

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

AS VIVÊNCIAS DO COMPANHEIRO DA MULHER SUBMETIDA A MASTECTOMIA

GABRIELA MARIA COSTA E SILVA

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2009

GABRIELA MARIA COSTA E SILVA

AS VIVÊNCIAS DO COMPANHEIRO DA MULHER SUBMETIDA A
MASTECTOMIA

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre
em Ciências da Enfermagem, submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel
Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora – Professora Doutora Dinora Maria
Guedes Gil da Costa Cabral

“Os conhecimentos não podem ser utilizáveis e constituir fontes de desenvolvimento se não forem o ponto de encontro da experiência vivida (...)”

Marie Françoise Collière

Agradecimentos

As minhas palavras de gratidão são dirigidas:

_ Aos companheiros das mulheres submetidas a mastectomia que aceitaram partilhar comigo de uma forma aberta e sem preconceitos as suas experiências.

_ À Prof. Doutora Dinora Gil Da Costa, pela amizade e disponibilidade na orientação deste trabalho.

_ À enfermeira, Clarisse Martins, pela disponibilidade e incentivo.

_ Aos amigos pelo seu carinho e apoio.

_ À minha família que desde a primeira hora me encorajou e demonstrou grande compreensão para a realização deste trabalho.

RESUMO

O cancro da mama ainda é experienciado aquando do seu diagnóstico como uma realidade de sofrimento, da alteração da imagem, auto-estima e morte. Apesar dos dados estatísticos confirmarem uma diminuição da mortalidade e morbilidade. O núcleo familiar especialmente o cônjuge, não está preparado para enfrentar esta nova realidade do cancro da mama, mas estrutura o seu apoio sustentado na cumplicidade e amizade que nutre pela companheira. Movidos pelo desejo de conhecer quais as vivências do companheiro da mulher submetida a mastectomia, optámos por uma metodologia qualitativa com abordagem de natureza fenomenológica, considerando que só desta forma será possível construir uma interpretação da natureza humana de como o fenómeno é vivido e experienciado. Utilizámos a entrevista semiestruturada a sete companheiros de mulheres submetidas a mastectomia internadas no Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde.

No tratamento dos dados, utilizámos a análise de conteúdo, baseando-nos no discurso do companheiro da mulher mastectomizada. A partir da análise emergiram categorias que identificam as vivências dos companheiros: reacção à notícia; tipo de informação e por quem; reacção à cirurgia; o pós-operatório; o que mais preocupa a esposa/companheira; o regresso a casa; impacto da mastectomia na vida do casal; necessidades de apoio. Destas, houve necessidade de criar subcategorias para melhor definição das mesmas.

Para dar resposta à questão de investigação: quais as vivências dos companheiros da mulher submetida a mastectomia? Partimos dos objectivos traçados, para a análise das entrevistas e discussão dos resultados. Este estudo permitiu concluir que o cônjuge vivência sentimentos de medo, perda e solidão perante a realidade da mastectomia, associando sempre essa perda à morte da sua companheira. Refere que a cumplicidade e amizade entre o casal funciona como suporte para compreender e aceitar esta nova realidade, sendo capaz de reestruturar as suas tarefas e com a colaboração dos familiares mais próximos apoiar a companheira. São unânimes em considerarem que a alteração da imagem corporal (amputação do seio) da sua companheira não interfere na sua intimidade.

Foi notório nos discursos a ausência da figura do enfermeiro na envolvência do companheiro em todo o processo de cuidar da sua companheira.

ABSTRACT

Breast cancer is still viewed when diagnosed as a reality of suffering, changing of image, self-worth and death. Even though the statistical data confirm a reduction in mortality and morbidity the family unit especially the spouse isn't prepared to face this reality of breast cancer, but he structures his support based on complicity and the friendship he feels for his partner. Wishing to know what realities the partner of a woman who has undergone a mastectomy faces, we opted for a qualifying mythology with a phenomenology approach, taking into consideration that only this way is it possible to create an interpretation of human nature and how the phenomenon is lived and experienced. We used semi structured interviews with seven partners of women who were admitted in the surgery ward at Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/ Vila do Conde and had been subjected to a mastectomy.

When treating the data, we analysed the content, based on the discussion with the partner of a mastectomized woman. From this analysis of the content different categories of realities were identified: reaction to the news; type of information and by whom; reaction to the surgery; post-operation; what worries the spouse/partner most; returning home; the impact of the mastectomy on the couple; support needs. Out of these there was a need to create sub-categories to have a better understanding of these.

To answer the question of this investigation: what realities the partner of a woman who had undergone a mastectomy faces? We started with the pre-defined objectives, to analyse the interviews and discuss the results. This study allowed us to conclude that the spouse experienced feelings of fear, loss and loneliness when faced with the reality of a mastectomy, always associating the fear with the death of his partner. Refers to the complicity and friendship between the couple which works as a support to understanding and accepting this new reality, thus being able to restructure the tasks and with the help of close family members support his partner. They are unanimous when it comes to the changing of body image (breast amputation) of his partner, that it doesn't interfere in their intimacy.

Notorious in conversations was the fact of absence of the nurse figure in the process which involved the male partner looking after his female partner.

RÉSUMÉ

Le cancer du sein est encore vécu, lors de son diagnostic, comme une réalité de souffrance, de changement de l'image et de l'estime de soi, et de mort, même si les données statistiques confirment une diminution de sa mortalité et de sa morbidité. L'unité familiale, surtout l'époux, n'est pas préparé pour l'affrontement cette nouvelle réalité du cancer du sein mais il structure son appui à partir de la complicité et de l'amitié qu'il ressent envers sa compagne.

Motivés par le désir de savoir quelles sont les vécus du compagnon d'une femme soumise à une mastectomie, nous avons choisi la méthode qualitative avec une approche phénoménologique, puisque nous considérons que celle-ci est la seule façon de pouvoir construire une interprétation humaine sur la manière comme est vécu et expérimenté ce phénomène. Nous avons utilisé des entretiens semi-structurés à sept compagnons de femmes mastectomisées et internées en Chirurgie à l'Hôpital de Póvoa-Vila do Conde.

Pour le traitement des données, nous avons analysé le contenu des discours des compagnons des femmes soumises à une mastectomie. De ces analyses ont surgies différentes catégories qui identifient les vécus des compagnons : réactions à la nouvelle; type d'information et par qui; réaction à la chirurgie; le post-opératoire; ce qui préoccupe le plus l'épouse/compagne; le retour à la maison; l'impacte de la mastectomie sur la vie en couple; nécessité d'appui. Puis, partant de celles-ci, nous avons dû créer des sous-catégories pour mieux les caractériser.

Pour répondre à notre question d'investigation : « Quelles sont les vécus des compagnons de femmes soumises à une mastectomie ? », nous avons commencé par nos objectifs, puis nous avons analysé nos entretiens et, après, nous avons étudié les résultats.

Cette étude nous a permis de conclure que le compagnon ressent de la peur, un sentiment de perte et de la solitude envers la réalité de la mastectomie, en associant toujours cette perte à la mort de sa compagne. Il affirme que la complicité et l'amitié au sein du couple est l'appui pour qu'il comprenne et accepte cette nouvelle réalité, ce qui le rend capable de restructurer ses devoirs et, avec le soutien de la famille la plus proche, de soutenir sa compagne. A l'unanimité ils affirment que le changement de l'image corporelle (amputation du sein) de la compagne n'interfère pas sur leurs intimités.

Dans les discours obtenus, l'inexistence de l'implication du compagnon, par l'infirmier, dans les soins à fournir à sa femme.

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – O que está a sentir neste momento.....	51
Quadro 2 – Tipo de informação recebida e quem a fornece	54
Quadro 3 – Reacção à cirurgia	56
Quadro 4 – O pós-operatório	59
Quadro 5 – O que mais preocupa a esposa/companheira	61
Quadro 6 – Tipo de acompanhamento e apoio do marido/companheiro aquando do regresso a casa	62
Quadro 7 – Apoio à mulher mastectomizada	65
Quadro 8 – Impacto da mastectomia na vida do casal	66

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Idade dos participantes	43
Tabela 2 – Habilitações literárias	44
Tabela 3 – Estado civil	44
Tabela 4 – Profissão dos entrevistados	44

ÍNDICE

	Pág
INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	
1– O SIGNIFICADO DO CANCRO DA MAMA	14
2– MASTECTOMIA NO CORPO FEMININO E CONSEQUÊNCIAS NO COMPANHEIRO	19
3– A IMPORTÂNCIA DO CORPO	21
3.1– SÍMBOLO DE BELEZA E EROTISMO.....	23
4– FORMAS DE CONJUGALIDADE.....	27
4.1– A RELAÇÃO DE CONVIVÊNCIA	30
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	
1– PROBLEMÁTICA DO ESTUDO	37
1.1– METODOLOGIA DO ESTUDO	40
2– O DESENHO DO ESTUDO	42
2.1– SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES	42
2.2– INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	45
CAPÍTULO III – RESULTADOS	
1– APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
2– CONCLUSÕES E SUGESTÕES	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	79

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, no domínio do estudo do cancro, a atenção era toda centrada essencialmente na etiologia desta doença e nas estratégias de adaptação do indivíduo à mesma, negligenciando a família enquanto palco de interações relacionais (Dias *et al.*, 2002).

O cancro da mama é a patologia oncológica que mais afecta a mulher, sendo uma importante causa de mortalidade e morbilidade. No Instituto de Oncologia do Porto, reporta-se como o cancro de maior prevalência na população feminina, com 828 novos casos correspondendo a 33,6 % dos tumores malignos das mulheres são tumores da mama, (Registo Oncológico do Instituto Português de Oncologia do Porto, 2006).

Os progressos verificados no diagnóstico precoce e na terapêutica tiveram como repercussão um aumento significativo da sobrevivência das mulheres com esta patologia. A mulher perante o diagnóstico do cancro da mama fica extremamente vulnerável face a uma dupla ameaça: por um lado, o diagnóstico sinónimo de morte prematura, por outro, a amputação do seio, símbolo de feminilidade e expressão da sua sexualidade, com todas as suas incertezas, medos e fantasmas.

A mulher vive momentos de angústia e sofrimento, assim como o impacto do diagnóstico desencadeia um estado de vulnerabilidade e instabilidade emocional. Existe o medo da perda de papéis desempenhados até então no seu contexto familiar e social; esposa, companheira, dona de casa e mãe.

“Toda esta situação acabará, certamente, por ter um impacto na vida da mulher, na relação que estabelece com o conjugue, no atendimento a dar aos filhos, sobretudo se ainda pequenos e também na relação que estabelece com os outros membros da família. Isto será tanto mais importante quanto mais relevante for o papel desempenhado pela mulher no seu seio familiar”. Oliveira (2004, p.16)

Este medo e receio traduzem alterações na sua auto-imagem e repercussões no relacionamento com os elementos que constituem o seu agregado familiar. Fundamentalmente o cônjuge, que é esquecido no processo de cuidar limitando-o à mulher com cancro e omitindo quase sempre o outro na relação terapêutica. A família também vivencia de uma forma intensa o impacto do diagnóstico. Testemunhos recebidos pela (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2008) comprovam-no: *“Por experiência própria, sabemos que existem muitos homens à volta da mulher doente, entre filhos, pais*

e maridos, que estão emocionalmente envolvidos e que também precisam de ajuda. E são, normalmente, os eternos esquecidos”.

É fundamental que os enfermeiros tenham sensibilidade para compreender e estabelecer uma relação terapêutica com a mulher mastectomizada e também com os elementos do seu agregado familiar mais próximos que com ela vão vivenciar as suas experiências de perda e adaptação a uma nova realidade como mulher.

O enfermeiro durante o internamento observa e detecta as necessidades e vivências das pessoas significativas, como refere (Oliveira, 2004, p.176), “*o enfermeiro também deverá estar atento às necessidades de suporte da família e sobretudo dos maridos*”. Parece-nos essencial que o enfermeiro proporcione uma relação que permita à família expressar as suas dúvidas e sentimentos de forma a ajudar a reintegração da mulher no seu meio familiar/social.

A família é um organismo uno e dinâmico, pelo que, quando um dos membros padece de uma doença oncológica, toda a família é também afectada. Em famílias onde existe um membro com cancro, verifica-se uma alteração discursiva, podendo implicar uma desintegração familiar e inquietudes acerca do futuro, segundo a mesma autora. Considerando, assim, ser importante reflectir sobre a necessidade de desenvolver novas atitudes no sentido de envolver o cônjuge na dinâmica de cuidados à mulher mastectomizada. Pelo que, optámos por desenvolver um estudo qualitativo, que se prendeu com o objectivo de fazer uma abordagem em profundidade que nos permitisse captar as vivências do companheiro da mulher mastectomizada. Para isso, orientámos a nossa pesquisa através da seguinte questão: **quais as vivências do companheiro da mulher submetida a mastectomia?** Estamos confiantes que uma investigação na área da avaliação das necessidades do companheiro é importante, no sentido de contribuir para consciencializar os profissionais de enfermagem de que, cada vez mais, os cuidados devem ser planeados em parceria com a família.

Ao realizar esta investigação, é nosso objectivo:

- ❖ Compreender as vivências do companheiro da mulher submetida a mastectomia;
- ❖ Analisar as percepções do companheiro face à mulher submetida a mastectomia;
- ❖ Compreender a necessidade da intervenção de enfermagem dirigida para o companheiro da mulher submetida a mastectomia.

Optámos por uma abordagem interpretativa de natureza fenomenológica realçando a compreensão da singularidade e a contextualidade de factos e acontecimentos, pois consideramos que, só desta forma, será possível identificar como o fenómeno em causa é vivido e experienciado. Pensamos que estes dados serão fundamentais, para em

conjunto com os enfermeiros que convivem com esta problemática, se implementarem estratégias de mudança adequadas à realidade em estudo.

O nosso trabalho encontra-se estruturado em três partes. Na primeira, surge a contextualização teórica; na segunda, descrevemos a problemática em estudo, apresentamos as opções metodológicas e as interpretações efectuadas através das experiências descritas pelos participantes no estudo; por último, surgem as principais conclusões e sugestões do trabalho desenvolvido.

CAPÍTULO I
CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

1 – O SIGNIFICADO DO CANCRO DA MAMA

Investigadores estimam que dentro de 15 anos o cancro poderá ser considerado uma doença controlável, ou seja, a grande maioria dos doentes oncológicos irão ter uma qualidade de vida igual ou superior à de agora, até mesmo poder fazer-se um estudo genético podendo prevenir com muita antecipação, contribuindo para que haja mais pessoas curadas de doenças oncológicas. Segundo Silvestre (2009), esta é uma das conclusões do Tech Cost, instituto científico norte-americano dirigido por William Halal, investigador na Universidade George Washington. Segundo ele, *“Nos próximos anos vamos assistir a uma revolução no tratamento do cancro. Os estudos estatísticos indicam que, em 2023, a esperança de vida de um doente com cancro será, em média, idêntica à de outras pessoas sem cancro”*.

