

Relato e registro da dor na mama e sua relação com variáveis ambientais

Cibele Alves Chapadeiro Castro Sales

Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro – FMTM

Rachel Rodrigues Kerbauy

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP

Resumo

A dor na mama ou mastalgia é uma dor crônica, freqüente em mulheres que consultam clínicas de mastologia. É relacionada a várias etiologias, incluindo a emocional. Os trabalhos que sugerem etiologia emocional, não a descrevem ou fazem uma análise funcional. O objetivo deste trabalho foi descrever a dor na mama através de relatos, registros, e visitas a domicílio, quando necessário, para identificar variáveis ambientais relacionadas ao relato de dor. Entrevistou-se 50 mulheres com dor na mama. A dor ocorreu em qualquer período do dia, de um a dez anos, com ou sem atividade física, no trabalho ou lazer, com estados internos considerados desagradáveis pelas participantes. A intensidade da dor levava à emissão de comportamentos de enfrentamento e sugere que a dor é multideterminada. Para várias participantes, o relato de dor pode estar sendo mantido por reforço social. Os instrumentos são sensíveis e complementares, tendo o registro a desvantagem de ser usado em populações de baixa escolaridade.

Palavras-chave: dor na mama; entrevista; registro de comportamento e fornecimento de informação.

Abstract

Report and recording of breast pain and its relationship with environmental variables. Breast pain or mastalgia is a chronic pain, frequent in women who attend mastology clinics. It is related to various etiologies, including the emotional one. Works that mention the emotional cause neither describe the pain nor make a functional analysis. The present work has the objective of describing breast pain through reports and registrations, with the identification of related environmental variables. Fifty women with breast pain were interviewed. The specific pain occurred at any time of the day, from one to ten years, with physical activity or not, at work or in leisure times, feeling uncomfortable internal states, whose intensity led to coping behaviors, all suggesting that this pain is multidetermined. For some women the characteristic of reporting the pain suggests that it is being maintained by social reinforcement. The instruments are accurate and complementary, although the use of the registration by low-instructed populations is a disadvantage.

Key words: breast pain; interview; recording of data and information giving.

A dor na mama, ou mastalgia, é uma dor crônica que ocorre em aproximadamente 50% das queixas nas consultas em clínicas de mastologia (Roberts, Elton, Robinson e French, 1987; Scanduzzi, Sales e Anjos, 1995), e em 70% quando é utilizada a metodologia de rastreamento para detecção das mulheres com dor na mama em determinada população (Barros, Von

Adamek, Muller, Veynoglou, Marcelino, Cal-savara e Pinotti, 1995). A dor na mama foi a queixa mamária mais freqüente das clínicas de mastologia, nos estudos de Roberts *et al.* (1987) e Scanduzzi *et al.* (1995).

A mastalgia é definida por Hughes, Mansel e Webster (1989) como o sintoma de dor na mama, sem qualquer conotação patológica. No

Brasil, a I Reunião Nacional de Consenso em Mastologia a denominou de Alteração Funcional Benigna da Mama (AFBM). É a condição clínica comum de dor e espessamento mamário, que surge no início do processo menstrual e tende a desaparecer na menopausa.

A dor na mama tem sido relacionada a fatores nutricionais, hormonais, musculares e emocionais. Os estudos nutricionais, embora conflitantes, sugerem substâncias que poderiam aumentar a sensibilidade da mama (Allen e Froberg, 1987; Belieu, 1994). Os hormônios parecem mostrar relação com a origem da mastalgia, por coincidir com o início da menstruação (Andrews, 1990; Klimberg, 1996), porém o mecanismo não foi ainda definido, e as medicações hormonais tanto diminuem (Mansel, 1994) como também aumentam a dor (Hughes *et al.*, 1989).

Alguns trabalhos investigaram a relação entre fatores emocionais e mastalgia. Preece, Mansel e Hughes (1978) levantaram a hipótese de que as mulheres com mastalgia poderiam ser mais neuróticas. A avaliação da neurose de sujeitos com dor na mama, comparada à de sujeitos com varicosidade venosa não foi significativamente diferente, e ambas foram menores que a de sujeitos psiquiátricos, exceto para 4% das mulheres com mastalgia, resistentes ao tratamento de orientação e medicamentoso, com escores altos em ansiedade e depressão. Jenkins, Jamil, Gatelly e Mansel (1993) verificaram que a morbidade psicológica de mulheres com mastalgia intensa era maior do que a de mulheres internadas em hospitais gerais, quando avaliada depressão, ansiedade, pânico e sintomas de somatização.

