da perda do afeto das pessoas, preocupação de como é olhada pelas pessoas, medo da morte.

A segunda questão sobre atividades sociais envolveu os seguintes aspectos: participação de atividades sociais, sente-se olhada como vítima, atividades de lazer.

Os aspectos envolvidos nas atividades diárias foram atividades domiciliares, atividades profissionais, realização de exercícios físicos.

O referencial teórico utilizado foi a análise de conteúdo¹. Esta análise é uma técnica que consiste em apurar descrições de conteúdo muito aproximadas, subjetivas e tem a finalidade de por em evidência, com objetividade, a natureza e as forças relativas dos estímulos a que o sujeito é submetido.

Esta técnica utiliza procedimentos do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência. A análise do conteúdo¹ desdobra-se em três etapas:

- Primeira etapa - Pré-análise: É a etapa de organização propriamente dita. A pré-análise é uma primeira leitura também denominada leitura flutuante. Tem por objetivo a escolha dos documentos a serem analisados, onde se determinam o universo para análise.

Neste estudo, os depoimentos das mulheres mastectomizadas, obtidos através das questões norteadoras, foram os documentos que tivemos em mãos para análise.

• Segunda etapa - Exploração do material: Após o primeiro contato com os documentos a serem analisados, os elementos do texto deverão ser classificados em um sistema de categorias e reunidos de acordo com o seu significado, entendendo-se que categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, com os critérios previamente definidos.

Esta é uma fase longa que consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas que farão parte do tratamento dos resultados.

• Terceira etapa - Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: Os resultados brutos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos. Uma vez tendo à sua disposição resultados significativos, os analistas poderão propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas. Tratar o material é codificá-lo. A codificação é possível por recorte, agregação e enumeração. Ao se fazer o recorte, pressupõe-se a escolha das unidades de significação a codificar, as quais correspondem ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base.

Neste estudo optamos pela análise temática, por considerar o tema como uma unidade de significação que pode ser extraída das descrições que estamos nos propondo analisar. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A preocupação com a morte aparece relacionada com o medo de metástases do câncer de mama e a impotência para modificar a situação

vivenciada. Alguns depoimentos: “Eu pensava muito que ia morrer”; “Fica um medo de chegar a voltar, em algumas outras partes do corpo, e aí é duro, a gente pensa na morte...”; “Tenho que acreditar que com a retirada da mama, a doença foi embora, porque tenho medo da morte”.

Na luta contra a doença e no período de recuperação após a mastectomia, as mulheres perceberam muitas vezes que a situação vivenciada não depende somente delas e lamentam por isso⁶.

A adaptação à nova situação vivenciada por elas é necessária. Observamos em nosso cotidiano que o ser humano é capaz de se adaptar às diferentes situações vivenciadas. Essa capacidade de adaptação é por alguns autores denominada de plasticidade.

É essa plasticidade enquanto característica do homem que lhe permitiu as mais diversas adaptações. Todas as experiências do homem são mensagens percebidas por intermédio dos sentidos e devem ser decodificadas¹⁷. Nota-se neste estudo a plasticidade a que se refere o autor nas falas: “É melhor ficar sem os seios do que sem a vida”; “ficar sem a mama é duro, mas e sem a vida?”

Na plasticidade do organismo, muitas mulheres passam a perceber que a retirada da mama não foi o evento pior que podia lhes acontecer: “... É uma coisa que foi boa pela minha saúde, para não ter perigo mais para frente...”.

A mutilação aparece nos relatos das mulheres como modificação do corpo: “eu senti de ter que tirar. Modifica o corpo, parece que fica deformada”. A identificação de um corpo mutilado na relação das mulheres consigo mesmas, dá-se pela percepção que têm de seu corpo atual, alterado e diferente⁶.

A imagem corporal e auto-estima são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida. A mulher necessita de um tempo para assimilação e incorporação dessa nova imagem corporal. Imagem esta que se distanciou do ideal esperado por elas. As mulheres reportam-se a esta cirurgia como uma cirurgia mutiladora que leva a “perdas” significativas com alteração da imagem corporal¹⁸.

