

ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM – FATOR IMPORTANTE NO AJUSTAMENTO DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS

Contribuição à assistência de enfermagem

Zuila Maria de Figueirêdo Carvalho¹

CARVALHO, Z.M. de F. Orientação de enfermagem. Fator importante no ajustamento das mulheres mastectomizadas: contribuição à assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 37 (3/4): 157-164, jul./dez. 1984.

RESUMO. Os problemas biopsicossócio-espirituais decorrentes da mutilação por mastectomia constituem motivo de preocupação para os profissionais de saúde, mais precisamente da enfermeira. O objetivo deste estudo foi identificar os problemas que interferem na adaptação familiar e social da cliente, antes e após a cirurgia. Esta pesquisa, exploratória, realizou-se em dois hospitais de oncologia da Cidade do Rio de Janeiro, envolvendo sessenta clientes com câncer de mama. A amostra constituiu-se de três grupos, com vinte clientes cada um. A coleta dos dados efetuou-se mediante entrevista individual. Os resultados indicam a falta de orientação nos períodos pré e pós-operatórios, assim como problemas emocionais decorrentes da mutilação que afetam especialmente a vida sexual. O trabalho oferece subsídios para o planejamento de ações de enfermagem, visando o atendimento das necessidades apresentadas por essa clientela.

ABSTRACT. Biological, psychological, social and spiritual problems brought by mastectomy have become a concern to health field professionals, more precisely to nurses. The objective of this exploratory type research, involving 60 patients with breast cancer, took place in two oncology hospitals in the city of Rio de Janeiro. The sample was formed by three 20-patients-group. Data gathering took place through individual interviews. Results point out a lack of orientation during the pre and post-operative periods as well as emotional problems caused by mutilation, that affect mainly clients' sexual activities. The study offers support for nursing action planning, aiming at assisting needs presented by this clientele.

INTRODUÇÃO

O problema

Do ponto de vista cultural, as glândulas mamárias da mulher – seios – representam o atributo físico mais valorizado porque fazem parte do seu

esquema corporal e, além dessa representação física, são órgãos considerados símbolo da maternidade. É uma verdade universal consciente ou inconsciente mesmo para aquelas que não amamentam (PIATO, 1979).

Quando essas glândulas são afetadas surgem problemas emocionais para a mulher, que podem

1. Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

se constituir em elemento mais "serio do que a própria doença. Qualquer descoberta, como uma tumefação, um crescimento anormal, uma massa ou um nódulo, leva a cliente a uma reação emocional intensa. Ocorre muitas vezes que a pessoa passa até um ano adiando a consulta para não encarar a realidade.

GIBERTONI (1967) diz que "toda cirurgia desperta alguma reação emotiva expressa ou oculta", e que o desencadear dessa reação varia de paciente para paciente, dependendo de vários fatores — no caso da mastectomia a idade e o estilo de vida são de grande importância. Talvez haja menor sensação de perda quando a doença surge em pessoas de idade mais avançada, isto é, quanto estas já não estão no apogeu do relacionamento sexual e da maternidade. O contrário acontece em mulheres jovens em pleno vigor físico e em idade fértil — a reação afetiva provavelmente será mais intensa.

Ao ser confirmada a suspeita de câncer, é determinada a primeira terapêutica, que em geral é a mastectomia.

A enfermeira nesse momento atua diante de reações as mais diversas: o medo da morte e da redução drástica de planos e expectativas; o pavor à mutilação e a sensação de ser diferente, "menos mulher", uma revolta surda, às vezes inconsciente, de ter a infelicidade de ser acometida de uma doença tão terrível e o alorar de culpas que fazem a cliente perceber a doença como um castigo. A enfermeira deve estar segura de sua posição para ser capaz de tratar carinhosamente e com afeição a cliente, para que esta possa aceitar-se e enfrentar melhor seus problemas psicossociais.

No presente estudo procura-se identificar os problemas biopsicossócio-espirituais de maior incidência em clientes mastectomizadas de duas instituições hospitalares antes e após a cirurgia, que interferem na sua adaptação familiar e social. Tenta-se contribuir para o ajustamento da cliente à mutilação, objetivando-se também oferecer, aos enfermeiros que assistem clientes de oncologia, subsídios que permitam planejar assistência de enfermagem ajustada aos problemas e peculiaridades individuais.