(Norte, 2008) *apud* Abreu de Sousa, coordenador da clínica da mama e director de Oncologia Cirúrgica do Instituto Português de Oncologia do Porto. Uma em cada dez mulheres vai ter, durante a sua vida, cancro da mama. O diagnóstico já não é sinónimo de morte nem extracção da mama. As campanhas iniciadas pelo Instituto Português de Oncologia, através da Liga Portuguesa Contra o Cancro, ajudaram em muito na detecção precoce do cancro da mama, proporcionando uma descida significativa na taxa de mortalidade. Os tratamentos realizados são mais eficientes e permitem viver mais anos e com melhor qualidade de vida. Nos últimos 30 anos, a sobrevivência dos doentes oncológicos duplicou, de acordo com um estudo da London School of Hygiene And Tropical Medicine. *apud* (Norte, 2008).

As razões para o aumento da esperança de vida, dos doentes deve-se essencialmente aos conhecimentos sobre o funcionamento das células malignas e dos meios de diagnóstico e tratamentos preconizados. Apesar deste desenvolvimento, todos os anos morrem em Portugal 1800 mulheres e são diagnosticados aproximadamente 5000 novos casos. De acordo com os dados do Instituto de Oncologia do Porto, em 2006, este tipo de cancro foi o mais frequente, com cerca de 33,6% no sexo feminino e com uma percentagem de cerca de 0,3% no sexo masculino. O grupo etário com maior incidência situa-se entre os 45-49 anos (Bento, 2006).

O cancro da mama é resultado da multiplicação desordenada de algumas células que se reproduzem de uma forma exacerbada, desencadeando o aparecimento de células

neoplásicas, aparecendo sob a forma de nódulos, que invadem os tecidos e órgãos vizinhos e desenvolvem metástases (Duarte e Andrade, 2003).

A classificação do tipo de tumor é fundamental para determinar o tratamento mais adequado à situação:

Carcinoma “in situ” – designa um estado inicial, confinado aos ductos ou aos lóbulos.

Carcinoma ductal “in situ” – tumor não invasivo mais comum. Grande probabilidade de cura.

Carcinoma lobular “in situ” – tumor com origem nas glândulas mamárias, não se expandindo para lá das paredes dos lóbulos.

Carcinoma ductal invasor – cancro da mama mais frequente. Tem origem nos ductos e invade o tecido adiposo do seio. Nesta fase pode disseminar-se através dos vasos linfáticos ou do sangue, atingindo outros órgãos. Cerca de 80% dos cancros da mama são carcinomas ductais.

Carcinoma lobular invasor – tumor com origem nas glândulas produtoras de leite ou, então, nos lóbulos. Cerca de 10% dos cancros da mama invasores são carcinomas lobulares.

Carcinoma inflamatório da mama – a mama parece estar infectada, apresentando-se quente, vermelha e inflamada; este é um cancro agressivo, mas raro.

O estágio clínico do tumor permite realizar a avaliação da extensão da doença no órgão de origem e a sua extensão a outros órgãos, bem como aos gânglios linfáticos. O sistema de estadiamento universalmente aceite é o TNM – Classificação dos Tumores Malignos (União Internacional Contra o Cancro, 2008).

Para se descrever a extensão anatómica do tumor baseia-se na análise dos três componentes:

T – Extensão e localização do tumor primitivo;

N – Ausência ou presença e extensão de metástases nos gânglios linfáticos regionais;

M – Ausência ou presença de metástases à distância;

Classifica um tumor de acordo com o tamanho, envolvimento linfático e presença ou ausência de metástases, ao qual é atribuído um estágio, 0, I, II, III ou IV; o estágio I corresponde à fase inicial da doença e o IV à mais avançada. O estágio 0 corresponde ao carcinoma ductal in situ; classifica-se como estágio I quando o tumor tem até 2 cm, sem qualquer evidência de invasão dos gânglios linfáticos próximos; o estágio II inclui tumores de 2 até 5 cm, mas com um envolvimento de gânglios linfáticos, ou então um tumor primário com mais de 5 cm sem metástases; o estágio III inclui tumores com mais de 5 cm, existindo envolvimento dos gânglios linfáticos da axila; no estágio IV já existem metástases distantes noutras partes do corpo ou noutros órgãos (Bandi *et al.*, 2007).

O tratamento do cancro da mama depende do estágio da doença, do tipo de tumor e do estado geral de saúde da mulher, (Santos, 2006).

Os tratamentos utilizados no cancro da mama podem ser diversos:

Cirúrgico:

Tumorectomia – remoção apenas do tumor.

Quadrantectomia – remoção do tumor, uma parte do tecido normal que o envolve e o tecido que recobre o peito abaixo do tumor. Há conservação da mama.

Mastectomia simples – remoção do seio.

Mastectomia radical modificada – remoção da mama, gânglios linfáticos das axilas e o tecido que reveste os músculos peitorais.

Mastectomia radical – remoção da mama, músculos do peito e todos os gânglios linfáticos da axila.

Médico:

Radioterapia – é um tipo de tratamento capaz de destruir as células tumorais pela aplicação de radiações ionizantes actuando a nível local.

Quimioterapia – consiste na administração de drogas que irão destruir as células malignas.

Hormonoterapia – tem como finalidade impedir que as células malignas continuem a receber a hormona que estimula o seu crescimento.

Os tratamentos podem ser aplicados isoladamente ou em conjunto. Após a cirurgia as doentes podem ter necessidade de fazer quimioterapia e/ou radioterapia nas situações em que há probabilidade de recorrência local e nos casos de invasão linfática ou metastização para eliminar ou atrasar o seu aparecimento. A quimioterapia também é aplicada em situações antes da cirurgia para reduzir o tamanho do tumor (Crane, 2000).

As famílias passam normalmente por crises regulares no seu processo de desenvolvimento, progredindo por mudanças descontínuas, possuindo, no entanto maior ou menor grau a capacidade para gerar novas estruturas organizativas e novos modos de funcionamento relacionados com as fases do seu ciclo vital.

A doença oncológica encontra-se incluída no grupo das patologias que ameaçam a integridade física e psicológica do indivíduo, tendo um impacto profundo na forma como se percebem e percebem o ambiente que o rodeia.

Situações deste tipo provocam momentos de crise no sistema familiar. Como o próprio nome indica, uma doença crónica atinge o indivíduo por um período longo de tempo, exigindo um reajuste de todas as áreas de vida do seu portador e dos seus envolventes, gerando enorme stress, pois a crise é sentida por estes como uma ameaça, em virtude da imprevisibilidade dos acontecimentos e das necessidades de mudança.

A notícia do diagnóstico de cancro da mama desloca uma carga de emoções. Como refere (Matos, 2002 p.53), "*Quando se fala de cancro, pensa-se na morte. Se o cancro é no peito, associa-se, logo à perda de feminilidade e até, em parte, à própria identidade de ser mulher*". Contudo, esse acontecimento não é só vivenciado e experienciado pela mulher, mas transmite-se às pessoas que lhe são mais próximas, especialmente ao seu companheiro. As reacções podem ser diversas pois cada pessoa reage de forma diferente de acordo com as suas experiências e importância que atribui ao significado da palavra cancro.

A doença oncológica afecta a qualidade de vida de toda a família (Lewis, Weitzner, Jacobsen, 1999), obrigando-a a repensar os seus papéis e o seu funcionamento; por vezes, leva à desintegração da família.

(Kristjanson e Ashcroft, 1994) constataram que cada família reage de maneira diferente à doença, dependendo tal de vários factores (coesão familiar, estado da doença, tempo decorrido desde o diagnóstico, papel do doente na família, tipo de estrutura familiar mais ou menos coesa, nível de conflito intra familiar, status social e económico...).

O período pós-alta é tido como o mais crítico devido às atenções especiais a ter e ao receio de evolução da doença (indicado como o medo principal que se mantém ao longo de todo o processo). Aqui, a saúde e o bem-estar dos demais membros da família são, por vezes, colocados em segundo plano. Não é por isso de estranhar que

frequentemente o cônjuge sofra de mais sintomas de depressão que o próprio doente (Weitzner e McMillan, 1999). Pelo exposto facilmente se constata a necessidade de proporcionar um maior apoio ao companheiro da mulher mastectomizada.

Para fazer face à situação os familiares adoptam ou não atitudes positivas, desenvolvendo estratégias de coping (redefinição e redistribuição dos papéis).

Estudos realizados têm demonstrado a prevalência de desordem emocionais representadas equitativamente em parceiros de pacientes Compas *et al.*, 1999)).

O stress familiar cresce na medida em que o desequilíbrio entre as exigências e os recursos familiares aumenta.

(Weitzner e McMillan, 1999) concluem que o stress vivido pela família do doente com cancro, bem como a qualidade de vida destes, difere segundo o tipo de cuidado que o doente está a receber.

Os significados atribuídos a esta doença passam por medos, incertezas e preocupações relativas ao diagnóstico e tratamentos chegando muitas vezes à antecipação da perda da esposa e medo da sua morte. A duração do tratamento, o tipo de cirurgia, o ajustamento à doença e a convivência marital são alguns dos factores que poderão interferir com o bem-estar e qualidade do casal.

2- MASTECTOMIA NO CORPO FEMININO E CONSEQUÊNCIAS NO COMPANHEIRO

O diagnóstico do cancro da mama envolve sempre sentimentos de tristeza e medo, sendo sempre associado num primeiro impacto à morte. Representa para a mulher a perda da sua atracção, pois o seio simboliza a sua feminilidade. Como refere (Matos 2002, p.53), já anteriormente referido, *“Quando se fala de cancro, pensa-se na morte. Se o cancro é no peito, associa-se logo à perda da feminilidade e até, em parte, à própria identidade de ser mulher”*.

Estes medos e receios traduzem-se em alterações na sua auto-imagem e reflectem-se no seio da sua família, por serem os mais próximos; é um acontecimento inesperado e desestruturante, podendo provocar alterações significativas no seu quotidiano e nas suas relações sociais. O diagnóstico de cancro da mama e a inevitável cirurgia, afectam a família e os seus companheiros (*apud* Kadmon, Ganz, Rom e Wruble, 2008). Acarreta consequências para o próprio doente e familiares, principalmente para os que com eles coabitam, acrescentando à vertente emocional a dimensão económica, principalmente quando o doente é o principal suporte do sustento familiar. A maior parte dos estudos realizados têm versado as desordens emocionais em mulheres vítimas do cancro da mama, como referem Cochrane e Lewis (2008), apesar de muito se escrever sobre o ajustamento das mulheres a este tipo de doença, pouco se tem estudado à cerca do impacto psicossocial que tem sobre os seus maridos *apud* Dalton , Nelson, Brobst, Lindsay e Friedman, (2007). De acordo com (Keitel, Cramer & Zevom 1990), existem três áreas em que o cônjuge é afectado: na relação conjugal, no estado emocional e na gestão do lar. Um outro aspecto importante é a falta de tempo para as suas actividades sociais para se poderem dedicar mais a apoiar as suas companheiras, podendo desenvolver estados depressivos Northouse e Golden (1993) descrevem as dificuldades que os maridos sentem para compensar a falta das suas mulheres devido ao tratamento da doença, tendo de cuidar dos filhos e da casa sentindo necessidade de apoios. (Northouse e Golden, 1993) colocam em primeiro lugar estes homens relativamente à necessidade de apoio social, embora possa parecer que o devam ser as mulheres. (Zarit *et al.*, 1986) referiam que o facto de se fornecer suporte social pode ser uma sobrecarga para o cuidador, na medida em que o cônjuge tem a percepção do grau em que as companheiras são afectadas a nível físico, psicológico, do bem-estar, do status, da vida social e financeira. A sobrecarga sentida pelo companheiro pode ser atribuída a alguns

factores, nomeadamente o grau de gravidade da doença e actividades de vida diária. Isto vem ao encontro do que Williamson, Shaffer e Schulz 1998 mencionam sobre os companheiros que prestam cuidados às suas mulheres, os quais, ao verem a sua rotina alterada pela restrição das suas actividades, podem desencadear stress e estados depressivos.

Tendo o casal que lidar com expectativas em relação ao resultado dos tratamentos que se não resultarem os colocam perante a antecipação da perda da sua companheira, Manne e Badr, (2008). Um outro estudo revelou que o tipo de tratamento médico não se revelaram como factor desencadeante no aparecimento da depressão, mas sim o significado que os comapnheiros têm sobre a palavra cancro, e a ameaça que constitui para as suas esposas que afecta o seu humor. Os maridos que têm maior probabilidade de ficar deprimidos são os que têm menores níveis de instrução educacional, menor tempo de duração do casamento, os que sentem um aumento das preocupações relacionadas com o trabalho, níveis elevados de preocupações acerca do bem-estar das suas esposas, e maiores incertezas acerca do futuro, Lewis. Fletcher, Cochrane & Fann, (2008).

3 – A IMPORTÂNCIA DO CORPO

Segundo Merleau-Ponty (1996), o corpo pode ser representado por várias formas; é importante salientar que a representação do corpo varia de cultura para cultura:

- como um organismo (funcionamento/ saúde);
- como representação da aparência corporal. O indivíduo apenas consegue ver uma parte do corpo, enquanto terceiros vêem o corpo em toda a sua vertente.

O autor conclui que “*eu sou o meu corpo (...) e meu corpo é como um sujeito*”, aqui o corpo tem um papel decisivo nos processos da consciência.

O corpo vivido

Varela (1993) afirma que o conhecimento não preexiste ao acto de conhecer, ou seja, é o resultado das acções/práticas humanas. Em suma, “*o corpo é uma unidade psicofísica que é subjacente a todo o comportamento intencional*”.

No entanto, (Thinès e Lempereur, 1984) defendem que o corpo é também uma realidade subjectiva vivida à margem daquilo que sabemos do corpo, uma realidade pré-lógica.

A junção de todas as vivências corporais é que forma o sentimento de identidade pessoal, sendo por isso a identidade um fenómeno – história.

A percepção do corpo

A percepção do corpo é um processo subjectivo de cada indivíduo, que resulta numa imagem mental integrada na memória, que serve para classificar e categorizar as coisas percebidas (negativa ou positivamente). É necessário ter aqui em conta que somos condicionados por códigos sociais e valores culturais.

Na percepção do outro cabe normalmente ao rosto o papel principal, com especial destaque para os olhos.

A exposição do corpo

Cada sociedade atribui ao corpo significados em função dos seus contextos, designadamente normas de exposição e ocultação do corpo e rituais de interacção corporal, tendo em conta dimensões psicossociais, estéticas e éticas. O corpo assume a expressão de individualidade de cada um.

Visibilização e pudor

Na Idade Média não existia, como não podia existir, o sentimento de pudor, já que as habitações eram frequentemente constituídas apenas por um único compartimento. Deste modo era impossível haver um espaço reservado para a intimidade. As pessoas dormiam juntas e tomavam banho juntas. Apenas a partir do séc. XVI é que foram criados os quartos para dormir e os quartos íntimos, generalizando-se pouco a pouco o sentimento de pudor. Saliente-se o facto de não ter sido o pudor a impor a privacidade, mas a privacidade que gerou o pudor.

Hoje em dia a sociedade está a tornar-se mais liberal em relação à exposição do corpo. O corpo é hoje vivido como *“a evidência do eu”*, como refere (Ribeiro, 2005).

Os tabus do corpo

As pessoas interagem e comunicam permanentemente quando estão em co-presença (não apenas verbalmente). Neste processo, enquanto não temos a certeza em relação aos afectos para com um terceiro, elaboramos estratégias de defesa ou atitudes de reserva. A estratégia mais usada é a *“atitude de indiferença”* para com o terceiro. Outra estratégia de defesa é o recurso a normas socioculturais que regulam as interacções (o olhar, o toque, etc.).