A amputação é percebida como “perda de pedaços”: “Pra mim foi triste perder um pedaço, foi difícil aceitar”; “É um pedacinho da gente”; e modificação do corpo: “Meu corpo está tão mudado”.

As mulheres ao configurarem o seu corpo como mutilado o fazem identificando sentimentos negativos como tristeza, sensação de estranheza e preocupação com a evolução de seu pós-operatório⁶.

A amputação muitas vezes aparece relacionada nos depoimentos das mulheres deste estudo através da permuta com a vida: “Olha, eu não nasci com a mama, ela veio depois, eu pensava na recidiva da doença, e o que eu queria era viver, eu não queria e nem podia morrer, então tinha que escolher ficar sem a mama”. Em alguns casos a permuta se dá na relação com a saúde: “... A falta da mama representou a saúde”.

A mutilação para muitas mulheres é vista como a retirada da mama toda: “Eu só chorava, porque pensava que ia ter que tirar a mama inteira”; “Eu acho que, para mim, a minha mama é importante... mesmo que ficasse um pedacinho já importava bastante”.

A maioria das mulheres revelou medo de ficar incapacitada para as atividades profissionais, pelas alterações conferidas e sentidas pela cirurgia: “Agora não posso trabalhar, tenho que ficar em casa...”; “Para trabalhar, tenho que tomar cuidado com determinadas atividades”; “Tenho medo de não conseguir volta a trabalhar, fazer o que eu fazia antes”; “Na época da cirurgia minha patroa estava viajando, então não tinha muito serviço, se não eu não sei o que ia fazer”.

A dor e limitação do pós-operatório recente são lembradas no período mais tardio: “Minha cabeça não ficou muito boa, não. Eu tinha muito nervo, pressão alta, diabetes. E eu só chorava”.

O corpo que dói para algumas mulheres, não é somente o corpo resultante da mastectomia, mas também o corpo que enfrenta os tratamentos complementares: “... Eu não aceitei muito ficar sem um seio. Custou pra eu aceitar e o cabelo começou a cair”; “O mais difícil foi a perda dos cabelos...”.

Não somente a cirurgia, mas os demais tratamentos para o câncer de mama configuram-se

para as mulheres como elementos significativos à representação de um corpo que dói, que vivência um mal-estar provocando mudanças nos mapeamentos da mente e do corpo⁶.

Cuidado com o corpo

Uma vez realizada a mastectomia as mulheres representam o corpo como frágil, ameaçado e que necessita de cuidados⁶. A realização de exercícios foi verbalizada pelas mulheres, enquanto cuidado com o corpo: “Os exercícios da movimentação dos braços têm que ser feito”. As mulheres estudadas ao tomarem consciência da necessidade do cuidado de si, ao exercitarem-no para com seus corpos, se permitiram viver a experiência do cuidar: “Agora tenho que me cuidar, tomar cuidado, voltar à movimentação, levantar os braços, para não complicar”; “A gente não pode pegar peso”.

O sentimento de cuidar-se de si é despertado no indivíduo quando descobre que está em estado de necessidade. O ser humano é o único da natureza que foi encarregado do cuidado de si próprio, diferindo desta maneira dos animais. Na arte da existência encontra-se o princípio segundo o qual é preciso ter cuidados consigo⁸.

Quanto ao relacionamento com outras pessoas após ter sido submetida a mastectomia e tratamentos de rádio e quimioterapia, as categorias emergidas são relatadas e discutidas a seguir.

Ocultamento da mutilação

Uma das estratégias referida pelas mulheres em estudo para a reconstituição de seu corpo foi à possibilidade de reconstrução mamária: “... Não me conformo, estou desesperada para fazer a reconstrução de mama, me sinto mal assim...”.

O disfarce para que as outras pessoas não percebam com nitidez o seu defeito foi lembrada pelas mulheres estudadas: “Se tiver um jeito de esconder um pouco a cirurgia, dá para sair, se não, não dá”.