Considerando-se que as atitudes das enfermeiras representam fonte importante de estímulos favoráveis ou desfavoráveis, capazes de provocar nas clientes reações emocionais construtivas ou destrutivas, faz-se necessária uma comunicação eficaz como pessoa que ajuda, com características

de saber ouvir, apoiar e valorizar os sentimentos da cliente e pessoa ajudada. Essa possibilidade de ver a cliente como pessoa integral, detectar seus problemas, atuar como facilitador das mudanças de comportamento, tentar um processo de transformação, é também fator decisivo neste estudo.

Objetivos

- Identificar os problemas biopsicossócio-espirituais referidos com maior incidência pelas clientes submetidas à mastectomia.
- Identificar as orientações que as clientes referiram ter recebido nos períodos pré e pós-operatório dessa cirurgia.
- Oferecer subsídios para o planejamento de ações de enfermagem, que em arranjos diversos, possam atender aos problemas biopsicossócio-espirituais predominantes na clientela estudada.

REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo está dividido em dois tópicos: o câncer de mama e a mastectomia; as necessidades humanas básicas da cliente mastectomizada. Ao fazer-se esta divisão teve-se o intuito de tornar mais compreensivo o assunto.

O câncer de mama e a mastectomia

Assistência de Enfermagem

O câncer da mama engloba por si só tantos aspectos do problema câncer que se julga necessário iniciar seu estudo pelos aspectos gerais panorâmicos.

WOODS (1978) diz que a maioria dos cânceres do seio são encontrados em mulheres de meia idade, com o aumento da incidência durante a menopausa; atualmente 50% das mulheres com câncer da mama estão na faixa etária de 45 a 65 anos; refere ainda que a incidência é maior na raça branca do que na negra, portanto, o inverso da incidência padrão para o câncer cervical. Os índices de sobrevida também são maiores entre os brancos.

A despeito da elevada incidência do mal, os resultados estatísticos e os métodos de tratamento ainda estão sujeitos à discussão e controvérsias. Os recursos terapêuticos de ordem local, como a

radioterapia e a cirurgia, não constituem a desejada resposta para a cura do mal. Melhores estatísticas de sobrevivência ficam na dependência do diagnóstico precoce, do tratamento oportuno e da utilização de novas técnicas; espera-se que a quimioterapia e, mais recentemente, a imunoterapia venham em auxílio do câncer mamário, enquanto não se descobre sua etiologia.

SAULOV (1977) e JUAÇABA (1977) referem fatos interessantes com relação ao carcinoma mamário:

- O carcinoma é mais freqüente do lado esquerdo do que no direito;
- A incidência é maior nas mulheres sem filhos, ou primeira gestação tardia;
- A incidência é maior nas mulheres que não amamentaram;
- Antecedentes de uso prolongado de estrogênios;
- A bilateralidade é de 4% a 10%;
- A relação entre a incidência no homem e na mulher é de 1:1.000;
- A incidência familiar é cinco vezes maior do que nas famílias sem história de câncer mamário.

O maior adiantamento feito no tratamento do câncer de mama se deve a William S. Holsted. Poderíamos comparar o prognóstico da cirurgia por câncer de mama antes e a partir de sua publicação em 1894, da mesma forma que se compara a cirurgia antes e depois de Pasteur (URIBURI, 1950).

A cirurgia seria o método mais eficaz de tratamento não só para os casos iniciais como nos casos mais avançados, muito embora as mulheres tratadas cirurgicamente enfrentem a adaptação da remoção do seio.

As complicações da mastectomia se referem quase sempre a problemas relacionados com a ferida operatória e a processos de cicatrização, que podem acarretar problemas de necrose do retalho, de linfedema, restrição dos movimentos e redução da força do braço atingido.

A perda do seio pode precipitar o medo do retorno da doença e isto pode interferir seriamente na condição emocional da mulher e provocar restrição de suas atividades.

As necessidades humanas básicas da cliente mastectomizada

O homem em geral, quando sofre mudanças no seu modo de vida, sente sua integridade amea-

çada, manifesta reações as mais diversas que variam de acordo com a intensidade dessas mudanças. É patente que as pessoas agem e reagem de diversas formas diante de situações e estímulos, tornando-se essas reações mais vultosas, quando se tratam de situações pertinentes ao estado de saúde e a alteração de sua imagem corporal.