A abordagem médica da mastalgia é a orientação, que visa principalmente tranquilizar a mulher no sentido de que o câncer não é a causa dos seus sintomas (Hughes *et al.*, 1989; Mansel, 1994; Barros, Mottola Júnior, Ruiz,

Borges e Pinotti, 1997). A dor não é um sintoma comum no câncer de mama (Preece, Baum, Webster, Fortt, Gravelle e Hughes, 1982). Há também a indicação de realização de registro da dor (Mansel, 1994), a fim de se avaliar sua intensidade, duração e característica (cíclica e não-cíclica) para tratamento medicamentoso, inclusive de tranqüilizantes (I Reunião Nacional de Consenso em Mastologia).

Consideramos que recomendar o uso de tranqüilizantes, sugerindo a possibilidade de dificuldades emocionais relacionadas à dor, sem uma análise funcional do problema, é uma solução simples, que rotula o problema como emocional, sem resolvê-lo. A dor é um evento humano contido dentro da pele de cada um de nós, e se sentido, não deve ser negligenciado, mesmo sendo a própria pessoa a única capaz de estabelecer contato com seu mundo interior (Skinner, 1974).

Este estudo teve como objetivo caracterizar a dor na mama de mulheres atendidas no Serviço de Mastologia do Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro-Uberaba, assim como levantar as situações antecedentes e conseqüentes através de entrevistas e registros, e comparando posteriormente os dados obtidos destes dois instrumentos de coleta de dados.

Método

Participantes: Cinquenta mulheres, atendidas no Serviço de Mastologia do Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro em Uberaba – MG participaram do estudo. Procuraram o serviço com a queixa principal ou secundária de dor na mama, sem diagnóstico de patologia maligna.

A idade dos sujeitos variou entre 19 e 72 anos, sendo que a maioria estava na faixa etária entre 30 e 50 anos, com média de 40,4 anos. No período da pesquisa, 39 mulheres tinham parceiros e oito já haviam tido anteriormente. A maioria (30) cursou o 1º Grau incompleto e 28 tinham trabalho remunerado.

Material: Foram utilizados: roteiro semi-estruturado de perguntas sobre a dor na mama, uma lista de palavras relacionadas ou não com a dor, um modelo de registro de comportamento e duas propostas de orientação, construídos pelos pesquisadores. Foi usado gravador portátil para o registro dos relatos e envelope selado para devolução dos registros.

Procedimento: Encaminhados pelo mastologista após o atendimento ambulatorial, os sujeitos eram solicitados a participar de um estudo sobre sua dor na mama.

O procedimento foi realizado em três etapas. Na primeira etapa, foi realizada individualmente uma entrevista semi-estruturada, e solicitada a relação da dor com uma lista de palavras. A entrevista investigou a descrição dos sintomas pelas mulheres, indicação da lateralidade da dor, tempo de ocorrência, período do dia e do mês em que ocorre, e avaliação da intensidade (através de uma escala visual de sete pontos), conforme Figura 1.

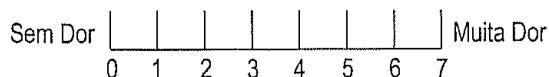


Figura 1. Escala visual para avaliação da intensidade da dor pela participante.

Investigaram-se também os antecedentes imediatos da dor na mama, bem como o que ocorre durante e após o episódio de dor, interferência nas atividades e relacionamentos, enfrentamento da dor, informações sobre inter-

locutores para a dor e a fala dos mesmos e/ou pessoas presentes durante o episódio, orientações médicas recebidas, e outras dores e doenças. No final desta etapa, foi solicitada a realização do registro da dor na mama durante uma semana, segundo o modelo fornecido, a ser devolvido em um mês.

A segunda etapa consistiu na devolução do primeiro registro de dor na mama e escolha de um dos dois tópicos de informação propostos: “Características da dor na mama e tratamento médico” (grupo experimental) ou “Estilo de vida” (grupo controle).

Após as sessões de informações, solicitou-se às participantes que realizassem novamente o registro da dor, por mais uma semana, e a devolvê-lo no retorno da consulta ou enviá-lo ao experimentador no envelope subscrito e selado que estava anexado. Foi a 3ª etapa do procedimento.

As participantes que não retornaram ou devolveram os registros foram contactadas pelo experimentador por telefone ou em casa, a fim de se obter a avaliação da intensidade da dor e a razão do não retorno ou realização do registro.