Estas estratégias de defesa acabam por confluir no tabu. O tabu diz antes de mais respeito ao toque e ao olhar, mas também ao facto de alguém expor o seu corpo ou oferece-lo para que seja tocado.

3.1 – SÍMBOLO DE BELEZA E EROTISMO

O corpo da mulher tornou-se o alvo privilegiado da percepção erótica. Nas sociedades cristãs, ao contrário das sociedades que mantêm a ortodoxia judaica e islâmica, tem-se vindo a desocultar o corpo da mulher. Contudo, o carácter erótico não está no espectáculo, mas sim no espectador. Existe, portanto, a emissão de um sinal, mesmo que involuntário, e a percepção do mesmo por um espectador.

Os sinais emitidos/percebidos podem ser de cariz visual, olfactivo ou sonoro, culminando com o táctil.

Atractividade visual

A atractividade não é a mesma coisa que a beleza corporal. A beleza é, sobretudo, um valor feminino, sendo por isso mais importante para a identidade das mulheres que para os homens. Segundo Ribeiro, (2005, p. 262) *“O estético e o erótico pertencem a ordens diferentes de valores e a atracção depende mais de quem se sente atraído do que do objecto atraente.”*

Morris (1998) distingue dois tipos de beleza:

- a primeira relaciona-se com as diferenças dentro do grupo e concretiza-se na aproximação do modelo ideal (beleza perfeccionista);
- a segunda, designada por beleza biológica, corresponde a um padrão mais universal e diz respeito a uma série de elementos chave: sinais sexuais elementares (ombros, ancas, seio, etc.); sinais de juventude (vigor, vivacidade, pele macia); sinais de saúde (um corpo em forma, ausência de doença) e características de relativa simetria.

O encontro amoroso

O encontro social avança para a intimidade quando está criado *“um meio sensorial intersubjectivo, rico em informações biológicas e emocionais trocadas entre dois organismos e estimulantes para cada um deles”* como refere Ribeiro, (2005) *apud* Cyrulnik (2000, p.29)

Existem dois padrões de relações:

- as que acontecem na adolescência e na juventude, que são vividas como paixões autênticas e inequivocamente sexuadas, guiadas pela aparência física;
- na idade madura os amores são mais calmos e consolidados através dos anos. Existem vários tipos de amor, mas o que aqui interessa são as relações que visam um projecto de vida a dois.

A aparência (visão) é fundamental e tem um elevado poder de estimulação. (Fisher, 1994, p. 22) afirma “o olhar é, provavelmente, a atitude de sedução humana mais impressionante”. Após o primeiro contacto segue-se o ritual de aproximação que por vezes é complexo. Fisher (1994) estabelece dois tipos de olhares distintos:

- o olhar conquistador (fixo por dois ou três segundos);
- o olhar copulativo (olhar recíproco profundo). Contudo, nos rituais de cortejamento para se chegar ao corpo a corpo (abertura do espaço íntimo) é necessário transpor várias barreiras (físicas, sociais e comportamentais) e saber interpretar os sinais (padrão de sedução) emitidos pela parte feminina.

A partilha da intimidade

Ribeiro, (2005) *apud* Cyrulnik (2000) afirma que as mulheres possuem mais intimidades e estas são mais íntimas do que os homens. A mulher não tem apenas uma intimidade interior que pode ser penetrada pelo homem, mas tem também outra intimidade, que é a pele (incluindo-se aqui o cabelo, a cara, os lábios, as pernas e os seios). Como refere Ribeiro, (2005) *apud* (Cyrulnik, 2000, p.221) “*por das diferenças anatómicas e por razões de ordem cultural, o sentido de intimidade aplica-se com mais propriedade à mulher; ou melhor, a mulher possui mais intimidades, e mais íntimas, do que o homem*”.

Segundo Gomes, (2003, p. 114) a intimidade conjugal “... é percebido como o significado dado a uma interacção com características relacionais de proximidade, consensualidade e nível de profundidade, relativos a uma informação privada, sobressaindo o valor do significado da consciência e da intenção dos elementos da interacção”.

Na intimidade conjugal é fundamental a importância da própria intimidade sexual. A partilha, a troca, a exposição, a comunicação entre o casal, e de um modo geral a interacção sexual são importantes na intimidade conjugal.

O corpo feminino – o significado da mama

O corpo da mulher está preparado para funções específicas associadas à reprodução. Como referido, a nossa aparência expressa a nossa personalidade, revelando os nossos valores, escolhas e decisões. No entanto, intimamente associado à mulher utilizamos termos como beleza e imagem. A beleza e a imagem são “construídas” pela sociedade e requerem tempo e dinheiro e, por essa razão, vão determinar o comportamento da mulher, mais que o do homem (a este está, sobretudo associado, o termo “força física”). Os seios são um ponto fundamental na feminilidade das mulheres. Tal como muitos outros aspectos da vida, também os seios alteraram a sua simbologia e conotações ao longo do tempo e do espaço. Hoje em dia, sobretudo na sociedade ocidental, parece que se procura obter a aparência permanente de adolescente e de eterna juventude para a mulher. Procura-se a perfeição, contudo é a imagem que é imperfeito não o corpo. Tendo os seios uma grande carga sexual e de feminilidade é claro que estes gozem de especial destaque. Os seios (símbolo de feminilidade, vida, mãe/amamentação) são determinantes para o sentimento de feminilidade e atractividade da mulher. É por isso compreensível que sua remoção fira a mulher na sua essência. Sendo perceptível que, devido às circunstâncias, os seios também possam significar a doença e a morte.

Imagem corporal

A imagem corporal desempenha um papel fundamental na maneira como nos relacionamos com o nosso corpo e com os outros. O corpo é um reflexo do próprio eu. Vários autores afirmam que o termo “imagem corporal” tenha sido usado indiscriminadamente ao longo do tempo por vários estudiosos, referindo-se a várias coisas diferentes (classe de comportamento; autoconsciência; o ego...), não existindo por isso consenso quanto à definição de “imagem corporal”.

O corpo assume um valor sensual, mas sobretudo uma identidade pessoal, daí a necessidade de cuidados com a aparência corporal. Como refere (Ribeiro, 1996 p. 39) “*E este sentimento de (in) satisfação corporal funciona como variável moderadora dos contactos do sujeito consigo próprio e com os outros, condicionando atitudes, decisões e modos de relação*”.

Ao referirmos ao corpo da mulher e do homem estamos a focar a Pessoa Humana na sua dimensão biológica, psíquica e espiritual que interligada constituem a unidade da Pessoa.

A nível biológico a pertença ao sexo masculino e feminino é desde a concepção determinados por factores genéticos, hormonais e morfológicos que, determinam a sua estrutura física. Essa estrutura complementa-se com o universo masculino e feminino, desenvolvendo estados emocionais que conduzem a atitudes e sensibilidades, que determinam a envolvimento e relacionamento entre o género masculino e feminino.

O estado psíquico que tem a sua origem na diferença biológica, coloca o homem e a mulher a agir de formas diferentes com o próprio corpo. Segundo Vinerba (2009, p.55)

“Para a mulher, fala-se de hiperestesia, que significa que ela tem capacidade especial de se sentir no próprio corpo; isto também é verdade na relação íntima, na qual a mulher sente um desejo de carícias e de ternura, que faz entrar em jogo toda a superfície do próprio corpo, ao contrário do homem, para o qual o prazer está sobretudo circunscrito à região genital”.

No homem o corpo é essencialmente quantificável como refere (Vinerba, 2009, p.55) “o homem é um impulso para a frente, é exploração; tudo no seu corpo, o impele para fora de si, o impele para o exterior”.

4 – FORMAS DE CONJUGALIDADE

A conjugalidade, tal como a sociedade em si, é dinâmica e sujeita a transformações constantes.

Estas transformações sociais condicionam o ser humano e influenciam-no nas suas decisões, seja a nível individual como social/familiar. A modernidade reinventou, e continua a reinventar, os vínculos sociais e a maneira como o indivíduo se integra na sociedade e na estrutura familiar.

Como referido, a conjugalidade também sofre transformações, mas continua sempre sendo o laço fundador e primordial das relações familiares, mantendo uma posição de eleição na organização social, como salienta Aboim (2006):

- a conjugalidade deixou de ser uma unidade necessária à sobrevivência económica e de pertença identitária;
- as mulheres tornaram-se independentes economicamente;
- existem vários trajectos possíveis entre uma situação conjugal e uma não conjugal bem como várias conjugalidades possíveis na sociedade contemporânea;
- aumento do divórcio e das famílias monoparentais;
- surgimento de formas de organização familiar não conjugais, ou alternativas ao modelo tradicional de casal;
- decréscimos da regulação social explícita dos comportamentos privados, ou seja, diminuíram.

Estas mudanças são de grande relevo para o estudo científico-social dos comportamentos na família, isto é, da conjugalidade.

As teorizações versam sobre:

- a relação entre novas formas de organização de produção (profissão) e a organização interna da família conjugal (salientando as diferenças de classes sociais e de sexo que subsistem);
- a individualização do mercado do trabalho e as alterações dos laços entre grupo de trabalho e grupo familiar;
- o papel da mulher na sociedade, tendo esta, vindo a ganhar mais independência face ao domínio masculino;

- a articulação entre as formas de organização da família e o processo de mudança operado no plano simbólico (sentimentalização; invenção do amor romântico; o amor pelas crianças; distinção entre a casa e o exterior);
- a integração do indivíduo no grupo (autonomia ou fusão familiar);
- a relação entre o público e o privado (abertura ou fechamento ao mundo exterior);
- até que ponto o casal e a família se “modernizaram”, libertando-se dos constrangimentos institucionais fortes e dos papéis sociais pré-codificados, ou se ficam por esses mesmos códigos.

As transformações costumam dar-se de forma gradual ao longo de várias décadas, contudo em Portugal deram-se de forma abrupta nos últimos 30 anos.

Verificando – se as seguintes conclusões segundo (Wall *et al.*, 2005):

- a família passa a ser um espaço de intimidades e afectos individuais, sem controlo exterior (que marcava o casamento por conveniência arranjado por escolha parental);
- o casamento passa a ser uma escolha individual, tendo em vista a auto-realização individual (cônjuges e filhos);
- o amor passa a ser a justificação da conjugalidade;
- a família como lugar de privilegiado de produção de afectos.

O amor, a intimidade e a sexualidade são termos considerados hoje fundamentais quando se quer compreender “o lado de dentro” da conjugalidade e da família.

O divórcio, a monoparentalidade, o viver só e ter filhos fora do casamento são transformações recentes da concepção de casamento, que mostram a importância do bem-estar individual numa relação que se quer satisfatória nos afectos e nas recompensas quotidianas. As novas tendências dos comportamentos familiares tornaram-se mais complexas e apontam para maneiras diferentes de realização afectiva, conjugais, parentalidade e família.

Uma relação existe enquanto houver satisfação para cada uma das partes e enquanto houver reciprocidade.

Na conjugalidade existem várias conjugações possíveis entre lógicas fusionais e lógicas de autonomia:

- o nós conjugal;
- o nós familiar (quando há filhos);
- o eu individual;

Verifica-se segundo (Aboim, 2006, p. 349), *“ligada, muito mais do que pela paixão, por um sentimento de amor - amizade e de projecto feito a dois”*. Os casais adoptam vários comportamentos conjugais contraditórios, incorrendo no paradoxo conjugal

contemporâneo, isto é, por um lado, o casal solidifica a relação conjugal com afectos (ao contrário de antigamente em que as razões eram económicas, patrimoniais ou genealógicas) e, por outro, torna-se crescente a individualidade, o investimento em si independentemente do cônjuge e da família por exemplo, as mulheres que procuram auto-realização através de uma carreira profissional fora do espaço doméstico e familiar).

Uma contradição similar surge em pessoas que vivem sós (paradoxo do individualismo contemporâneo). Por um lado, existe a vontade de preservar a autonomia conseguida e, por outro, há o desejo de encontrar alguém que proporcione satisfação efectiva plena. Os indivíduos querem ao mesmo tempo uma vida conjugal (família relacional) e uma vida pessoal (individualista).

Conforme já mencionado, foi a individualização que possibilitou o aparecimento da conjugalidade amorosa moderna, mas é ao mesmo tempo exactamente essa individualidade que fragiliza a relação, tornando o campo mais propício a tensões e rupturas. Contudo, e apesar disto, é indiscutível que o laço conjugal continua a representar um elemento fundador dos laços familiares e até mesmo dos laços sociais no seu conjunto (amizades). É no casal que se projectam as possibilidades de realização afectiva.

O facto de haver conjugalidade moderna *versus* conjugalidade institucional não significa o término abrupto de um modelo de conjugalidade devido ao surgimento de outro, o que se verifica é segundo (Aboim, 2006, p. 349), “...*ainda que desenhados sobre uma multiplicidade de motivações e condicionantes onde tantas vezes se mesclam matrizes mais institucionalistas com outras de traçado modernista*”.

Conforme já foi referido, o processo de individualização pressupõe o abandono dos papéis tradicionais, beneficiando a igualdade de género. Caso assim não fosse, seria impossível aos homens e às mulheres aspirarem à conquista da autonomia, já que existiria uma lógica de dominação. Contudo, repita-se, isso continua a ocorrer. As desigualdades de género continuam a existir na sociedade contemporânea.

(Aboim *apud* Bourdieu, 2006) o amor é o único elemento capaz de anular momentaneamente a dominação masculina, uma relação totalmente amorosa exigiria total igualdade entre os indivíduos. Diversos estudos têm vindo a comprovar a presença de grandes diferenças de género nas sociedades contemporâneas. Deste modo, o casal não é um par de indivíduos homogêneos entre si.

Em Portugal, na década de 60, devido à guerra colonial, as mulheres foram empurradas para esferas tradicionalmente masculinas (trabalho profissional feminino). A entrada das mulheres na esfera pública não parou desde então, contudo esta penetração não se verifica pela parte dos homens em relação à esfera privada / doméstica.

A masculinidade simboliza o modelo social de individualidade dominante; a feminilidade por sua vez, simboliza a família, a expressão de emoções e de sentimentos. Estes estereótipos masculinos e femininos tendem a prevalecer a um nível profundo sobre as transformações a nível das práticas.

Como foi dito, inicialmente a modernidade reinventou e continua a reinventar os vínculos sociais.

Como refere Aboim (2006) a maioria dos casamentos continuam a ser os religiosos 80%, contudo tem-se assistido a um aumento das uniões de facto. A modernização da vida familiar prende-se fortemente com as práticas de coabitação. Como já foi referido grande parte da modernização prende-se com a maior autonomia da mulher em construir a sua vida.

As últimas gerações assistiram a uma alteração profunda no casamento e progressivamente assumiram que o casamento deveria assentar não num contrato de interesses, mas numa partilha afectiva de amor entre os dois.

4.1– A RELAÇÃO DE CONVIVÊNCIA

A coabitação ou experiência de conjugalidade informal revela-se como alternativa, no início da conjugalidade, à instituição matrimonial (casamento religioso). Prefigura-se mais como sendo uma fase de transição na construção da vida familiar, ou seja é, uma fase temporária de experimentalismo. Esta não deve ser vista como uma recusa ao casamento, mas sim como forma plural do encadeamento entre namoro, vida em comum e casamento.