KOIZUMI (1975) diz que quando ocorre "a não aceitação do corpo tal como ele é surgem distúrbios na auto-imagem". Este desequilíbrio pode levar o indivíduo ao desencadeamento e exteriorização da crise da auto-imagem, onde o mais importante é a percepção sobre o evento, mais do que a própria realidade tal como ela se apresenta.

A mastectomia é uma cirurgia altamente mutiladora, trazendo problemas físicos e psicológicos. A resposta à mutilação é individual, e pode ser afetada por vários fatores como idade, auto-admiração, estado emocional e situação sócio-econômica. Como em qualquer mutilação, a mastectomia requer, além dos cuidados próprios da cirurgia, principalmente, apoio emocional, objetivando uma melhor compreensão, interação, adaptação e aceitação da auto-imagem.

Para BIRD (1975), sob a tranquilidade de algumas clientes, as atividades mentais mais freqüentes estão presentes: ansiedade, tristeza e raiva.

KUBLER ROSS (1969) relata cinco estágios na evolução psíquica de pacientes com doença grave ou incurável como é o caso do câncer da mama. São eles: Negativa, Raiva e Cólera, Pechincha, Depressão e por último a Aceitação. Estas fases ou estágios servem como guia para a enfermeira compreender o comportamento da cliente.

Para retornar a uma posição de equilíbrio, a cliente necessita: 1) aceitar a perda; 2) reintegrar a imagem corporal; 3) aceitar viver com o risco de recidivas ou de metástases. Essas condições, evidentemente não são facilmente alcançadas.

VIEIRA (1976) identifica a imagem corporal como uma *gestalt* que serve para a organização da dinâmica sensorial, tendo base fisiológica e sendo constituída de experiências físicas, psicológicas e sociais. E ressalta: "a imagem do corpo constitui parte integrante de uma concepção individual da própria personalidade, de seu valor como indivíduo, nas relações com outras pessoas". Para a mesma autora, conceito de imagem do corpo é útil para se entender as diversas e complexas reações das pessoas às mudanças em seu estado de saúde.

Nestas reações e problemas a enfermeira deve estar apta para detectá-los e atuar como facilitadora das mudanças de comportamento que essas pessoas requerem. Feito o agrupamento destes problemas, evidenciam-se dentre as necessidades humanas básicas as mais afetadas: integridade física, segurança emocional, segurança social, gregária, satisfação com a auto-imagem, recreação e educação à saúde.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a realização deste estudo exploratório envolveu os seguintes aspectos:

Universo

Clientes com diagnóstico de câncer de mama, de duas instituições hospitalares especializadas, localizadas no município do Rio de Janeiro. Essas instituições foram escolhidas por atender as seguintes características:

- Assistir à clientela destinada ao tratamento cirúrgico do câncer de mama;
- Contar com enfermeiros em sua estrutura organizacional;
- Dispor de atendimento e acompanhamento ambulatoriais para essa clientela.

População

Clientes internadas para tratamento cirúrgico do câncer de mama e clientes operadas em acompanhamento ambulatorial, nas referidas instituições, durante o terceiro trimestre do ano de 1980.

Amostra

O estudo abrangeu sessenta clientes do sexo feminino, selecionadas em Grupo A, B e C com as seguintes características:

Grupo A – Vinte clientes no pré-operatório de mastectomia.

Grupo B – Vinte clientes no pós-operatório entre o terceiro e sexagésimo dia.

Grupo C – Vinte clientes no pós-operatório entre 61 dias até cinco anos, assistidas em regime ambulatorial.

Instrumentos

Os instrumentos empregados para a realização deste estudo foram:

- Prontuário de clientes, adotados nas instituições;
- Formulário para entrevista das clientes com questões comuns aos três grupos, abrangendo dados relativos a: identificação da cliente, vida da cliente antes da cirurgia, levantamento dos problemas biopsicossócio-espirituais e levantamento das orientações recebidas durante o pré-operatório. E uma parte final aplicada somente aos Grupos B e C envolveu questões sobre: levantamento dos problemas biopsicossócio-espirituais e das orientações recebidas por ocasião do pós-operatório.