Resultados e discussão

A descrição que segue foi realizada a partir da transcrição e análise das entrevistas realizadas com as 50 participantes, pela análise dos registros feitos por 16 sujeitos na segunda etapa e por 5 sujeitos na terceira etapa, assim como das informações obtidas nos contatos domiciliares ou por telefone.

Obteve-se inicialmente uma descrição da mastalgia das mulheres. A dor ocorre nas duas mamas em mais de dois terços das participantes (36 em 50), com a mesma intensidade para 23. A maior parte tem sentido dor por um período

entre um e dez anos (35 em 50), e dez há mais de dez anos (Tabela 1). Se for utilizado o critério adotado por Jenkins *et al.* (1993), de seis meses de duração, como indicador de mastalgia grave, quase a totalidade dos sujeitos se enquadra neste critério.

Tabela 1. Período de tempo que a participante relata dor na mama, na entrevista.

Período de tempo	Nº de sujeitos
Menos de 1 ano	5
De 1 a 10 anos	35
De 11 a 20 anos	7
Mais de 20 anos	3
Total	50

A maioria (35 em 50) descreveu a dor como dolorida ou dormente, menos da metade (19) como sensação de peso ou inchaço, ferroada, fincada ou pontada, e nove como queimação. Vinte e três sujeitos utilizaram entre dois e quatro termos para descrever a dor, porém o

número de termos não se relacionou com intensidade maior. As palavras descritivas empregadas são as mesmas relatadas na literatura (Mansel, 1994; Hughes *et al.*, 1989; Klimberg, 1996), porém não há menção, nos trabalhos, da utilização de mais de uma palavra por participante.

Foi considerado episódio de dor na mama, cada relato ou registro discriminado pelo participante como sendo uma ocorrência. Os relatos foram de episódios recentes: mais de um terço (19 em 50) estava com dor no momento da entrevista, 15 relataram pelo menos um episódio no dia anterior ou naquela semana, e dez, entre oito e 15 dias antes. Todas as mulheres que devolveram os registros apresentaram dor no período de tempo solicitado.

A maioria das participantes (38 em 50) relatou que os episódios de dor na mama ocorrem em qualquer período do dia, como também registraram dor pelo menos em três dos quatro períodos do dia: 11 em 16 no primeiro registro, e quatro em cinco no segundo (Figura 2).