(Aboim *apud* Kaufmann, 2006) refere que a coabitação não é uma prática homogénea, nem tem as mesmas causas sociais. Existem vários perfis de casais coabitantes, todos eles com motivações distintas.

Processo de formação do casal:

- vínculo conjugal informal (união de facto);
- vínculo conjugal formal (casamento civil ou religioso).

Ambas estas formas de formação de casais implicam um período inicial de coabitação, quer em moldes tradicionais - o casamento católico - ou vivência permanente em união de facto ou, ainda, pelo processo de formação de laços conjugais faseado. É de relevante importância observar o tempo de namoro. Os casais que entram na conjugalidade pela via informal (coabitação e união de facto) tendem a ter namoros mais curtos, aproximadamente um ano e meio, antes de viverem juntos. Os casais que entraram na

conjugalidade pelo casamento (civil ou religioso) tendem a ter namoros mais prolongados mais de três anos.

Na forma mais informal da conjugalidade – união de facto de longa duração - as idades situam-se depois dos vinte e cinco anos e, sobretudo, depois dos trinta anos. A maior parte das mulheres que se casam com idades ainda adolescentes (até aos dezanove anos) concretiza - o imediatamente pela igreja ou pelo civil. Em contrapartida as mulheres que casam apenas pelo civil situam-se numa faixa etária entre os vinte e cinco e vinte e nove anos.

Concluiu que a coabitação seguida de casamento religioso tende para conjugalidades iniciadas em idades muito jovens, ao contrário da coabitação seguida de casamento civil, ou conjugalidade seguida de casamento civil, que tendem a retardar o início da união conjugal.

Verifica-se que na coabitação passa-se de uma situação de dupla profissão para uma situação onde só o homem trabalha, ou seja, a mulher abandona a sua profissão.

Em contrapartida, quando o casamento é civil ou religioso, a tendência é para que ambos os cônjuges mantenham a profissão. Esta passagem também se verifica quando ambos são estudantes ou, ainda, quando só o homem está empregado.

Este facto da mulher em coabitação ou união de facto ser economicamente dependente do homem leva a que a divisão do trabalho conjugal doméstico seja mais centrada na mulher. As mulheres profissionalmente activas são mais autónomas e têm, ao contrário das mulheres domésticas e passivas, maior poder negocial, o que por sua vez vai resultar em mais igualdade entre o casal.

Aqui é lógico que as mulheres academicamente qualificadas atribuem maior valorização à autonomia pessoal.

A situação de um casal optar por uma relação informal pode ocorrer devido a um prolongamento da relação necessário para estabilizar e/ou criar mais independência económica e não por ideais de auto-realização e produto da modernização. Como refere (Aboim, 2006, p.91) *“como experiência prévia ao casamento, fenómenos que sinalizam os processos de modernização de uma vida familiar cada vez mais privada e mais adaptada às exigências dos ritmos individuais”*

Podem existir diferentes formas de organização do casal, tendo como referência a situação residencial:

- casal inicia a vida conjugal a dois – residência neolocal (há mais independência face ao parentesco);
- casal inicia a vida conjugal num agregado doméstico complexo.

Conforme a independência do casal for maior, menor será o efeito regulador imposto pela família de origem.

Situação social (classe social e escolarização são dos aspectos mais importantes e determinantes na análise da conjugalidade):

- os grupos sociais com maiores capitais escolares e profissionais tendem mais para formas associativas;
- os grupos sociais com menores capitais escolares e profissionais tendem para formas de fusão institucional.

Contudo deve-se ressaltar que os capitais escolares e socioprofissionais nem sempre têm o mesmo impacto na vida privada.

Como referido, as formas de autonomia associativa ocorrem nas classes academicamente mais elevadas.

Podemos, em resumo, dizer que relativamente as mulheres dos meios populares e menos escolarizadas há mais pendor para a instituição; enquanto mulheres com maiores qualificações escolares e profissionais têm um pendor mais modernista (matriz mais institucionalista), procuram mais relações de companheirismo.

Varição religiosa:

- a religião influencia a conjugalidade na medida em que quanto mais religiosa é a relação/indivíduos, maior será o pendor institucional da conjugalidade;
- existe a tendência de quanto mais religiosa a conjugalidade, mais sexualizada e menos dinâmica é a relação. Os géneros são mais diferenciados.

Após análise de todos estes modelos e conceitos descritivos da conjugalidade, existem factores que determinam as diferentes formas de relacionamentos:

as variáveis intermédias (que orientam o estilo de funcionamento conjugal);

- as orientações amorosas (“românticas, «gendrificadas»” ou companheiristas, apaixonadas, de amizade ou de alternância) que directamente constituem influências significativas na vida do casal e determinam o nível de autonomia;
- a rede de apoio e de relações sociais;
- a trajectória profissional feminina.

Resultante daquilo que foi descrito por Aboim, (2006), poderemos referir que:

- o casamento católico tem vindo a diminuir, mas continua a ser o mais adoptado;
- é concretizado em idades relativamente jovens;
- o namoro tem uma duração média de três anos;
- o casamento apenas é realizado após alcançadas determinadas condições profissionais;
- evidência de habilitações académicas tendencialmente mais baixas.

O casamento civil tem vindo a aumentar:

- é realizado com idades que rondam os vinte e cinco anos;
- o namoro é mais longo;
- o período sem filhos é mais longo;
- qualificações académicas tendencialmente mais elevadas;
- menos religioso;
- mais centrado na autonomia face ao parentesco.

A coabitação tem vindo a aumentar o número de casais que não entram na conjugalidade nem constituem uma família:

- valorização da independência face à família;
- tem um pendor transitório;
- antecede um casamento civil ou religioso;
- maior valorização da autonomia pessoal na relação a dois.

A conjugalidade tem várias facetas e dinâmicas, como também existem várias maneiras de interacção e de pensar o percurso familiar.

Existem vários perfis/tipos específicos da conjugalidade. Perfis estes que são visíveis através de construções tipológicas de interacção, de percursos de formalização do laço conjugal, estilos de coabitação informal e orientações normativas.

Tendo em vista a complexidade do assunto que está a ser estudado, não podemos dizer que existe apenas um tipo de realidade social. É no cruzamento das várias categorias que encontramos os aspectos mais interessantes.

A definição de tipos de conjugalidade dificilmente se aplica à realidade, já que a realidade é uma mistura de caracteres, não havendo os extremos em que a fusão conjugal é tão fusional que apaga por completo o «eu», nem a autonomia individual é tão vincada que se recuse a construir também um «nós».

O casal fusional vai contra a corrente individualizante moderna em voga, podendo ser mais institucionalista, “casamento instituição”, onde no casal existe uma diferença entre géneros, ou então mais modernista, onde o companheiro busca mais igualdade.

Em Portugal prevalece a fusão institucional. Este tipo de conjugalidade apresenta as seguintes características:

- diferença entre géneros;
- diferença entre direitos e obrigações do casal;
- a conjugalidade é uma aliança de género romântico;
- há um estreitamento das diferenças;
- há necessidade da parte afectiva.

Segundo Aboim, (2006) podemos estabelecer duas grandes lógicas conjugais, no que toca ao casal como aliança de géneros:

Casal paralelo familiar

- a matriz fusional expressa-se na descoincidência que existe entre as intenções funcionais e a prática, ou seja, o casal pretende ser fusional, mas na prática tende a não o ser;
- as tarefas são divididas: mulher mais ligada ao mundo doméstico e maternal;
- o homem está mais virado para o mundo exterior, mais autónomo;
- conjugalidade pouco apaixonada;
- após nascimento dos filhos tende a ser “amoramizada”;
- apesar de ser um modelo muito institucionalizado, existe alguma intimidade romântica;
- os filhos são o elemento que cimentam a relação e que constituem a fonte de gratificação da mulher.

Casal bastião

- este tipo de casal verifica-se mais entre casais jovens;
- iniciam a vida a dois pela coabitação e depois segue-se um casamento, normalmente, religioso;
- casal tendencialmente fusional no quotidiano;
- cria um “nós família” que se fecha ao exterior, circunscrevendo suas relações sociais ao universo parentesco;
- casal complementa-se mutuamente e é essa cumplicidade que nutre a relação.

A fusão companheirista caracteriza-se por ser:

- menos institucional;
- existir uma orientação para a igualdade doméstica e profissional, contudo a mulher continua a ser o elemento mais direccionado para a vida doméstica;
- a mulher encontra a sua gratificação na conjugalidade e na maternidade;
- dá pouco relevo à regulação exterior.

O companheirismo apaixonado:

- é o perfil mais transversal e assemelha-se às famílias – companheirismo;
- é atravessado por um forte sentimento de união e cooperação conjugal e, claro, orientado por um forte sentimento de paixão;
- pressupõe sempre uma grande partilha instrumental (trabalho doméstico e profissional), lúdica e afectiva;
- é uma espécie de casal romântico modernista, mas sem a diferenciação que caracterizava o casal bastião.

O companheirismo de apoio e amizade:

- existe uma enorme valorização de cooperação e ajuda mútua;
- há a ligação pela paixão, mas muito mais por um sentimento de amor-amizade e pelo sentimento de projecto mútuo;
- permite a existência no seio da família a abertura de alguns espaços de autonomia pessoal, confluindo, desta maneira, a autonomia e a fusão nas práticas diárias;
- existe um plano/projecto familiar bem delineado para atingir certos objectivos, plano este que é visto como sendo privado e pessoal, não imposto externamente.

Segundo (Aboim, 2006, p.356) ” *A conjugalidade é, obviamente, uma história vivida num tempo marcado pelas especificidades do contexto interno da vida a dois e pela sucessão de transformações, objectivas e subjectivas, que vão ocorrendo sequencialmente*”. Como um contrato que é, o casamento é definido por regras. Ao interagirmos com um casal alguns anos depois de constituído, apercebemo-nos de como se organizam, como partilham tarefas e quem lidera esta ou aquela área da relação conjugal, sendo muitas dessas regras definidas pelos papéis sociais e aceites como inerentes.

CAPÍTULO II
ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 – PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

À doença oncológica estão associadas várias crenças e mitos que foram criados pela insegurança e pela incerteza do prognóstico, bem como pelo medo.

Apesar de se fazer rastreio e diagnósticos cada vez mais precoces, dos avanços no tratamento da doença e do aumento da taxa de sobrevivência, o cancro, porque ainda é a segunda causa de morte em Portugal, continua a estar ligado à morte, dor, sofrimento... em suma, diminuição de qualidade de vida física e psicológica, alterando a auto-estima e autoconceito.

O cancro não significa apenas dor, significa também reorganizar o tempo e (re) ordenar o espaço (Dias e Durá, 2002). O cancro é uma doença que envolve não apenas o doente, mas também a família e amigos.

O cancro da mama afecta o equilíbrio físico e emocional da mulher, provocando alterações na vida pessoal, familiar e social.

A descoberta da doença causa um choque para a mulher assim como para o seu cônjuge e filhos, apesar de sabermos que cada indivíduo reage de maneira diferente, segundo as vivências e experiências que teve ao longo da vida.

Quando se propõe fazer uma mastectomia, a mulher sente uma perda física, que tem repercussões na alteração da imagem, assim como representa uma perda da sexualidade. É-lhe amputada uma parte do corpo que marca a sua feminilidade.

Hoje em dia, segundo Ribeiro (2003), tem uma carga ainda mais negativa devido ao culto pós - moderno que dá um valor muito grande ao corpo.

Não se deve também esquecer que o corpo é a nossa identidade, é ele que dá sentido de quem somos e quem iremos ser ao longo da nossa existência, funcionando o corpo como um estabilizador do autoconceito e da auto-estima (Ribeiro, 2003).

Do corpo também depende a nossa capacidade individual de comunicação e de relação com os outros.

A mutilação causada pode originar um desajuste psicológico que pode manifestar-se, segundo (Duarte, 1995, p. 20) *“em sentimentos de rejeição, de mutilação sexual, e depressão, que podem contribuir para uma auto-imagem pobre, um sentimento de demérito, dificuldade nas relações sexuais e interpessoais e, em alguns casos, deterioração do casamento”*.

Por vezes, para que os familiares e amigos não percebam a alteração física, a mulher tende a isolar-se.

Por tudo isto entende-se como é difícil aceitar qualquer mutilação e deficiência do corpo, principalmente do seio, havendo dificuldade desta situação ser gerida pelas mulheres devido à sua conotação como símbolo de feminilidade.

No pós-operatório as mulheres que foram sujeitas a uma mastectomia, sentem-se “vazias” do lado que foram operadas, mutiladas, feias, como “metade” de uma mulher; com receio de se olharem, se exporem tornando-as muito inseguras.

O impacto negativo pode ainda ser agravado caso haja necessidade de fazer tratamentos adjuvantes, como a quimioterapia, que provoca na maioria dos casos alopecia. Oliveira, (2004) refere que a perda de cabelo é considerada por algumas mulheres ainda mais traumatizante que a remoção do próprio seio, causando tristeza e desolação profundas.

Pelo exposto conclui-se que, apesar de hoje em dia o cancro ser considerado uma doença com elevados níveis de cura quando detectado atempadamente, não deixa de ser vivido pela mulher como uma ameaça à sua identidade e integridade física, à sua vida sexual, conjugal, familiar e profissional. Por isso é necessário uma maior valorização e intervenção dos profissionais da saúde junto das doentes e da sua família no sentido de ajudar a mulher a lidar com os sentimentos de perda e incentivá-la a readaptar-se.

Para que isto seja possível, segundo Dias (1995), é necessário informar as pessoas para facilitar-lhes o seu ajustamento psicossocial. Desta maneira vai-se reduzir a incerteza, favorecendo a participação nas tomadas de decisão e o envolvimento da doente, assim como a participação na sua reinserção familiar e social.

Por conjugalidade ou identidade conjugal entende-se a maneira única como o casal escolhe ser, interagir, existir e estabelecer limites. O casamento é uma das instituições mais antigas e tradicionais da civilização ocidental, implicando a partilha e a intimidade.

Segundo Dias (1995), a sexualidade é um dos aspectos mais importantes nas relações contemporâneas. A sociedade fomenta a ideia de que os casais não deixam a vida sexual ser afectada pelos modos de vida moderna, exigindo, por isso, sempre uma satisfação sexual intensa.

O diagnóstico de uma doença como o cancro é um evento traumático na vida de qualquer pessoa, seja pelo estigma que a doença carrega, seja pelos tratamentos agressivos, ou ainda pelo prognóstico que levanta muitas incertezas sobre o futuro.

Conforme a doença evolui, esta vai obrigando as doentes e seus cônjuges a reorganizarem os seus papéis, as suas rotinas e as dinâmicas no seio da família. Como refere (Oliveira, 2004, p. 176) *“é preciso não dissociar a mulher da sua família e, muito principalmente, do seu marido, dado o papel importante que este desempenha”*. Cada casal responderá às dificuldades de uma forma muito particular, ou simplesmente não será capaz de enfrentar os problemas. Como refere a sabedoria popular, só o amor

constrói, mas o comprometimento, a confiança e o respeito mútuo também são pilares que mantêm a relação, já que a mesma teve início num projecto de amor e interajuda.