Procedimentos para a coleta dos dados

A aplicação dos instrumentos foi efetuada nos meses de outubro e novembro. Desenvolveu-se através de entrosamento formal e informal com a administração das instituições; realização das entrevistas individuais na enfermaria e/ou ambulatório, cada entrevista durando cerca de trinta a sessenta minutos; leitura e interpretação dos prontuários.

A coleta dos dados esteve totalmente a cargo da autora do trabalho e todas as entrevistas foram realizadas após prévia autorização verbal das clientes.

Tratamento estatístico

- Apuração manual pela técnica dos quadrados;
- Apresentação tabular com distribuição de frequências absolutas e relativas.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para melhor compreensão dos resultados obtidos, os dados serão apresentados iniciando-se pela análise e em seguida, da discussão.

A Tabela I apresenta a distribuição de clientes segundo os assuntos específicos sobre os quais receberam orientações. Observa-se que 59 (98,3%) foram orientadas sobre a possibilidade de extirpação da mama, 8 (13,3%) sobre a possibilidade de uso de prótese, 7 (11,7%) quanto à importância

TABELA 1 — Orientações recebidas pelas clientes dos grupos A, B e C, no pré-operatório, referidas por ocasião da entrevista.

Orientações recebidas	A		B		C		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Período de hospitalização	—	—	—	—	3	15,0	3	5,0
Duração da cirurgia	—	—	—	—	1	5,0	1	1,7
Tipo de anestesia a ser usada	—	—	2	10,0	4	20,0	6	10,0
Período de pós-operatório	—	—	2	10,0	2	10,0	4	6,7
Possibilidade de extirpação	20	100,0	19	95,0	20	100,0	59	98,3
Possibilidade de uso de prótese	1	5,0	4	20,0	3	15,0	8	13,3
Limitação dos movimentos	—	—	2	10,0	4	20,0	6	10,0
Exercícios com o braço	1	5,0	2	10,0	4	20,0	7	11,7

dos exercícios com o braço e 6 (10,0%) sobre o tipo de anestesia a ser usada e limitação dos movimentos.

No que diz respeito ao preparo pré-operatório destas clientes, nota-se que o mesmo quase não existe. Pois o único aspecto se refere à possibilidade de extirpação da mama, ficando os demais em segundo plano.

A Tabela 2 especifica os tipos de reações à alteração da imagem corporal após a mastectomia.

O total de reações resume-se em 31 (77,5%) de sensação de desfiguramento; 30 (75,0%) de preocupação com a opinião dos outros e 27 (67,5%) de vergonha e de constrangimento.

No que se refere às reações quanto a alteração da imagem corporal, as mais incidentes recaíram para “sensação de desfiguramento” e “constran-

gimento”. Os achados evidenciados nas tabelas acima retratam o despreparo dessas clientes, principalmente do ponto de vista emocional, vindo confirmar a experiência vivida por COBURN (1975), ao afirmar que ela e sua companheira de quarto também não receberam preparo psicológico para a cirurgia, acrescentando que o apoio mútuo foi insuficiente para superar as reações sentidas. WOODS (1978) ratifica a experiência relatada por COBURN (1975), ao registrar que o número e as variedades de problemas que podem surgir após a cirurgia freqüentemente não são discutidos com a paciente no pré-operatório.

A Tabela 3 demonstra as preocupações manifestadas pelas clientes após a mastectomia. Observa-se que a maior preocupação foi sentir-se diferente das outras mulheres, 28 (70,0%); em

TABELA 2 — Reações à alteração da imagem corporal sentidas pelas clientes dos grupos B e C após a mastectomia, manifestadas por ocasião da entrevista.

Reações	B		C		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sensação de desfiguramento	16	80,0	15	75,0	31	77,5
Vergonha	13	65,0	14	70,0	27	67,5
Preocupação com a opinião dos outros	14	70,0	16	80,0	30	75,0
Constrangimento	14	70,0	13	65,0	27	67,5
Pavor quando olha a cicatriz	1	5,0	1	5,0	2	5,0
Aceitação (vive bem com a alteração física)	—	—	1	5,0	1	2,5

TABELA 3 — Preocupações manifestadas pelas clientes dos grupos B e C após a mastectomia na ocasião da entrevista.