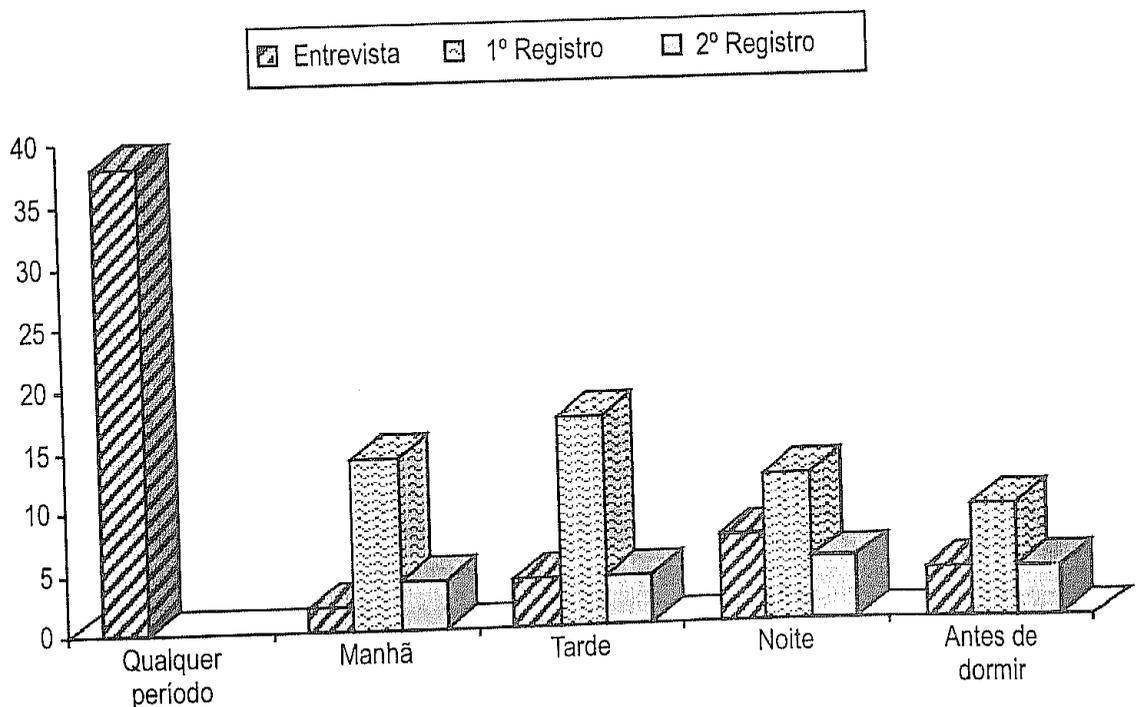


Figura 2. Períodos do dia em que a dor ocorre, segundo relato e registros das participantes.

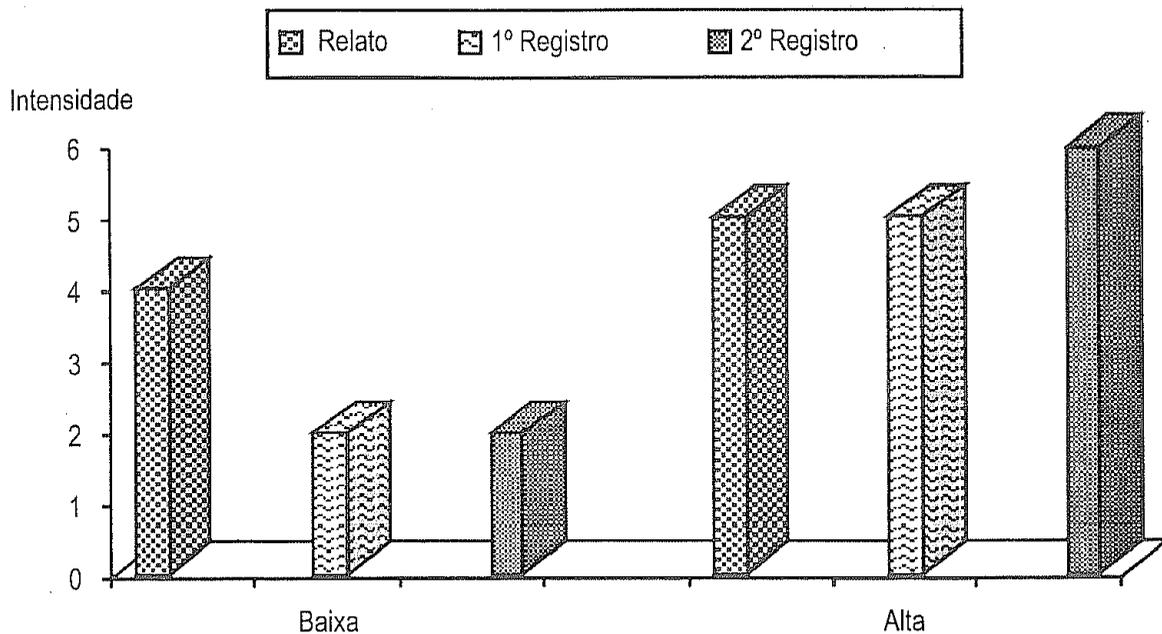


Figura 3. Valores de classe modal de intensidade baixa e alta da dor na mama, obtidos no relato, primeiro e segundo registros.

As mulheres avaliaram a mastalgia em intensidades baixa e alta na escala de 0 – 7 (Figura 3). A avaliação da intensidade alta relatada (5) foi semelhante à registrada (5/6), porém a intensidade baixa foi menor quando registrada (2), o que parece indicar maior discriminação no registro que no relato (3/4). Em estudos de população clínica, como este, acredita-se que quando as mulheres decidem procurar o médico, a dor deve ter uma intensidade e/ou frequência que as atrapalha ou preocupa.

Também foram obtidos relatos sobre o que as participantes pensavam ser a causa da dor na mama, para a qual indicaram o câncer de mama (25 em 50), o funcionamento ou disfunção do aparelho reprodutivo feminino (13), características e problemas na mama (6), problemas físicos (8), estados internos (4), muscular (4), uso do vestuário (2) e relação sexual (1).