O cancro da mama, como referido, afecta muitos aspectos, entre eles a sexualidade feminina na sua dimensão física e emocional. A nível emocional, a doença implica um elevado grau de comprometimento na auto-imagem corporal, podendo acarretar danos/alterações a nível do autoconceito e mesmo até comportamental, nomeadamente de agressividade devido à revolta, ou ao isolamento, devido ao receio de comunicar com os outros.

A percepção do próprio corpo é fundamental não só para se lidar com a própria sexualidade como para se relacionar com o outro. No caso do seio acrescem ainda as características femininas, a sensualidade e maternidade (Santos, 1981). Pela importância de que o seio se reveste, as mulheres não aceitam a perda de saúde e, se mastectomizadas, a perda do seio pode originar problemas psicossociais.

Devido à auto-imagem negativa, à vergonha e ao sentimento de repulsa, as mulheres passam a evitar contactos sociais e sexuais.

Segundo alguns autores, mesmo existindo uma forte e satisfatória vida sexual antes da doença, o stress emocional, a dor e a baixa auto-estima que resultam do tratamento podem degradar o funcionamento sexual do casal. Para os casais que tinham alterações da sua vida sexual antes da doença, o afastamento íntimo de ambos aumenta na maioria dos casos.

Com a realização deste estudo, pretendemos investigar quais as vivências do companheiro da mulher submetida a mastectomia e as dificuldades que emergem dessas vivências. Acharmos que o conhecimento das experiências vivenciadas pelo companheiro e as necessidades que emergem dessas vivências são o fio condutor necessário para nos indicar um sentido na procura de saberes e contextualizá-los na nossa prática.

A partir da questão inicial surgem algumas perguntas de investigação que vão orientar o nosso trabalho, tais como:

- Que sentimentos experiencia o companheiro perante a realidade da amputação da mama da sua mulher?
- Que sentimentos urgem da relação marital?
- Que medos vivenciam relativamente ao regresso da mulher a casa?

1.1 – METODOLOGIA DO ESTUDO

A metodologia utilizada neste estudo foi do tipo qualitativa, a qual possui determinadas características comuns; o método qualitativo baseia-se na crença em múltiplas realidades, na descoberta através de múltiplos modos de compreensão, através desta abordagem e segundo um desenho exploratório - descritivo.

Etimologicamente, método significa “caminho a seguir”. Mas para que um método seja útil e aconselhável, não basta que indique qualquer caminho, mas, sim, aquele que melhor e mais satisfatoriamente conduz ao fim que se tem em vista.

Na selecção do caminho a percorrer o investigador depara-se com várias possibilidades, o que implica a necessidade de optar por uma determinada metodologia.

Atendendo à natureza do estudo, a estratégia metodológica adoptada será a investigação qualitativa.

Pensamos ser o método mais adequado para o estudo que pretendemos investigar, as vivências dos companheiros das mulheres sujeitas à amputação da mama, porque permite uma abordagem das percepções e interacções do comportamento da pessoa, realçando o seu significado.

A investigação qualitativa pretende estudar as percepções e interacções no contexto de trabalho. Segundo (Bogdan e Biklen, 1994, p.49), *“os investigadores interessam-se mais pelos processos do que pelos resultados ou produtos”* e *“o significado é de importância vital”*.

Pretendemos utilizar a abordagem fenomenológica, pois este método entende apreender a lógica dos fenómenos subjectivos, uma vez que estamos interessados em estudar as vivências do companheiro da mulher submetida a mastectomia. Como referem (Bogdan e Biklen, 1994, p.53), *“a fenomenologia tenta compreender o significado que os acontecimentos e interacções têm para as pessoas vulgares em situações particulares”*.

No sentido de obtermos as respostas procuradas pelo presente estudo, pensamos ser a entrevista semiestruturada o instrumento de recolha de dados, o mais indicado, porque como referem para Bogdan e Biklen (1994), a entrevista é utilizada para recolher dados descritos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como o sujeito interpreta os aspectos do mundo.

O que caracteriza este tipo de pesquisa é descrição do universo perceptual das pessoas, que vivem uma experiência que, de certo modo, interessa para a prática científica. O investigador tenta aproximar-se dessa mesma experiência, descrevê-la utilizando as palavras do participante e explicitá-la da forma mais fiel possível (Fortin, 1999, p.148). Para esta autora, “*os estudos fenomenológicos visam compreender um fenômeno para extrair a sua essência do ponto de vista daqueles que vivem ou viveram essa experiência*”.

2 – O DESENHO DO ESTUDO

Optámos pela realização de uma pesquisa exploratória com a finalidade de compreender as vivências dos companheiros da mulher submetida a mastectomia, analisar as percepções dos companheiros face a essa realidade e compreender a necessidade de intervenção de enfermagem dirigida ao companheiro da mulher mastectomizada.

Para a realização deste estudo optámos pela unidade de Cirurgia do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, local de trabalho do investigador.

Para a elaboração do estudo foi pedida autorização em Fevereiro de 2008 ao Presidente do Conselho de Administração do Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde para a recolha de dados por entrevista aos companheiros das mulheres mastectomizadas no primeiro dia pós-operatório num período de 6 meses (anexo I). A Autorização foi obtida em Março de 2008, pelo que a recolha de dados teve início em Abril de 2008 e prolongou-se até Dezembro de 2008.

2.1– SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES

Tendo em conta o objecto de estudo, optámos por uma população de companheiros das mulheres submetidas a mastectomia internadas na unidade de Cirurgia do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde. Segundo (Boemer 1994, p.89) *“não haverá um critério amostral que indique que a coleta encerrou-se, critério esse próprio da metodologia das ciências naturais”*

Nesta perspectiva, considerando que a pesquisa fenomenológica atribui uma importância ao saber e à experiência sobre um determinado fenómeno dos indivíduos que são seleccionados para o estudo, e na tentativa de seleccionarmos determinamos os seguintes critérios que estiveram presentes na selecção dos participantes:

- companheiros das mulheres submetidas a mastectomia no serviço de cirurgia;
- primeiro dia pós - mastectomia;
- coabitar com a companheira há mais de um ano, pois pensamos que estes apresentam uma relação íntima com a experiência que se quer interpretar.

O número total de entrevistas efectuado foi de sete, número que está de acordo com o que diz (Fortin, 1999, p.149), “o número de participantes varia segundo a profundidade da descrição pretendida e notam-se variações que vão desde alguns sujeitos (menos de 10) a uma trintena”.

Atendendo à vulnerabilidade dos participantes, ocorrem aspectos éticos que obrigatoriamente foram respeitados:

- o consentimento informado dos companheiros que participaram no estudo;
- foi dado um esclarecimento aos participantes sobre as finalidades do estudo, garantindo a confidencialidade e o anonimato das declarações e a possibilidade de se recusarem a responder a qualquer pergunta ou abandonar o estudo em qualquer momento, se assim o desejassem.

De acordo com a caracterização dos participantes, podemos verificar na tabela 1 que a maioria dos participantes apresentam mais de 41 anos em 28,6%, assim como 28,6% se encontram entre 46 e 50 anos. De realçar que 14,2% apresentam menos de 40 anos, com mais de 70 anos de idade temos 28,6% dos restantes participantes.

Tabela 1 – Idade dos participantes

<i>Idade (anos)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
≤ 40	1	14,2
41-45	2	28,6
46-50	2	28,6
≥70	2	28,6
Total	7	100,0

No que se refere ao nível de escolaridade tabela 2, 28,6% do total de entrevistados possuem a 3.^a classe, assim como 28,6% têm a 4.^a classe. Quanto aos restantes entrevistados, distribuem-se uniformemente, com incidência de 14,2% entre o 6.^o ano e o 12.^o ano. Por último, dos restantes, 14,2% dos entrevistados possuem licenciatura.

Tabela 2 – Habilitações literárias

<i>Habilitações</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
3. ^a Classe	2	28,7
4. ^a Classe	2	28,7
6.º Ano escolaridade	1	14,2
12.º Ano escolaridade	1	14,2
Licenciatura	1	14,2
Total	7	100,0

Os participantes integravam-se na sua maioria no estado civil de casados, correspondendo a 85,8% enquanto que 14,2% co-habitavam em união de facto.

Tabela 3 – Estado civil

<i>Estado Civil</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Casado	6	85,8
União de facto	1	14,2
Total	7	100,0

Em última abordagem, ao nível da actividade profissional, deparamo-nos com 28,7% de entrevistados que estão reformados e 28,7% exercem funções directamente associadas à Indústria, sendo de 14,2% a incidência de profissões como operário da construção civil, camarário ou então técnico de informática.

Tabela 4 – Profissão dos entrevistados

<i>Profissão</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Operário camarário	1	14,2
Operário construção civil	1	14,2
Operário fabril	2	28,7
Reformado	2	28,7
Técnico informática	1	14,2
Total	7	100,0

2.2– INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados pode ser realizada de diversas formas, tendo o investigador o dever de seleccionar o melhor método e instrumento de acordo com o tipo de estudo que está a efectuar, de forma a atingir os seus objectivos.

O instrumento de colheita de dados que nos pareceu ser mais pertinente para este estudo foi a entrevista semiestruturada (anexo II) e, segundo Fortin:

“A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas. Trata-se de um processo planificado, de um instrumento de observação que exige dos que o executam uma grande disciplina” (1999, p. 245).

Como qualquer instrumento de recolha de dados, a entrevista apresenta vantagens e limitações. Segundo Gil, (1999, p.118). *“A entrevista possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social; a entrevista é uma técnica muito eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano; os dados obtidos são susceptíveis de classificação e quantificação”*.

A entrevista permite-nos penetrar no mundo dos sujeitos, sendo esta uma excelente fonte de dados.

As questões que constituíram o guião das entrevistas foram elaboradas tendo em conta a problemática da investigação, o propósito central desta pesquisa e a literatura consultada.

As entrevistas foram realizadas no gabinete da enfermeira chefe, proporcionando aos participantes um ambiente acolhedor, o mais informal possível e com privacidade, de forma a poderem expressar os seus sentimentos.

As entrevistas duraram em média 40 minutos. Procuramos manter uma atitude empática com os entrevistados, favorecendo a expressão das suas vivências e evitando qualquer juízo de valor. *“É necessário que o entrevistador adopte uma atitude de aceitação, um estilo de entrevista descontraído e um interesse genuíno pelo que a pessoa tem para dizer”* (Gerber *et al.*, 1999, p.217).

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente procedeu-se à transcrição das mesmas, tendo sido atribuído um código a cada depoimento pela ordem que foram realizados, e à análise do seu conteúdo. A análise de conteúdo é uma técnica de tratamento da informação recolhida. Krippendorf (1980), *apud* Vala (1990, p.103) definiu análise de conteúdo como uma técnica de investigação que permite fazer inferências válidas e replicáveis dos dados para o seu contexto. A análise de dados iniciou-se com a

transcrição das sete entrevistas que constituíram o “corpus” de análise do nosso estudo, pois, como refere (Vala, 1986, p.109), “se o material a analisar foi produzido com vista à pesquisa que o analista se propõe analisar, então o corpo de análise é constituído por todo esse material”.

Após a colheita de dados, tornou-se elementar criar uma organização dos dados, nomeadamente das entrevistas, com o objectivo de serem analisadas. O propósito desta análise é preservar o que é único em cada experiência de vida do participante e permitir uma compreensão do fenómeno em estudo. Segundo Fortin (1996, p.19).

“Na investigação qualitativa, a análise dos dados é uma fase do processo indutivo de investigação que está intimamente ligada ao processo de escolha dos informadores ou participantes e às diligências para a colheita de dados [...] é uma fase integrada no processo de investigação, presente de cada vez que o investigador se remete a um período de colheita de dados e em que ele deve situar-se em relação ao que já emergiu dos dados e ao que resta para descobrir” (Fortin, 1996 p.19).

Depois de transcritas as entrevistas procedeu-se à análise do conteúdo da informação, do tipo indutivo - interpretativa e que deve percorrer as seguintes fases:

- pré-análise;
- exploração do material;
- tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Bardin refere que este tipo de análise se caracteriza por:

“...um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens....” (Bardin, 2008 p.122).

Desta forma, pretendemos que os conteúdos brutos sejam organizados de forma a extrair o seu significado ou expressividade (Bardin, 2008).

A questão da codificação é central no decurso da análise do conteúdo, sendo o objectivo da investigação transformado em categorias de análise.

Segundo (Vala, 1986), o processo de categorização pode ser feito à priori, a posteriori ou através da combinação destes dois processos. Consideramos pertinente optar por combinar os dois processos, de modo que *“as referências teóricas do investigador orientem a primeira exploração do material, mas este, por sua vez, pode contribuir para a reformulação ou alargamento das problemáticas em estudo” (p.112).*

Como refere Holsti *apud* (Bardin, 2008, p.129), “a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo”.

Neste estudo, o sistema de categorias foi definido tendo como base o quadro teórico do estudo. Após definidas as categorias, foi necessário a criação de subcategorias que nos permitiram codificar informações importantes para o estudo e que não se encontrava no sistema de categoria inicial (anexo III).

Após a leitura das entrevistas e depois de codificadas de E1 a E7, foram definidas as unidades de registo e posteriormente transcreveu-se e enquadróu-se estas unidades segundo categorias e subcategorias (anexo IV).

CAPÍTULO III
RESULTADOS

1 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partilha das experiências vividas e o significado dessas experiências para aqueles que a vivenciam possibilitou-nos compreender e atribuir significados ao fenómeno em estudo. Neste capítulo, procederemos à análise e interpretação, tal como foram apreendidas, das perspectivas relatadas pelos companheiros entrevistados, no primeiro dia pós-operatório de mastectomia das suas companheiras.

Apresentamos a análise de conteúdo através de quadros que identificam a unidade temática, as categorias e as subcategorias. Salientamos as unidades de registo, com os excertos mais significativos dos discursos, sendo destacadas ao longo do texto.

Após a apreciação global de cada entrevista, tivemos a percepção que todos os companheiros desenvolvem sentimentos de medo e insegurança perante esta nova realidade que é o cancro da mama das suas companheiras, assim como a possível perda das mesmas. Por outro lado, reforçam laços de solidariedade e companheirismo com elas, estando dispostos a enfrentar a doença juntos. É de realçar que a mutilação do seio não altera a imagem corporal que o companheiro tem da sua mulher.

Quadro 1 – O que está a sentir neste momento

Subcategorias	Categoria: Reacção à Notícia							Unidade Quantificação
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	
Choque/Angústia		•	•					2
Medo/ Solidão/Desânimo	•	•	•				•	4
Receios/Desorientação	•	•		•				3
Esperança/Otimismo					•	•		2

Na categoria Reacção à Notícia, emergem as seguintes subcategorias: choque/angústia; medo/solidão e desânimo; receios /desorientação e esperança/optimismo. Verificámos que no primeiro dia pós-operatório os companheiros apesar de conhecerem o diagnóstico ainda viviam na ilusão que não fosse possível. Ao serem confrontados com a realidade real, a mastectomia, os companheiros relatam vários sentimentos que estão a vivenciar.

O momento vivido pelos participantes, quando confrontados com a notícia da mastectomia, é vivenciado como algo de difícil descrição. Referem que num curto espaço de tempo são confrontados com uma realidade que não era a sua.