Preocupações	B		C		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não se sentir mais atraente	8	40,0	12	60,0	20	50,0
As pessoas não a acharem atraente	7	35,0	11	55,0	18	45,0
Sentir-se diferente das outras mulheres	13	65,0	15	75,0	28	70,0
Perder o afeto do marido ou companheiro	9	45,0	10	50,0	19	47,5
Perder o afeto das pessoas	12	60,0	5	25,0	17	42,5
Ser rejeitada pelos filhos e/ou família	3	15,0	4	20,0	7	17,5
Com metástases	3	15,0	—	—	3	7,5

seguida, 20 (50,0%) não se sentir mais atraente; 19 (47,5%) perder o afeto do marido ou companheiro e 18 (45,0%) as pessoas não a acharem atraente.

As preocupações manifestadas pelas clientes após a cirurgia foram “sentir-se diferente das outras mulheres”; “não se sentirem mais atraentes” e “perder o afeto do marido ou companheiro”. Preocupações estas, referidas por WOODS

(1978) ao especificar as três mudanças básicas ocorridas no pós-operatório desta cirurgia: o choque diante de um acontecimento inesperado, a necessidade de reintegrar a aparência física modificada e medo de permanecer doente e da morte.

A Tabela 4 reflete as conseqüências da cirurgia para as clientes, no que diz respeito ao trabalho, lazer e relações sexuais.

TABELA 4 — Conseqüências da cirurgia para as clientes dos grupos B e C no que se refere ao trabalho, ao lazer e às relações sexuais, relatadas por ocasião da entrevista.

Conseqüências	B		C		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
• Trabalho e Lazer						
Dificuldades de retornar ao trabalho	15	75,0	15	75,0	30	75,0
Limitação das atividades sociais	13	65,0	15	75,0	28	70,0
Limitação das atividades cotidianas	15	75,0	18	90,0	33	82,5
Tristeza com a limitação física	3	15,0	—	—	3	7,5
• Relacionamento Sexual						
Vergonha do corpo	10	50,0	15	75,0	25	62,5
Vergon	9	45,0	12	60,0	21	52,5
Medo de ser rejeitada pelo parceiro	7	35,0	10	50,0	17	42,5
Medo de tornar-se frígida	5	25,0	14	70,0	19	47,5
Medo de iniciar uma nova relação	4	20,0	12	60,0	16	40,0
Perda do interesse pelo sexo	2	10,0	5	25,0	7	17,5
Inatividade sexual	5	25,0	8	40,0	13	32,5
Foi abandonada pelo parceiro sexual	—	—	4	20,0	4	10,0

Obtendo-se um total de 33 (82,5%) de limitação das atividades cotidianas; 30 (75,0%) de dificuldade de retornar ao trabalho e 28 (70,0%) de limitação das atividades sociais.

No que se refere ao relacionamento sexual, as respostas foram: 25 (62,5%) vergonha do corpo; 21 (52,5%) vergonha do parceiro sexual; 19 (47,5%) medo de tornar-se frígida; 17 (42,5%) medo de ser rejeitada pelo parceiro sexual e 16 (40,0%) medo de iniciar uma nova relação.

As preocupações de que trata a tabela anterior refletem as conseqüências da cirurgia no trabalho, no lazer e nas relações sexuais, conforme a percepção das clientes, que verbalizaram por um lado a limitação das atividades cotidianas e dificuldades

de retornar ao trabalho e por outro a vergonha do corpo e do parceiro sexual. Os achados confrontam-se com os de TAIT (1980), quando refere que a mulher sente-se devastada pela mastectomia, tornando-se profundamente deprimida, encontrando dificuldades para sair de casa ou voltar ao trabalho e, ainda que, estas mulheres não conseguem enfrentar os afazeres domésticos e também perdem todo o interesse pelo sexo.

Estes sentimentos também são referidos por WOODS (1978) ao citar que a desfiguração de uma mulher pode acarretar problemas no relacionamento interpessoal e mais ainda dificuldades nas relações sexuais.

TABELA 5 – Profissionais que orientaram as clientes dos grupos B e C conforme informações na ocasião da entrevista.