Foram obtidos relatos e registros de comportamentos que são imediatamente antecedentes à dor na mama (Tabela II). Com maior frequência, os sujeitos tanto relataram como

registraram que a dor ocorre quando estão realizando uma atividade física, no trabalho ou lazer. Em seguida, a categoria mais frequentemente relatada foi o “toque ou esbarrar pela própria pessoa, parceiro ou filho”, porém não foi registrada. Sugere-se que esta categoria não foi registrada por estar relacionada à intimidade da paciente com o parceiro ou porque a esquivada está sendo eficaz, a ponto de não ter ocorrido o episódio de dor. A dor também ocorre quando estão paradas ou deitadas, o que pode ser ocasião para auto-observação, mas não se pode descartar a possibilidade de que tenha realizado atividade física anteriormente, o que explicaria a dor como muscular, como Mansel (1994) sugere. A dor também é observada no uso ou retirada de peças do vestuário (como o sutiã), e, com baixa frequência, ao identificarem eventos internos, negativos e positivos. Ou a dor não está relacionada a eventos internos ou a nossa cultura não favorece este tipo de relato de comportamento como antecedente a um problema físico.

Tabela 2. Categorias de comportamentos antecedentes à dor na mama.

Entrevista	1º Registro	2º Registro *
Trabalhar	Trabalhar	Trabalhar
Engajar-se em lazer	Engajar-se em lazer	Engajar-se em lazer
Movimentar-se		
Deitar	Deitar	Deitar
Encostar, tocar ou esbarrar		
Fazer uso do vestuário	Fazer uso do vestuário	
Estar em situações específicas	Estar em situações específicas	
Identificar estado interno	Identificar estado interno	Identificar estado interno
Ficar parada	Ficar parada	Ficar parada

* após informação

Na entrevista houve maior variabilidade de antecedentes do que no primeiro registro, e neste, por sua vez, ela foi maior do que no segundo registro. Há o fato do número de participantes ser maior na entrevista do que na realização dos registros. Também, o registro pode ser menos fidedigno quando a resposta de esquivar existe.

A partir da lista de palavras apresentadas, foram estatisticamente significativas (teste de Qui-quadrado, $p=0,001$) as relações dor-mamografia e dor-menstruação.

Dada a variedade de antecedentes relacionados à dor, sugere-se que a dor seja multi-determinada, não se encontrando um fator determinante.

A dor interfere nos relacionamentos das mulheres com seus maridos (32), filhos (13) e amigos (1), assim como no trabalho (15), no deitar (9), no uso do vestuário (3), no movimentar-se (5) e nos estados internos (3). Observa-se que, embora os comportamentos sejam antecedentes à dor, são também afetados por ela.

A maioria das participantes (36 em 50) relatou emitir comportamentos para lidar com a dor na mama (Tabela III), mas menos da metade (7 em 16) os indicou no primeiro registro e apenas uma (em 5) no segundo. Também a variabilidade de comportamentos foi maior na entrevista. Os comportamentos de fuga e esquivar foram mais freqüentemente relatados (usar medicação, massagear as mamas, deixar cair água quente ou fria na mama, evitar o toque ou esbarrar, entre outros) do que o uso de respostas competitivas (distrair-se, falar da dor), mas foram registrados com freqüência semelhante. Importante destacar a existência da resposta de examinar a mama, após o estímulo discriminativo dor.

Tabela 3. Categorias de comportamentos emitidos para enfrentar a dor na mama.

Categorias	Relato	1º Registro	2º Registro
Fuga - Esquiva	Usa medicação Adequa o vestuário Massageia as mamas Faz banhos ou compressas na mama Evita tocar ou que encostem na mama Sustenta as mamas com as mãos ou solicita parceiro Deita do lado da mama que não dói ou de costas	Usa medicação Adequa o vestuário Massageia as mamas Faz banhos ou compressas na mama	Usa medicação Faz banhos ou compressas na mama
Respostas Competitivas	Pensa em outra coisa Sai de casa Conversa Faz auto-exame Trabalha	Pensa e/ou faz outra coisa Conversa	

Quando consultam o médico, as mulheres relatam que as orientações são em geral tranquilizadoras, pela afirmação de que a dor é normal, não é sintoma de câncer (31). Também os médicos adotam condutas médicas específicas como solicitação de exames, prescrição de medicação ou justificam a não-adoção das mesmas (35). Esclarecem os fatores etiológicos da dor (14) ou orientam sobre comportamentos que levem ao término da dor (8). Relatam identificar altera-

ção benigna (6), solicitam seguimento (5) e até a realização de registro da dor (1).