“Naquela altura o sentimento foi de perda total...” (E3)

“senti como que uma revolta interior...” (E3)

Como constata Oliveira (2004:16), *“Toda esta situação acabará, certamente, por ter um impacto na vida da mulher, na relação que estabelece com o conjugue, no atendimento a dar aos filhos, sobretudo se ainda pequenos e também na relação que estabelece com os outros membros da família”*. Efectivamente, a família é francamente abalada emocionalmente.

“ Nunca pude imaginar em viver uma situação destas...” (E2)

É evidente que os sentimentos de medo/solidão/desânimo expostos pelos companheiros deixando-os fragilizados e inseguros são muito evidentes. Entra-se num patamar em que é impossível dissociar o medo, a solidão, o desânimo, tal como referem os entrevistados.

“... pior que a minha esposa..., sinto a falta dela...” (E1)

“Um misto de medo e desorientação...” (E2)

“O meu medo e o dela era não resistir à operação, a minha mulher já tem 76 anos”. (E3)

Ao mesmo tempo que são referenciados estes sentimentos, também mencionam que são envoltos em pensamentos negativos que os incapacita de reagirem e ter esperança para o futuro.

Por outro lado, nos casos que atingem mulheres mais novas, a desilusão, o medo toma proporções de perplexidade e revolta e é nesta fase do ciclo de vida que se estabelece um projecto de vida e objectivos futuros para constituir família, como salienta (Wall *et al.*, 2005).

“... numa fase de muita incerteza, nunca pensei que nesta idade a minha esposa poderia ter um cancro da mama”. (E7)

De acordo com Keitel, Cramer & Zevom (1990), existem três áreas em que o cônjuge é afectado, na relação conjugal, no estado emocional e na gestão do lar (Ribeiro, 2007). Um outro aspecto importante é a falta de tempo para as suas actividades sociais, para poderem dedicar mais tempo a apoiar as suas companheiras, podendo desenvolver

estados depressivos. A situação vivencial desta fonte de emoções é relatada de um modo intenso, que se revela marcante e permite extrair sentimentos de fragilidade e impotência.

“Muito confuso, ..., estou de baixa, não consigo trabalhar.” (E1)

“... antes de ela ser operada “esmoreci” um bocado... agora vejo que ela está sem dores anda a pé, mexe bem, o braço o resto é ela que sente...” (E4)

Deparamo-nos com muitos receios, nomeadamente a perda, conduzindo o marido/companheiro a uma grande desorientação, minimizada em alguns casos pela forma como são esclarecidos.

Ao logo dos discursos, verificámos uma força interior, como forma de ajuda e conforto para enfrentar a realidade face à situação vivida.

“tenho que enfrentar a situação. Toca a todos, desta vez foi a mim, à minha esposa...” (E5)

Também para este entrevistado criou-se junto da família uma excelente relação de inter ajuda e apoio.

“Tenho a minha família, os meus filhos, quatro irmãos e os irmãos da minha esposa... Vamos ultrapassar, com a ajuda de todos.” (E5)

Apesar da situação tão delicada está patente a esperança e o apoio familiar.

No entrevistado (E6) verificámos igualmente, optimismo e esperança,

“Não estou muito assustado, ..., tenho de encarar com naturalidade. Estamos os dois juntos, será mais uma etapa da nossa vida.” (E6)

Dos relatos dos companheiros, verificámos que emergem emoções com carácter negativo como: choque/angústia; medo/solidão e desânimo; receios /desorientação, no momento que são confrontados com a realidade da mastectomia. É de salientar que, apesar dos sentimentos negativos dominarem o estado de espírito do momento, revelam um esforço de coragem para se adaptarem, manifestando uma esperança/optimismo muito importante para vivenciar esta nova realidade.

A questão colocada aos companheiros, relativamente ao que estavam a sentir naquele momento, era direccionada para o primeiro dia pós-operatório da mastectomia. Foram apreendidas as emoções do momento circunstancial do dia seguinte à cirurgia. Verificámos que cada companheiro expressa as suas emoções em função do seu ciclo de vida e contexto familiar. Como Kristtjanson e Ashcroft (1994) constataram, cada

família reage de maneira diferente à doença, dependendo isto de vários factores (coesão familiar, estado da doença, tempo decorrido desde o diagnóstico, papel do doente na família; tipo de estrutura familiar mais ou menos coesa; nível de conflito intrafamiliar; *status* social e económico...).

Verificámos a facilidade e espontaneidade como a expressão de sentimentos depressivos expostos pelos companheiros, referentes às subcategorias, medo/solidão e desânimo; receios /desorientação, vão ao encontro da prestectica de Bishop, segundo ele não é pois, de estranhar que frequentemente o cônjuge sofre de mais sintomas de depressão que o próprio doente.

Na subcategoria esperança/optimismo, os companheiros acreditam no desenvolvimento da ciência e na esperança nos resultados dos tratamentos a serem aplicados, pois verificam que as suas companheiras estão bem, sem dores e bem-dispostas. Segundo Silvestre (2009), alguns investigadores estimam que dentro de 15 anos o cancro poderá ser considerado uma doença controlável, ou seja, grande maioria dos doentes oncológicos irão ter uma qualidade de vida igual à de qualquer outra pessoa.

Quadro 2 – Tipo de informação recebida e quem a fornece

Subcategorias	Categoria: Tipo de informação e por quem							Unidade Quantificação
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	
Médico de família/Cirurgião	•	•	•		•	•	•	6
Comunicação social		•		•			•	3

Na categoria que tipo de informação recebem e quem a transmitiu, incluem – se as subcategorias Médico família/Cirurgião e Comunicação social. É de salientar a figura do médico como principal fonte de informação. É o médico a figura de referência em explicar o que é a doença, quais as suas consequências que poderão advir e a forma como poderão lidar com o diagnóstico.

“Foi o médico que falou comigo e a minha esposa”. E1

“... falou abertamente em todas as possibilidades.” (E1)

Constatámos também que, para este casal, a doença não era de todo desconhecida, em virtude de haver um familiar próximo que já tinha tido esta vivência.

“Tenho uma cunhada, ..., esta doença já não era desconhecida.” (E1)

Verificámos mais uma vez o papel importante e determinante do médico e/ou cirurgião.

“... o cirurgião permitiu que eu e a minha companheira expuséssemos os nossos receios e angústias, foi uma pessoa que soube escutar, confortar e acima de tudo não escondeu nada.” (E2)

Conduzindo de uma forma clara e presente junto do casal sobre como lidar com a doença, esclarecendo, ouvindo.

“O médico de família disse que era só um quisto pequeno, aqui no hospital o médico falou que poderia retirar a mama, ..., mas só no dia da operação é que sabia.” (E3)

Paralelamente, denotámos em alguns casos, a grande importância do médico, pela sua disponibilidade, pela franqueza e esclarecimento sobre os procedimentos inerentes.

“O médico foi uma belíssima pessoa, explicou tudo, que ela tinha um cancro tinha que fazer quimioterapia e só depois era operada e ia retirar a mama. ... deu-nos força para enfrentar a situação.” (E5)

Ou então,

“ele falou connosco abertamente, foi franco, só depois de submeter a minha esposa a uma série de exames é que nos disse que ela iria tirar a mama.” (E6)

A informação dos procedimentos após a cirurgia é mais uma vez determinante, tanto para a doente como para marido/companheiro. Há sempre uma réstia de esperança na probabilidade de não ser verdade.

“depois da cirurgia, ..., aguardava o resultado da anatomia patológica, só depois diria qual o tratamento a seguir.” (E6)

“Quem me informou e esclareceu foi o cirurgião., percebeu que ambos estávamos perplexos e muito assustados, e portanto não escondeu nada.” (E7)

Salientamos que três companheiros já possuíam informação sobre o cancro da mama através da comunicação social. Referem a importância desta informação para o diagnóstico precoce e a desmistificação da palavra cancro da mama sinónimo de morte.

“O cancro da mama está muito divulgado pela comunicação social...” (E2)

“Até agora ninguém falou comigo, médico ou enfermeiros...” (E4)

Havendo alguma informação da doença através da televisão, que serve de meio de alerta.

“... tudo o que sei acerca deste problema é da televisão, por isso alertei a minha esposa.” (E4)

“Tinha uma vaga ideia sobre o cancro de mama através da televisão e jornais...” (E7)

Constatámos a importância social da figura do médico no processo de doença. Dos discursos proferidos pelos companheiros emerge um conhecimento generalizado do significado da palavra cancro, mas nunca percebido como uma realidade vivenciada por si. Estes sentimentos manifestados são corroborados por Matos (2002, p.53), *“Quando se fala de cancro, pensa-se na morte”*. Daí o esquecimento momentâneo e a necessidade de alguém que informe e simultaneamente apoie esse confronto de informação. Fragilizados e sozinhos, os companheiros não encontram suporte emocional no seu contexto de assistência. Apesar de não estarem doentes fisicamente necessitam de ajuda emocional para suportar o impacto da doença da sua companheira, e só o encontram na figura do médico, disponível, compreensivo e alguém que os irá acompanhar em todo este processo de adaptação a uma nova realidade.

Quadro 3 – Reacção à cirurgia

Subcategorias	Categoria: Reacção à cirurgia							Unidade Quantificação
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	
Cumplicidade/Amizade	•	•				•		3
Medo do futuro	•	•	•				•	4
Perda			•		•	•	•	4
Apoio/Optimismo				•	•	•		3

Dos discursos dos cuidadores emergiram diferentes tipos de sentimentos ou reacções emocionais que advêm da nova realidade, a mastectomia.

Pelos discursos proferidos pelos companheiros, a amizade e a cumplicidade que liga estes casais é muito intensa, o carinho e amor que sentem pela companheira é notório, revelando o apoio incondicional que é transmitido à mulher.

“Conversei com a minha esposa, existe uma grande amizade entre nós, não me incomodava nada se ela ficasse sem a mama...” (E1)

“Simplesmente neste momento temo-nos um ao outro, ..., um relacionamento construído numa base mais emocional do que físico...” (E2)

“..., existe uma grande cumplicidade e respeito um pelo outro, uma amizade profunda, o aspecto físico passou a secundário...” (E6).

O momento vivido pelos companheiros, quando confrontados com a mastectomia, é vivenciado como algo de difícil descrição. Referem que num curto espaço de tempo são confrontados por muitos pensamentos abstractos incapazes de concretizar.

“mas o futuro, ..., queríamos gozar um pouco. Fico sem nada.” (E1)

“O que nos aflige neste momento é pensar que o nosso projecto de vida vai desmoronar-se.” (E2)

“Não tenho cabeça para pensar, ..., só penso que ela vai morrer...” (E1)

Também descrevem esta experiência vivida referindo sentirem a necessidade de introspecção e silêncio.

“Dizem que alguns homens deixam as mulheres depois de operadas, ..., queremos é fazer companhia um ao outro.” (E3)

“... foi um período de silêncios não pela perda da mama em si, mas pelo sentimento... estávamos perante uma nova realidade, a presença da morte.” (E7)

É de salientar a riqueza interior que sobressai dos companheiros entrevistados, em que prevalece um conjunto de valores pessoais, de amor, solidariedade e amizade para com a companheira.

O sentimento dominante está associado à perda, à morte. Este é o receio marcante.

“... tinha algum receio que ela morresse, pois ela é a minha companhia.” (E3)

“..., só quero que ela fique bem, que não morra...” (E4)

“O que me preocupa é ela não conseguir recuperar, ..., possa vir a falecer.” (E6)

“o que me preocupa é eu perder a minha esposa...” (E7)

Apesar de verificarmos que quatro dos entrevistados referirem o sentimento de perda e medo do futuro em relação à realidade do cancro da mama da sua companheira, emerge dessa realidade um misto de coragem e optimismo em relação ao futuro num apoio mútuo.

“Não me preocupa que ela fique sem a mama, já não vamos ter filhos, ..., ficar sem a mama não me aflige, ..., a minha mulher ficou mais aliviada, mais confortada.” (E4)

“..., Demo-nos sempre bem, não era por ela ficar sem a mama que iria alterar nada, ..., não é pela falta da mama que deixo de gostar dela.” (E4)

“..., ficar sem a mama não irá alterar a nossa intimidade somos um para o outro...” (E6)

Nas subcategorias medo do futuro e perda os companheiros deparam -se com sentimentos presentes de perda da sua companheira associada à morte precoce pelo cancro da mama. Situação semelhante vivenciada quando lhes é informado o diagnóstico das suas companheiras. Pensamos que só neste momento são capazes de avaliar o momento, expondo o seu “estado de alma”, colocando como verdadeiras as incertezas acerca do futuro delineado a dois. O impacto da concretização da mastectomia conduz ao confronto com a iminência da provável morte.

Os relatos referidos pelos companheiros reflectem a realidade dos dados fornecidos pelo Instituto de Oncologia do Porto; em 2006, este tipo de cancro foi o mais frequente, com cerca de 33,6% no sexo feminino e com uma percentagem de cerca de 0,3% no sexo masculino. O grupo etário com maior incidência situa-se entre os 45-49 anos (Bento, 2006). Todos os anos morrem em Portugal 1800 mulheres e são diagnosticados aproximadamente cinco mil novos casos.

Na subcategoria cumplicidade/amizade o momento vivido é expressado pelos companheiros como complexo e de difícil verbalização, mas, ao mesmo tempo, conseguem manifestar os seus sentimentos de forma enternecedora e carinhosa, reforçando a cumplicidade e a amizade como forma de tentar compreender a situação que estão a vivenciar. Mencionam que se por um lado experimentam sentimentos de medo e morte, por outro conseguem mobilizar forças para apoiar a companheira e ter alguma esperança no futuro e acreditar que este contexto negativo é possível de ultrapassar. Os sentimentos vivenciados pelos companheiros perante a mastectomia são referidos por (cit. in Kadmon, Ganz, Rom e Wruble, 2008).

Os discursos dos companheiros também evidenciam que esta nova situação jamais será um fim reforçando o sentimento de união do casal como alavanca para o optimismo.

Kaufmann nos seus estudos sobre a conjugalidade descreve a cumplicidade e amizade do casal como forma de união e concretização de projectos mútuos.

Quadro 4 – O pós-operatório

Subcategorias	Categoria: O pós-operatório							Unidade Quantificação
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	
Perda	•		•		•	•	•	5
Imagem/Bem-estar				•	•		•	3
Apoio/Futuro						•	•	2

A maioria dos companheiros continua a associar a doença cancro da mama a uma perda que está sempre presente. Os discursos dos companheiros evidenciam um sentimento de perda sempre presente, apesar de existir por momentos uma ilusão que o momento é irreal e intemporal. Verifica-se que atribuem esta reacção à ajuda divina, como forma de apoio face à situação.

“A sua perda... queria estar com ela para ver os netos crescer.” (E1)

“Neste momento o que me preocupa é o que lhe vai acontecer ... quantos anos vamos viver juntos.” (E3)

“O que me preocupa mais é que ela dure muitos anos...” (E5)

“Será que a mãe estará viva para o educar...” (E7)

“... o que me preocupa será o resultado da anatomia patológica, se ela terá muitos anos de vida. Tenho fé que ela fique bem e possamos voltar à nossa vida...” (E6)

No discurso de três companheiros emergem emoções de pertença e partilha, sendo evidenciado um sentimento de apoio, não valorizando a imagem física da mulher. O importante é a sua reabilitação física e psicológica.