Grupos	B		C		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Assistente social	17	94,5	14	70,0	31	81,5
Enfermeira	—	—	—	—	—	—
Fisioterapeuta	—	—	2	10,0	2	5,3
Médico	1	5,5	3	15,0	4	10,5
Psicólogo	—	—	1	5,0	1	2,7
Total	18	100,0	20	100,0	38	100,0

A Tabela 5 especifica os profissionais que orientaram as clientes após a mastectomia.

O total obtido foi de 31 (81,5%) para o assistente social; 4 (10,5%) para o médico; 2 (5,3%) para o fisioterapeuta.

Convém ressaltar que estas orientações nos hospitais visitados são feitas através de um “folheto” mimeografado, fornecido pela assistente social, após leitura e explicação do mesmo à cliente.

CONCLUSÕES

Diante dos resultados encontrados, conclui-se que:

1. A orientação pré-operatória para as clientes

refere-se apenas à possibilidade de extirpação da mama e aos exercícios com o braço.

2. Existe entre as clientes uma grande preocupação com a imagem corporal, embora expressa de formas diferentes como maneira de autoperceber-se, tendência de perceber a mama como órgão de estética e preocupação de não se sentir mais atraente.

3. O tratamento cirúrgico foi considerado como a melhor medida terapêutica, apesar de revelarem grande preocupação quanto a alteração física, desconforto, dor, acidentes durante a anestesia, medo de perder o afeto do marido ou companheiro e de interferir no relacionamento sexual.

4. Existe uma tendência da equipe de saúde em delegar o preparo da cliente à assistente social.

5. Existe pouca atuação da enfermeira na orientação e apoio às clientes.

SUGESTÕES

Diante das conclusões apresentadas, sugere-se que:

1. As enfermeiras incluam nos planos assistenciais de enfermagem às clientes mastectomizadas, nos períodos pré e pós-operatórios, prescrições relacionadas não só aos problemas físicos, mas também, aos emocionais, sociais e espirituais.

2. As professoras de Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolvam com os estudantes de graduação pesquisas para a validação do conjunto de ações educativas propostas neste estudo, com vistas à sua inclusão na metodologia da assistência a esse tipo de clientes.

CARVALHO, Z. M. de F. Nursing orientation – an important factor of women adjustment after mastectomy: contribution to nursing assistance. *Rev. Bras. Enf., Brasília*, 37 (3/4): 157-164, Jul./Dec. 1984.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIRD, B. *Conversando com o paciente*. São Paulo, Manole, 1975.
2. COBURN, D. *Anticipating breast surgery*. *Amer. J. Nurs.*, New York, 75 (9): 1483-85, 1975.
3. GIBERTONI, J. Assistência psicológica ao paciente para a cirurgia. *Rev. Bras. Enf.*, Rio de Janeiro, 20 (2): 274-89, 1967.
4. JUAÇABA, H. G. APTC da mama. In: CONCLAVE NACIONAL DE ATUALIZAÇÃO PROPEDEÚTICA E TERAPÊUTICA DA CANCEROLOGIA NO INPS, 19, 1977.
5. KOIZUMI, M. S. O atendimento da enfermeira em relação à necessidade de auto-imagem. *Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, 1 (2): 69-74, 1975.
6. KUBLER-ROSS, E. *On death and dying*. New York, MacMillan, 1969.
7. PIATO, S. *Diagnóstico e terapêutica em mastologia*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1979.
8. SAULOV, E. Câncer da mam. In: RUBIN, P. *Manual de clínica oncológica: aspectos multidisciplinares*. 4. ed. São Paulo, Sarvier, 1977. cap. 8, p. 79-91.
9. TAIT, A. et alii. Emotional aspects of mastectomy: plan into practice. *Nurs. Mirror*, Sussex, 150 (4): 19-21, Jan. 24, 1980.
10. URIBURI, J. V. História de la cirugía mamaria. *Prensa Med. Argent.*, Buenos Aires, 37 (30): 1725-39, 1950.
11. WOODS, N. F. & EARP, J. A. Women with cured breast cancer: a study of mastectomy patients in North Carolina. *Nurs. Res.*, New York, 27 (5): 279-85, 1978.
12. VIEIRA, T. T. Importância da imagem corporal. Rio de Janeiro, 1976. (Tese de Livre Docência-Escola de Enfermagem Ana Néri da UFRJ).