Quarenta e seis das 50 participantes falam sobre a dor na mama com outras pessoas além do médico. Este número sugere que a dor é incômoda e preocupante ou que elas obtêm reforços ao falar. Na entrevista, indicaram o parceiro e as amigas como os interlocutores mais freqüentes, e em seguida, mãe, irmãos, filhos, e outros parentes ou conhecidos (Figura 4).

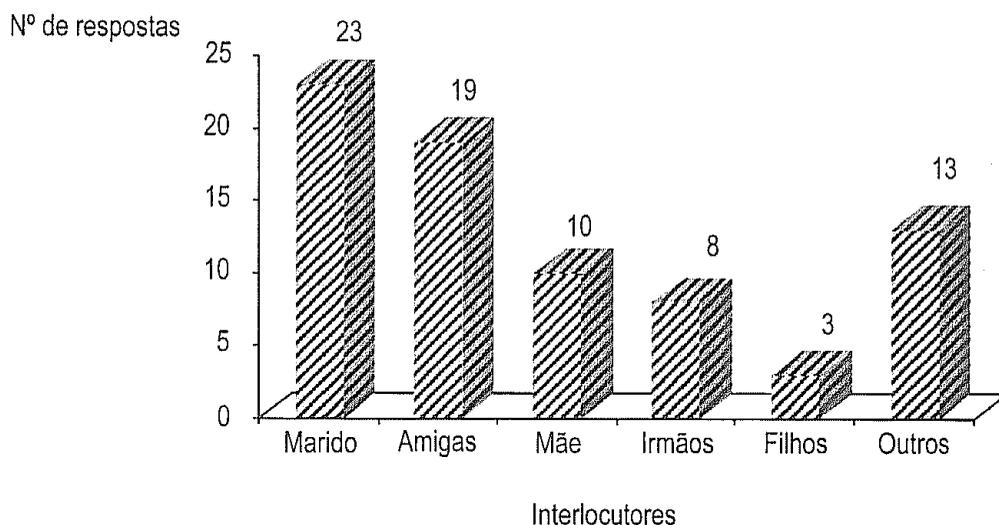


Figura 4. Interlocutores para a dor na mama, de acordo com o relato de 50 mulheres.

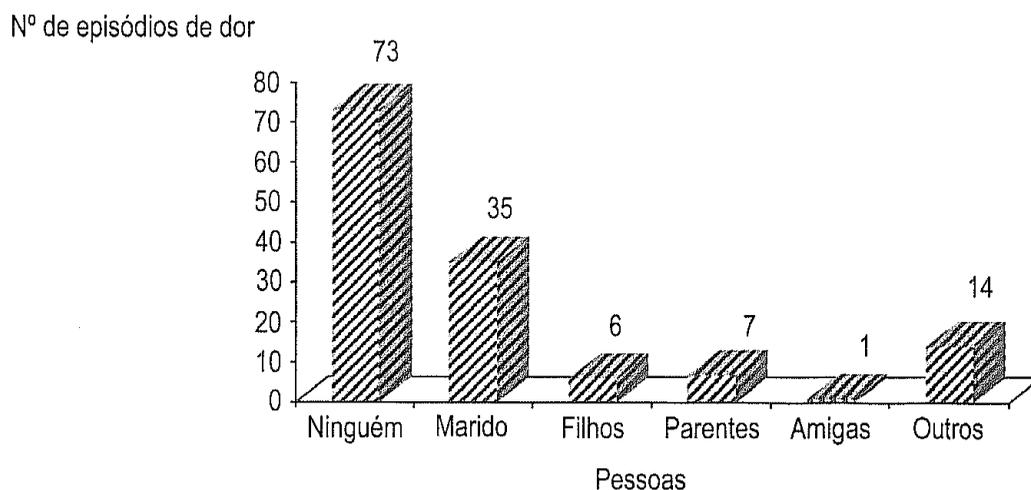


Figura 5. Pessoas presentes nos episódios de dor na mama, conforme o registro de 16 mulheres.

No registro, obteve-se quem eram as pessoas presentes durante os episódios de dor. O parceiro, os filhos e outros parentes foram os mais registrados, embora em metade dos episódios os sujeitos estivessem sozinhos. Não se pode afirmar que as pessoas presentes eram também interlocutoras, pois muitas vezes a participante não registrou que comunicou verbalmente sua dor na mama, ou não havia resposta da pessoa presente (Figura 5).