O uso de disfarces faz-se necessário para as mulheres transitarem no espaço público⁶. A divisão do mundo do indivíduo em lugares públicos, proibidos, e lugares retirados, estabelece o preço que se paga pela revelação ou ocultamento da situação que se está vivenciando e pelo significado que tem o fato de o estigma ser conhecido ou não⁹.

A preocupação com ocultamento de sua condição corporal significa passar por um processo de socialização de forma a aprender e incorporar as crenças da sociedade em relação à identidade social e o significado de ser mastectomizada por câncer de mama⁶.

Quanto as dificuldades no relacionamento conjugal, muitas mulheres referiram como preocupação após cirurgia a vergonha de seu companheiro "... Levei um choque... Não me conformo, eu não troco minha roupa perto de ninguém, principalmente do meu marido"; "Eu tenho vergonha do meu marido"; "É muito duro para a gente que é casada".

A representação do corpo mutilado para algumas mulheres significa ter um instrumento que as incomodam como também a constrangem aos olhos dos outros. O câncer de mama e a mastectomia carregam estigmas de sofrimento, morte e mutilação⁶. O indivíduo estigmatizado pode descobrir-se inseguro em relação à maneira como os "normais" o identificarão e o receberão⁹.

A imagem do corpo da mulher mastectomizada fica alterada na sua dimensão sexual, podendo desta maneira, sentir-se afetada em sua função sexual^{7,13}. No exercício da sexualidade, expor-se mutilada para o companheiro torna-se doloroso e a relação sexual passa muitas vezes ser evitada por elas, evidenciando uma falta de interesse sexual⁶.

Buscando novas estratégias de enfrentamento

É na descoberta de novas estratégias de enfrentamento que as mulheres revelam mudanças de comportamento, no estilo de vida e formas de pensamento⁶.

As mulheres deste estudo, ao repensarem sobre suas vidas após a cirurgia, muitas delas referem que o cotidiano de suas atividades deve continuar, uma vez que a vida continua: "Tive que retirar e estou com vida, penso que tenho que sair, fazer o que fazia antes"; "Sinto que minha vida mudou após a cirurgia devido às limitações, mas tenho que continuar saindo, procurar, espalhar a cabeça"; "Não posso decepcionar, nem a mim mesma, nem aos outros".

O que pudemos observar é que há uma força interior das mulheres no seguimento de suas trajetórias de vida. Em nossas vidas, vivemos mudanças, tanto no nosso meio quanto nos próprios pensamentos e sentimentos. Os acontecimentos significativos esperados são momentos de crescimento para a consolidação do ser pessoa e do ser social. É preciso conseguir instrumentos pessoais e sociais que ajudem a pessoa a sair de situações de estresse⁵.

As mulheres revelam que o seu mundo interno, apesar de ainda doente, operado, em recuperação está vivo e que o externo está aí para ser vivido e novas estratégias de enfrentamento são caminhos de readaptação a ele⁶.

Uma das formas encontrada pelas mulheres de buscarem estratégias de enfrentamento foi a de poder contar com uma rede de apoio, principalmente pelos membros da família: "Meu marido é muito bom, tive muito apoio...". "Meus familiares deram a maior força.". "A família deu a maior força." A família deu muito apoio, e aí a gente não desmorona".

O contexto religioso que representa o mundo dessas mulheres também foi descrito por elas como rede de apoio: "Agora tô bem, agora estou em paz de novo... Eu creio em Jesus e Nossa Senhora"; "Eu creio em Deus, e isso é tudo".

A maioria das mulheres desenvolveu atividades de lazer após a mastectomia, pelas quais a possibilidade de ajuda para reelaborar um novo projeto de vida fica mais fácil: "Procuro não pensar muito, procuro me encher de atividades, fazer outras coisas..."; "Como a vida continua, procuro fazer

coisas que gosto, porque penso não sou a única e nem serei a última, e a vida continua...”.