“O que mais me preocupa é que ela fique bem, não tenho qualquer impressão sobre a cicatriz” (E4)

“..., verifico que ela está bem, sente-se bem, animada... penso que vai continuar a trabalhar, ..., a imagem que tenho dela não se alterou.” (E5)

“Neste momento não estou focalizado na imagem física...” (E7)

Um dos companheiros vivencia uma situação de angústia de forma intensa, uma incerteza parente o futuro em relação ao cuidado do filho.

“Temos um filho será, que a mãe estará viva para o educar?... são estas as minhas preocupações”.(E7)

O período pós - operatório é tido como o mais crítico devido às atenções especiais a ter e ao receio de evolução da doença. É marcante a interiorização do sentimento de perda associado à doença em si. Constatámos nos discursos dos companheiros um sentimento negativo associado sempre a uma perda iminente da sua companheira. É esse sentimento que será a base de toda a reestruturação do casal a partir desta nova realidade (indicado como o medo principal que se mantêm ao longo de todo o processo). A reintegração da mulher no seu meio sócio familiar desencadeia na família uma mudança, não só ao nível dos papéis práticos e afectivos, como também relativamente ao medo de perda por morte, a família cria um novo foco interno de atenções e necessidades especiais. Como conclui Oliveira (2004), *“Toda esta situação acabará, certamente, por ter um impacto na vida da mulher, na relação que estabelece com o cônjuge, no atendimento a dar aos filhos, sobretudo se ainda pequenos e também na relação que estabelece com os outros membros da família. Isto será tanto mais importante quanto mais relevante for o papel desempenhado pela mulher no seu seio familiar”*.

Verificámos que neste contexto de desorganização as emoções emergentes de perda e necessidade de apoio à companheira são a grande preocupação com que tudo fique bem, não contemplando no imediato, as alterações a que a mulher fisicamente sofreu. Verificámos que na situação de desorganização emocional que os companheiros estão a vivenciar o estado físico da pessoa não é valorizado. A relação com o corpo físico é monesprezada, pois sabemos que, a imagem corporal desempenha um papel fundamental na maneira como nos relacionamos com o nosso corpo e com os outros. O corpo é um reflexo do próprio eu.

O corpo assume um valor sensual, mas sobretudo uma identidade pessoal, daí a necessidade de cuidados com a aparência corporal. Como refere (Ribeiro, 1996 p. 39) *“E este sentimento de (in) satisfação corporal funciona como variável moderadora dos contactos do sujeito consigo próprio e com os outros, condicionando atitudes, decisões e modos de relação”*.

Quadro 5 – O que mais preocupa a esposa/companheira

Subcategorias	Categoria: O que mais preocupa a esposa/companheira							Unidade Quantificação
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	
Imagem/Rejeição				●	●		●	3
Morte	●		●		●	●	●	5
Dor				●				1
Apoiar a família		●						1

Os participantes na presente investigação referem o que mais preocupa as suas companheiras são o medo da morte. Da análise dos relatos inferimos uma cumplicidade de sentimentos entre o casal. A emoção que emerge é a noção da probabilidade de uma morte que tenta reorganizar esta nova realidade.

“O medo dela foi sempre a morte...” (E3)

“Penso que o medo de morrer é uma preocupação apesar do meu apoio.” (E5)

“Acho o que a preocupa é a morte, não conseguir vencer o cancro de mama, ..., o pensamento da morte é dominante...” (E6)

“É um período angustiante não, consegue afastar a ideia de um sofrimento prolongado e uma morte anunciada.” (E7)

Inferimos dos discursos dos companheiros que estavam a desenvolver um esforço no sentido de tranquilizar e apoiar as suas companheiras para que elas não associassem a perda do seio à possível rejeição por parte do marido. Constatámos haver emoção e veracidade nos seus discursos. Para os companheiros a perda da mama, neste momento de pós-operatório imediato, significa uma perda física, mas o respeito e cumplicidade permaneciam, assim como referem que o amor entre ambos era reforçado.

“... depois de eu dizer, ..., ficar sem a mama não me preocupava... notei nela que ficou mais satisfeita...” (E4)

“... neste momento a imagem não a preocupa mas o ficar bem.” (E5)

“... é natural que se preocupe com a sua imagem, ...” (E7)

Salientamos que um dos participantes refere que a grande preocupação da sua companheira era ter dores incontroláveis, verificando que esse receio foi dissipado.

“*Ela tem muito medo de ter dores, ..., mas está mais calma...*” (E4)

Um dos participantes salienta a importância que a sua companheira tem em apoiar a família com o seu ordenado para as despesas da casa.

“... *Deixar de trabalhar, de contribuir para as despesas...*” (E2)

Julgamos que a morte é um sentimento sempre associado à doença oncológica – cancro da mama – sendo e o que mais assusta. Sentimento sentido pelo portador da doença e pela pessoa que lhe está muito próxima, o companheiro. Existe uma fusão de pensamento, a probabilidade de a morte ser real para o casal. O medo da morte, o medo de não conseguir vencer a doença, o medo de não ser capaz de vencer!

Tendo em conta a inclusão dos vários elementos é certo afirmar que a *imagem ou imagens corporais* é algo de altamente personalizado e condicionado pela experiência subjectiva, podendo por isso a *imagem corporal* individual variar ao longo do tempo e também pode ser influenciada pelo apoio e apressa da família, nomeadamente o companheiro.

É natural que haja preocupação com a imagem, mas verificamos pelas entrevistas que parece não constituir risco para a relação. O apoio incondicional do cônjuge/companheiro foi crucial. Denota-se que a partir do momento que a mulher se sente mais apoiada demonstra mais tranquilidade. A beleza é sobretudo um valor feminino, sendo por isso mais importante para a identidades das mulheres do que para os homens.

Quadro 6 – Tipo de acompanhamento e apoio do marido/companheiro aquando do regresso a casa

Subcategorias	Categoria: Regresso a casa							Unidade Quantificação
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	
Acompanhamento/Cumplicidade	●	●	●	●	●	●	●	7
Apoio da família		●	●	●	●		●	5
Apoio nas tarefas domésticas	●		●		●	●	●	5

Cuidar da pessoa doente provoca no seio familiar mudanças significativas na vida quotidiana dos seus membros, levando-os a fazerem alterações de forma a poderem enfrentar a nova situação. A doença põe à prova a solidez das relações entre os componentes do casal, passando a companheira a ser uma parte essencial da atenção nesta fase da sua vida.

A necessidade de grande disponibilidade física e psicológica para poder “estar” com o outro por inteiro é manifestada por todos os entrevistados.

“Vou acompanhá-la no que for necessário, ir com ela realizar a quimioterapia...” (E1)

“Não posso deixar de trabalhar, ..., o que mais me assusta é deixá-la sozinha a enfrentar a situação...” (E2)

“Quem vai acompanhar às consultas aqui, ..., sou eu...” (E3)

“Se as consultas e os tratamentos forem de manhã eu acompanho-a, ..., não posso faltar ao emprego”. (E4)

“A minha esposa sabe que eu estou com ela nesta luta, tenho acompanhado sempre nas consultas e quimioterapia...” (E5)

“... estou com ela nesta fase muito dura da nossa vida, ..., existe uma grande cumplicidade entre nós...” (E5)

“... somos os dois reformado, colaboramos sempre um com o outro, ..., sinto-me com energia e capacidade para a acompanhar às consultas e tratamentos...” (E6)

“... sempre que posso acompanho-a às consultas...” (E7)

É de salientar nos entrevistados o sentimento de partilha e ajuda, uma tónica em toda a entrevista. A família funciona como um recurso de reorganização e apoio.

“Conversámos e decidi pedir ajuda à mãe dela”. (E2)

“Se for para o Porto, será a minha nora, ..., moramos com o nosso filho e nora”. (E3)

“Ela vai para casa eu e os filhos vamos ajudar no que puder...” (E4)

“Ela sabe que esta luta é dos dois, ..., tem o apoio dos nossos filhos e da minha família, ..., somos muito unidos.” (E6)

“Os familiares mais próximos trabalham todos, ajudam no que podem...” (E7)

Um número elevado de companheiros, cinco, não refere qualquer preconceito na realização das actividades domésticas no intuito de ajudar a sua companheira na recuperação.

“Eu próprio faço as lidas da casa...” (E1)

“As tarefas domésticas não são um problema.” (E5)

“Quando necessário eu já ajudo nas lides domésticas...” (E6)

“É a minha nora quem toma conta da lida da casa.” (E3)

“... Terei de ajudar mais na realização das actividades domésticas...” (E7)

As descrições de cumplicidade e apoio relatadas pelos participantes, referentes ao cuidar da companheira doente, reforçam a relação conjugal aparentemente sólida. Salientamos a disponibilidade física e psicológica para acompanhar a companheira no seu longo processo de recuperação, o que vem ao encontro de (Wal *et al.*, 2005) sobre a forma de venvenciar a conjugalidade.

Um dos factores que também ajudaram em muito os companheiros e os tranquilizou foi a atitude de compreensão e carinho dos outros membros da família, depositando neles confiança e um prolongamento dos seus cuidados.

Concluimos que nesta fase inicial da doença existe uma disponibilidade total do companheiro para ajudar a sua companheira naquilo que tem ao seu alcance, expressando sentimentos de carinho e interajuda no desempenho de novos papeis até então realizados pela companheira. O que contraria e Williamson, Shaffer e Schulz (1998) que mencionam sobre os companheiros que prestam cuidados às suas mulheres, os quais por verem a sua rotina alterada pela restrição das suas actividades, podem desencadear stress e estados depressivos.

Quadro 7 – Apoio à mulher mastectomizada

Necessidades de apoio
“Não sei, ...” (E1)
“ Sim, ...ela precisa de alguém, ...” (E2)
“Penso que não, ...moramos com o nosso filho e nora, ...” (E3)
“Penso que não, ... está habituada a fazer as coisas sozinha, ...” (E4)
“Acho que não, ...estamos os dois na mesma luta, ...” (E5)
“Acho que não, ... ajudamos um ao outro, ...” (E6)
“Penso que sim, está muito assustada, ...a minha ajuda não será suficiente, ...”(E7)

Constatámos que quatro companheiros não percebem a necessidade de apoio, manifestando vontade e determinação em ajudar no que estiver ao seu alcance. Verbalizam sentimentos de protecção e ajuda mútua.

“Penso que não, ..., moramos com o nosso filho e nora, ...” (E3)

“Penso que não, ..., está habituada a fazer as coisas sozinha, ...” (E4)

“Acho que não, ..., estamos os dois na mesma luta, ...” (E5)

“Acho que não, ..., ajudamos um ao outro, ...” (E6)

Dois dos participantes referem a necessidade de apoio, não sabendo especificar que tipo de apoio. Aceitam com naturalidade a sua incapacidade para dar apoio.

“Sim, ... ela precisa de alguém, ...” (E2)

“Penso que sim, está muito assustada, ..., a minha ajuda não será suficiente, ...” (E7)

Efectivamente, a maioria considera que pensa que não haverá necessidade de, recorrer ao apoio de um técnico especializado para minimizar os efeitos da mastectomia na mulher, mas como já referimos, este estudo é desenvolvido no pós-operatório imediato.

Apesar do impacto que uma mastectomia causa na mulher e conseqüentemente na família, a imagem transmitida pelos maridos/companheiros é de que acaba por talvez não ser necessário recorrer ao apoio de ninguém, pois, de um modo geral, a família directa exerce essa função. Salientamos que apenas na entrevista E7 é apresentada essa intenção, pois a ajuda do marido no entender do entrevistado, não é suficiente.

Quadro 8 – Impacto da mastectomia na vida do casal

Subcategorias	Categoria: Impacto da mastectomia							Unidade Quantificação
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	
Afecta								0
Não afecta	●	●	●	●	●	●	●	7

Confrontados com o facto de a mastectomia ser uma realidade, os participantes assimilam esse facto e consolidam a ideia que nestes contextos que estão a vivenciar a perda da mama não afectará a sua intimidade como casal. Destes relatos emerge o sentimento de companheirismo e dedicação dos maridos/companheiros, para quem a nova imagem física da mulher assume um segundo plano.

“No nosso caso, a perda da mama não afecta o nosso relacionamento, ...” (E1)

“Acho que não, ... não estou com ela pelo corpo mas pelo companheirismo”. (E2)

“Acho que não, eu já sou velho, ..., a falta da mama não altera em nada, ...” (E3), “Acho que não, ..., não é problema para mim, ...” (E4)

“Não, nesta idade o aspecto físico não é determinante, a perda da mama não abala a nossa cumplicidade e respeito que sentimos um pelo outro.” (E6)

Nesta fase crítica da vida, todos os companheiros são unânimes em reforçar a ideia de companheirismo e cumplicidade em relação às suas companheiras. Reiteram que o corpo físico, símbolo erótico, não afecta o seu relacionamento. Conforme a doença evolui, esta vai obrigando as doentes e seus companheiros a reorganizarem os seus papéis, as suas rotinas e as dinâmicas no seio da família. Como refere Oliveira (2004) *“é preciso não dissociar a mulher da sua família e muito principalmente, do seu marido, dado o papel importante que este desempenha”*. Cada casal responde às dificuldades de uma forma muito particular ou, simplesmente, não é capaz de enfrentar o problema.

2- CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Nos capítulos anteriores descrevemos todo o percurso do estudo realizado, procurámos ser claros e apresentar todo o percurso desenvolvido. Neste capítulo pretendemos apresentar as principais conclusões do estudo.

Com o presente estudo, tentamos compreender as vivências do companheiro da mulher submetida a mastectomia nos primeiros dias pós-cirurgia. Agora é chegado o momento de reflectir sobre os aspectos mais significativos do mesmo, no sentido de encontrarmos novas respostas ou respostas diferentes para o assunto em estudo, não pretendendo, no entanto, fazer generalizações, pois os significados encontrados dizem respeito a vivências particulares e únicas.

Sendo nosso objectivo situarmo-nos no mundo vivido dos participantes, optámos por utilizar o modelo analítico qualitativo, versando questões relacionadas com a vida das pessoas e os significados que as mesmas atribuem ao seu contexto, com orientação fenomenológica. Tendo em conta os pressupostos da metodologia utilizada, tentámos compreender as experiências vividas através dos relatos feitos pelos sujeitos que as vivenciaram.

O processo de vivenciar uma doença oncológica numa fase da vida provoca mudanças profundas no quotidiano da unidade familiar. Essas alterações não são sentidas só por quem fica doente, mas também pelo seu companheiro, como depreendemos deste estudo. Da análise dos dados emergiu uma realidade camuflada, o silêncio e o sofrimento do companheiro da mulher submetida a mastectomia. Na verdade, verificámos pelos relatos dos participantes a espontaneidade e veracidade dos sentimentos como o **medo**, **perda e solidão** quando confrontados com a dura realidade do cancro da mama da sua companheira. Desenhando-se uma vivência abstracta e irreal, conduzindo a uma certeza quase absoluta de perda da companheira causada pelo cancro. Palavra que assume uma conotação assustadora, expressada por eles na vivência de um momento particular e difícil da sua vida. Neste sentido fomos à descoberta das experiências vividas pelos companheiros perante a mastectomia das suas mulheres. É de salientar que todos os companheiros referem a amizade e cumplicidade entre o casal como suporte para reorganizar esta nova realidade com que foram confrontados. Ficou demonstrado que essa cumplicidade e amizade foram a base por eles encontrada para lutarem contra a doença das suas companheiras, evidenciando coragem, esperança e determinação em serem eles a base de apoio e conforto das suas companheiras. Referem estar dispostos

a apoiar nas actividades domésticas e, muito importante, se o seu trabalho permitir acompanhá-las às consultas e tratamentos. Os companheiros referem que o que preocupa as suas mulheres é o medo da morte, sentimento partilhado por eles. É de salientar neste estudo que a amputação da mama, símbolo de erotismo, parece não alterar a concepção que eles têm do corpo da sua companheira. Reforçam que a sua intimidade não será afectada com a perda da mama.