Vinte e três mulheres em 50 relataram que os interlocutores respondiam à queixa de dor na mama, mais freqüentemente demonstrando preocupação (ex: sugerindo ir ao médico), do que despreocupação (ex: dizendo não ser nada grave, sugerindo esquecer). Houve relatos

de interlocutores que forneceram informações sobre si mesmos (15) e alguns depreciaram o relato de dor (5). Nos registros, ao contrário, as respostas de despreocupação foram mais freqüentes que as de preocupação. Esta diferença entre o relato e o registro parece indicar que estas respostas de fato se alternam.

Trinta e nove das 50 entrevistadas relataram ter de uma a quatro dores, além da dor na mama (Tabela IV) e 16 têm outro problema de saúde. Das que retornaram o primeiro (16) e o segundo (5) registros, todas tinham outras dores, e algumas, outras doenças. Estes dados podem indicar que são poliqueixosas e portanto o reforço social pode estar sendo importante na manutenção do seu relato de dor.

Tabela 4. Outras dores e doenças relatadas pelas 50 participantes, na entrevista.

Dor	Nº de Sujeitos	Doença	Nº de Sujeitos
Dor no abdômen	14	Hipertensão	3
Dor de cabeça	14	Osteoporose	1
Dor na coluna	12	Problema renal	2
Dor nas pernas	6	Gastrite	1
Dor nas costas	2	Úlcera	1
Dor na articulação	2	Problema ginecológico	4
Dor no útero	1	Bronquite	1
Dor no pé	1	Problema reumatológico	3
Dor vaginal	1	Problema de hemorróida	1
Dor nos ombros	1	Hérnia	1
Dor nos ossos	1	Problema de vesícula	2
Dor nos rins	1	Enfizema pulmonar	1
Dor no braço	1	Alergia	1
Dor na mão	1	Depressão	2
Dor na nuca	1		
Dor na garganta	1		
Dor no corpo	3		
Total	63	Total	24

As participantes registraram o que ocorreu antes, durante e após a dor, e observou-se que o número de eventos foi diminuindo: registraram maior número de eventos antecedentes, do que eventos durante e após a dor, o que pode indicar que a dor interfere na emissão e/ou no registro das respostas. Também os comportamentos registrados foram diferentes, observando-se um aumento da frequência de ficar parada, sem atividade física, nervosismo e preocupação durante e após a dor, em relação à situação antecedente.

As explicações fornecidas pelas participantes para o fato de não trazerem ou enviarem o registro da dor na mama, quando contactadas por telefone ou em sua residência, foram, com maior frequência: o trabalho, viagem, dificuldade de vir de onde moram ou cuidar de outro problema médico. Tais explicações sugerem que estas mulheres talvez não estivessem tão preocupadas ou incomodadas com a dor na mama a ponto de emitirem comportamento novo (registrar) ou destaca novamente a dificuldade existente ao introduzir registros (Kerbaux, 1977). Se existe a preocupação, talvez esteja associada a um papel mais passivo em relação ao problema ou a dor é fonte de reforçadores. Compara-

das às mulheres que realizaram o registro, as que não realizaram são menos queixosas, menos preocupadas e, talvez, a instrução do registro ou a entrevista tenham possibilitado observação e diminuição da dor. Destaca-se que a escolaridade é equivalente entre os grupos.

Das 16 participantes que devolveram o primeiro registro, mas não retornaram o segundo, foi solicitado, por telefone ou em casa, a avaliação da intensidade da dor, o que permitiu comparar os dois grupos de informações diferentes (Tabela 5). Houve aumento, diminuição e estabilização da dor nas participantes dos dois grupos, mas apenas no grupo de informação sobre a dor na mama houve participantes que chegaram à avaliação zero de intensidade de dor.

Este estudo demonstrou que a dor relatada e registrada pelas mulheres tem intensidade, duração e sintomatologia variada, e parece incomodá-las e preocupá-las pelo fato de procurarem o médico, relatarem para outras pessoas, emitirem comportamentos para enfrentá-la. A dor parece ser multideterminada, portanto difícil para elas, ou mesmo para o médico, de identificar o fator preponderante e fornecer as orientações adequadas. O fato da maioria delas serem poliqueixosas e as explicações para não

Tabela 5. Maior intensidade da dor na mama nas diferentes etapas do procedimento, de 13 sujeitos do Grupo Experimental e Grupo Controle, que registraram ou foi feito contato.