Na elaboração de um projeto existencial, o otimismo é para as mulheres uma forma de ajuda importante: “A gente tem que enfrentar a vida de frente, sorrir, não se deixar abater, aí fica mais fácil”. Ser otimista é uma maneira de imprimir na personalidade um toque raro de beleza. As pessoas pessimistas formam uma imagem negativa de si mesmas, imagem que as destrói na situação em que se encontram. Enfeiam a vida e acaba por não mais conseguir imaginar um futuro dourado de sol, de alegria e de êxito, e mesmo assim, a vida continua. Para os otimistas o mundo é bonito sendo possível retocar todos os dias a sua auto-imagem com pinceladas de esperança e bom humor¹⁵.

CONCLUSÃO

Na tentativa de apreender o significado da mastectomia para mulheres no pós-operatório em seguimento ambulatorial, de acordo com o referencial utilizado para análise, foi possível compreender que, os sentimentos revelados que caracterizam a significação por esse grupo de mulheres, refletem as categorias na relação consigo mesmas: sensação de impotência e medo da morte, onde a plasticidade do organismo a adaptar-se a diferentes situações torna-se evidente, mutilação, cuja amputação de um membro que lhes confere a feminilidade é extremamente doloroso, dor e limitação, pois as modificações de seu organismo lhes conferem medo da incapacidade para atividades sociais e de vida diária. Cuidado com o corpo surgiu como um sentimento do cuidar-se no estado de necessidade que se encontram.

Na relação com os outros e com o mundo: ocultamento da mutilação foi conferido pela vontade de reconstrução mamária e uso de disfarces para não demonstrarem a modificação de seu corpo, dificuldades no relacionamento conjugal, em que a

mulher tem vergonha da exposição de seu corpo na relação matrimonial, e por fim, buscando novas estratégias de enfrentamento e reelaborando um novo projeto existencial com fé, otimismo e perseverança.

REFERÊNCIAS

1. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Persona; 1977.
2. Caldeira JRF, Budin RMA. Aspectos epidemiológicos do câncer de mama em Jaú, SP, e a alta incidência de casos avançados em mulheres idosas. Rev Bras Cancerol 1995; 41:15-7.
3. Canella EO. Detecção do câncer de mama: revisão da literatura para o clínico. JBM 1999; 47(4):100-02.
4. Carvalho ZNF. Orientação de enfermagem: fator importante no ajustamento das mulheres mastectomizadas. Contribuição à assistência de enfermagem. Rev Bras Enf 1984; 37(3/4):157-64.
5. Fernandes AFC. O cotidiano da mulher com câncer de mama. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1997.
6. Ferreira MLSM. Vivenciando os primeiros meses de pós-mastectomia: estudos de casos [doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.
7. Fonseca AMJSR. Vivência corporal, imagem do corpo e mastectomia. In: Anais da 18ª Reunião Anual de Psicologia; 1989; Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto; 1989. p.181-9.
8. Foucault M. História da sexualidade 3: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
9. Goffmann E. Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade Deteriorada. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
10. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas de incidências da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. [citado em 26 maio 2002]. Disponível: <http://inca.gov.br>
11. Instituto Nacional do Câncer. Prevenção e detecção: programa nacional de controle do câncer do colo do

- útero e de mama – viva mulher - 2002. [citado em 26 maio 2002]. Disponível: <http://inca.gov.br>
12. Kligerman J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil – 2000. *Rev Bras Cancerol* 2000; 46(2):135-36.
13. Lim J, *et al.* Sexuality of women after mastectomy. *Ann Acad Med* 1995; 24(5):659-63.
14. Mamede MV. Reabilitação de mastectomizadas: um novo enfoque assistencial [Livre-docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1991.
15. Novais G. O espelho e a auto-imagem. São Paulo: Loyola; 1994.
16. Pinotti JA. Câncer de mama. [citado em 25 maio 2002]. Disponível: <http://connectmed.com.br>
17. Rodrigues JC. O tabu do corpo. Rio de Janeiro: Vozes; 1983.
18. Silva RM, Mamede MV. O conviver com a mastectomia. Fortaleza: UFC; 1998.

Recebido para publicação em 23 de janeiro e aceito em 16 de julho de 2002.