Orientação							
Grupo Experimental				Grupo Controle			
Sujeitos	Entrevista	1º Registro	2º Registro/ Contato	Sujeitos	Entrevista	1º Registro	2º Registro/ Contato
5	5	5	7	11	5	7	3
13	3	2	0	23	4	7	6
22	7	4	0	27	4	*	4
26	3	5	3	28	5	4	4
30	3	*	5	33	7	*	3
37	3	5	2	36	5	6	5
43	6	7	6				

terem realizado o registro ou retornado, podem demonstrar que a orientação sobre a dor ou mesmo sobre estilo de vida contribuíram para a des-preocupação ou melhora da dor, considerando-se ainda que a dor pode estar sendo mantida também ou tão somente pelos reforços sociais que obtém.

A subjetividade da dor, aliada ao fato de somente a participante ser capaz de descrever o seu estado interno, dificulta mas não impede o seu estudo nem diminui sua relevância, conforme salienta Skinner (1974). Porém, há necessidade de estudos multiprofissionais sobre dores crônicas, com a presença de psicólogos nos ambulatórios médicos, a fim de que se possa conhecer melhor a relação comportamento e saúde.

Referências

- Allen, S.S. & Forberg, D.G. (1987). The effect of decreased caffeine consumption on benign proliferative breast disease: a randomized clinical trial. *Surgery, 101, 6, 720-730.*
- Andrews, W.C. (1990). Hormonal management of fibrocystic disease of the breast. *The Journal of Reproductive Medicine, 35, 1, 87-90.*
- Barros, A.C.S.D.; Mottola Jr., J.; Ruiz, C.A.; Borges, M.N. & Pinotti, J.A. (1997). Resultados da conduta não medicamentosa (orientação verbal) para tratamento da mastalgia. *Revista Brasileira de Mastologia, 7, 3-8.*
- Barros, A.C.S.D.; Von Adamek, E.; Muller, A.P.; Veynoglou, C.; Marcelino, R.C.; Calsavara, C. & Pinotti, J.A. (1995). Perfil epidemiológico da mastalgia em uma população universitária brasileira. *Revista Brasileira de Mastologia, 5 (3), 24-30.*
- Belieu, R.M. (1994). Mastodinia. In: *Tratamento Atual das Doenças da Mama e Doença Benigna, 471-488.*
- Hughes, L. E.; Mansel, R.E. & Webster, D.J.T. (1989). Breast pain and nodularity. In: L. E. Hughes, R.E. Mansel, D.J.T. Webster (org.). *Benign Disorders and Diseases of the Breast: concepts and clinical management* (pp. 75-92). London: Ballière Tindall.
- Jenkins, P.L.; Jamil, N.; Gateley, C. & Mansel, R.E. (1993). Psychiatry illness in patients with severe treatment-resistant mastalgia. *General Hospital Psychiatry, 15, 55-57.*
- Kerbauy, R.R. (1977). Autocontrole: manipulação de condições antecedentes e conseqüentes do comportamento alimentar. *Psicologia, 2, 101-131.*
- Kerbauy, R.R. (2000). Autocontrole: acertos e desacertos na pesquisa e aplicação. In: R.R. Kerbauy (org.). *Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico.* Santo André: SET Editora.
- Klimberg, V.S. (1996). Management of common breast disorders. In: J.R. Harris, M.E. Lippman, M. Morrow, S. Hellman (org.). *Diseases of the Breast.* Lippincott-Kaven Publishers: Philadelphia.
- Mansel, R.E. (1994). Breast Pain. *British Medical Journal, 309, 866-868.*
- Preece, P.E; Baum, M.; Mansel, R.E.; Webster, D.J.T.; Fortt, R.W. & Gravelle, I.H. (1982). Importance of mastalgia in operable breast cancer. *British Medical Journal, 284 (1), 1299-1300.*
- Preece, P.E.; Mansel, R.E. & Hughes, L.E. (1978). Mastalgia: psychoneurosis or organic disease? *British Medical Journal, 1, 29-30.*
- Roberts, M.M.; Elton, R.A.; Robinson, S.E. & French, K. (1987). Consultations for breast disease in general practice and hospital referral patterns. *British Journal of Surgery, 74, 1020-1022.*
- Scanduzzi, D.; Sales, C.A.C.C. & Anjos, A.C.Y. (1995). Estudo preliminar de mastalgia em pacientes do serviço de mastologia da FMTM - MG. Anais do X Congresso Brasileiro de Mastologia (p. 9).
- Skinner, B.F. (1974). *Sobre o Behaviorismo.* São Paulo: Cultrix/Edusp, 1982.