Consideramos que a pesquisa correspondeu às finalidades pretendidas, reconhecendo, no entanto, que pretendíamos após a pesquisa realizada compreender a necessidade da intervenção de enfermagem dirigida para o companheiro da mulher submetida a mastectomia. Esta finalidade adquiriu mais sentido ao termos a percepção, através da análise das entrevistas, que os enfermeiros não foram considerados em todo o processo de adaptação do companheiro à doença da sua companheira.

O trabalho de campo apresentado colocou-nos perante uma realidade ainda mais complexa do que supnhamos, levantando novas questões, mas ao mesmo tempo confirmando que se trata de uma relevante problemática para a intervenção de enfermagem, com perspectivas de contribuir para a construção de conhecimento nesta área científica. Com o término deste trabalho, um toque de reflexão acentuou na nossa convicção que a formação dos profissionais de enfermagem terá de ser alicerçada, sem dúvida, na investigação sobre a prática, ou seja, os intervenientes na formação têm de estar vinculados com a natureza específica dos cuidados de enfermagem.

É nas respostas à pessoa e à sua família para esta situação específica que o enfermeiro tem um papel primordial, fazendo parte integrante da equipa multidisciplinar de acompanhamento da mulher mastectomizada e cônjuge, valorizando as vivências e sentimentos do companheiro perante a doente e compreender/ajudar o conjugue a reorganizar-se para receber a mulher no seu regresso a casa.

A enfermagem está fortemente relacionada com o cuidar da pessoa total, cuidar de uma forma especial e o valor da enfermagem resulta da forma como os enfermeiros são capazes de detectar as necessidades da pessoa, planear, programar e desenvolver os cuidados, utilizando recursos científicos, técnicos e, sobretudo, afectivos.

O cuidar ao envolver o uso da relação assume uma particular importância na medida em que é pela dinâmica da relação que o enfermeiro conhece e compreende o companheiro, porque jamais se poderá esquecer que se encontra numa situação única e delicada, uma vez que lida com aspectos íntimos da pessoa, sendo tais factos em si mesmos de grande valor terapêutico. Por outro lado, um profissional de enfermagem vivência algo que lhe é extremamente gratificante, o sentimento de que, só por si, tem um valor terapêutico.

Neste âmbito, sugerimos que sejam realizados estudos focando a problemática do cuidar do cônjuge envolvendo-o no processo de assistência à sua companheira, uma vez que foi uma área totalmente negligenciada pelo enfermeiro no processo de cuidar. Deveríamos ter presente que a prestação de cuidados não deve apenas focar a sua atenção na pessoa doente, mas englobar a pessoa mais próxima que, também, necessita de compreensão e ajuda para a ultrapassar este novo estado de saúde da sua companheira. Hoje os cuidados, centrados no núcleo familiar nuclear são, mais do que nunca, um desafio para os enfermeiros, na afirmação da enfermagem como ciência e utilização dos indicadores como qualidade dos cuidados prestados.

Seria interessante aprofundar a problemática sobre as necessidades de ajuda ao cônjuge após o regresso a casa da mulher mastectomizada. Comparar se os dados obtidos na entrevista realizada no pós-operatório imediato se mantêm ou foram alterados, face ao contexto real: alteração de imagem, acompanhamento do marido aos restantes tratamentos, necessidades de apoios, familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOIM, Sofia – **Conjugalidades em mudança: percursos e dinâmicas da vida a dois**. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2006. ISBN 972-671-170-3.

ALARCÃO, Madalena – **(Des)equilíbrios familiares**. 3.^a ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2006. ISBN 9789895580675.

ALMEIDA, V. – **Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama**. Campinas. Estudos de Psicologia. Vol. XXI, nº 3 (2004), p. 203-210

AZEVEDO, Cidália – **Mastectomia e sexualidade**. Divulgação. Porto. Nº 36 (Out. 1995), p. 6 -12.

BANDI P.; MICHELLE, B., BRINTON, L., Buchert, S., Calle, E., Cokkinides, V., *et al.* **Breast cancer facts & figures 2007-2008 [em linha]**. American Cancer Society, 1-32, 2008.

[Consult. em 28 de Nov. 2008]. Disponível em:

http://www.cancer.org/docroot/STT/stt_0_2007.asp?sitearea=STT&level=1.

BARDIN, Laurence – **Análise de conteúdo**. 4.^a ed. Lisboa: Edições 70 Lda., 2008. ISBN 978-972-44-1506-2.

BARROS, Luísa; JOYCE, Luís – **Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenções**. Porto: Edições Asa, 2005. 59 -76, 127 - 158, 303 - 321 p. ISBN 9724141225.

BENNETT, P. – **Introdução clínica à psicologia da saúde**. Lisboa: Manuais Universitários, 2002. ISBN 972-796-033-2.

BENTO, M. – **Registo oncológico 2006**. Porto: Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil. 2006. 18-12 p.

BILRO, M; CRUZ, Arménio – **Enfermagem oncológica**. Coimbra: Formasau, 2004. ISBN 972-8485-41-7.

BOEMER, Magali Roseira – **A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica**. Revista Latino-americana de. Enfermagem. ISSN 0104-1169. Vol 2, nº 1 (Jan., 1994) p.83-94.

BORDO, Susan – **O corpo do homem: um novo olhar sobre o sexo, o casamento e a imagem pública**. Lisboa: Editorial Noticias, 2002. ISBN 972-46-1218-X.

BOGDAN, Robert C; BIKLEN, Sari K. – **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN 972-0-34112-2.

BRAGA, Flávio; LINS, Regina Navarro – **O livro de ouro do sexo**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005. ISBN 85-00-01633-7.

BRUGES, Lisete – **Mastectomia e autoconceito**. Loures: Lusociência, 2007. ISBN 9728930275.

CABRAL, João Pina – **O homem na família: cinco ensaios de antropologia**. Lisboa: Imprensa da Ciências Sónias.2003.

CARDOSO, Rui Mota – **A outra metade da medicina: monografias breves de psicologia médica**. Lisboa: Climepsi Editores, 1998. 79-93 p. ISBN 972-8449-13-5.

CIANCIARULLO, Tâmara – **Enfermagem oncológica**. Tamboré: Editora Manole , 2007. 21-47, 141-145, 256-265 p. ISBN 85-204-2209-8.

COLLÈRE, Marie Françoise – **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. ISBN 972-95420-0-7.

COMPAS, B. ; STOLL, M., THOMSEN, A.; OPPEDISANO, G.; EPPING-JORDAN – **Adjustment to breast cancer: age-related differences in coping and emotional distress. Cancer Research and treatment. Nº 54, (1999), p. 195-203.**

COSTA, Ribeiro; M. Teresa; M. Emília – **Estilos de vinculação, papéis sexuais, género e satisfação conjugal: um estudo em casais portugueses**. Cadernos de Consulta Psicológica. Porto. ISSN 0871-7516. Nº 17-18, (2001/2002), p.197-214.

COSTA, Ribeiro; NARCISO, Isabel – **Percursos de mudança na qualidade conjugal fragmentos de um estudo sobre conjugalidades satisfeitas**. Cadernos de Consulta Psicológica. Porto. ISSN 0871-7516. Nº 17-18, (MÊS.2001/2002), p.181-195.

CRANE, R – **Cancro da mama**.In: Otto. Enfermagem em oncologia. 3.^a ed. Lisboa. Lusociência, 2000. 89 -118 p.

Dalton, W., Nelson, D., Brobst, J., Lindsay, J., & Friedman, L. – **Psychosocial variables associated with husbands adjustment three months following wives' diagnosis of breast cancer**. *Journal of Cancer Education.*, Nº 22, (2007), p. 245-249.

DIAS, Maria do Rosário – **A desmistificação da bata branca na pessoa doente**. Divulgação. Porto.Nº 30, (Abr.1994), p. 4-8. 1995.

DIAS, Maria do Rosário – **A Esmeralda perdida: a informação ao doente com cancro da mama**. Lisboa: Instituto Superior Técnico, 1997. ISBN 972-796-178-9.

DIAS, Maria do Rosário; DÚRA, Estrella – **Territórios da psicologia oncológica**. Lisboa: Climpsi Editores, 2002. 213-320, 427-491 p. ISBN 972-796-018-9.

DUARTE, Deolinda Lopes – **Auto conceito da mulher mastectomizada: actuação do enfermeiro**. Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844.Nº3 (Mai.1995). P.19-24

DUARTE, T. ANDRADE, A. – **Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade [em linha]**. Estudos de Psicologia, 8 (1), 155-163 (2003). [Consult. 30 de Nov. 2007]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2003000100017&lng=pt&nrm=iso

FERREIRA, Luís Miguel Ribeiro – **Emoções e estratégias de coping face ao diagnóstico de doença oncológica**. Tese de mestrado, apresentado no Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. 2006.

FISHER, Hellen – **A anatomia do amor: a história natural da monogamia, do adultério e do divórcio**. Lisboa: Dom Quixote, 1994. ISBN 85-85738-02-2.

FISHER, Hellen – **Por que amamos?** Editora Record, 2006. ISBN 8501071838.

FORTIN, Marie Fabienne – **O Processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.

GERBER, Rod; McCOSTER, Heather; BARNARD, Alan – **Phenomenography: a qualitative research approach for exploring understanding in health care**. *Sage Publications*. Vol.9, nº2 (1999), p. 212-226.

GIL, António Carlos – **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ª. Ed. São Paulo: Editora Atlas, 1995.

GOMES, Francisco Allen – **Paixão amor e sexo**. Lisboa: Dom Quixote, 2004. 19-55 p. ISBN 972-20-2753-3.

GUERRA, E. Ibanez; REYTES, Romero R. – **Cambio de la imagen corporal en el paciente neoplásico**. Madrid. Editorial Médica Panamericana, 1996. 837-856 p.

GUERRA, Isabel Carvalho – **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo**. Estoril: Príncipia Editora, 2006. ISBN 972-8818-66-1.

KADMON, I., GANZ, F., ROM M., & WRUBLE, W. – **Social marital and sexual adjustment of israeli men whose wives were diagnosed with breast cancer**. *Oncology Nursing Forum*. Nº 35 (2008), p. 131-135.

KRISTJANSON, L. J.; ASHCROFT – **The family's cancer journey. Literature review**. *Câncer Nursing*. Nº 17 (1994) p. 1-17.

LEWIS, F.; COCHRANE, B.; FANN, J. – **Predictors of depressed mood in spouses of women with breast cancer**. *Journal of clinical Oncology*. Nº 8, 26 (2008), p. 1289-1295.

LIGA PORTUGUESA CONTRA O CANCRO [em linha]. Lisboa (2008). [Consult. em 2 de Jan. 2008]. Disponível em: <http://www.ligacontracancro.pt/>.

LOPES, Manuel José – **A integração do doente oncológico no seu meio bio-sócio-familiar**. Enfermagem em Foco. Lisboa. ISSN 0871-8008. Nº 28 (Nov.1997), p. 25-29

LOPES, Manuel José – **A relação enfermeiro doente como intervenção terapêutica**. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-6-X.

LOPES, Maria da Graça; P. Cristina – **O Doente oncológico e a sua família**. 2.^a ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2005 p. 71-94. ISBN 972-796-195-9.

LOPES, Pereira – **O corpo da pessoa: que lugar ocupa nos cuidados de enfermagem?** Nursing Edição Portuguesa, ISSN 0871 - 6196. Nº 138 (Nov.1999). p. 20-24.

LOPES, Carlos; RIBEIRO, José; SANTOS, Célia – **Estudo de adaptação da escala de ajustamento mental ao cancro de um familiar**. Revista Psicologia, Saúde & doenças. ISSN 1645-0086. Vol.7, nº 1 (Jul. 2006) p. 29-55.

MANNE, S.; BADR, H. – **Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer**. *Cancer Supplement*. Nº11, (2008), p. 2541-2555.

MATOS, Virgínia Costa – **Elevação: vencer o cancro**. 2.^a ed. Cascais: Azula, 2002.

MERLEAU-PONTY, Maurice – **Fenomenologia da percepção**. S. Paulo: Fontes, 1996. 1-277 p. ISBN 85-336-0291-X.

MORRIS, Desmond – **Os Sexos humanos: uma história natural do homem e da mulher**. Lisboa: Terramar, 1998.

NORTE, Helena – **Metade dos portugueses serão atingidos por cancro**. Jornal de notícias. Porto Nº153 (Nov. 2008), p. 2-3.

NORTHOUSE, L.; GOLDEN, H. – **Cancer and the family: strategies to assist spouses**. *Seminars in Oncology Nursing*. Vol.2, nº 9, (1993). p. 72-82.

NUNES, Maria Jesus; NEVES, Maria da Ajuda – **A mulher mastectomizada. Que reacções? Que consequências?** Nursing Portuguesa, ISSN 0871-6196. Nº 112 (Jun.1997), p .19-22.

OGDEN, Joy – **Compreender o cancro da mama.** Lisboa: Climepsi Editores, 2004. ISBN 972-796-134-7.

OLIVEIRA, Irene – **Vivências da mulher mastectomizada: abordagem fenomenológica da relação com o corpo.** Vila Nova de Gaia: Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição, 2004. ISBN 972-99144-0-0.

PAULA, Sheila T. Costa – **A Vivência da conjugalidade após o diagnóstico de câncer da mama [em linha].** [Consult. 30 de Set. 2008]. Disponível em: www.sbpo.org.br/produção/vivência.pdf-20/06/07.

PEREIRA, António Santos – **Até que a sorte nos separe.** Porto: Âmbar, 2009. 13-34 p. ISBN 978-972-43-1364-1.

PEREIRA, Maria Aurora G – **Comunicação das más notícias em saúde e gestão do luto.** Tese de doutoramento, apresentada na Faculdade de Ciências da Educação, Universidade do Porto. 2005.p. 39-60.

PERREIRA, M. G.; Matos, P.– **Áreas de intervenção na doença oncológica.** In: PEREIRA, Maria da Graça; LOPES, Cristina – **O Doente oncológico e a sua família.** Lisboa: Climepsi Editores, 2002. 15-30, 71-100 p. ISBN 972 – 796-195-9.

PEREIRA, Maria da Graça; LOPES, Cristina – **O Doente oncológico e a sua família.** Lisboa: Climepsi Editores, 2002. 15-30, 71-100 p. ISBN 972 – 796-195-9.

PATOCKA – **Introducción a la fenomenologia.** Barcelona: Herder Editorial, 2005. ISBN 84-254-2333-3.

THINÉS, Georges; LEMPEREUR, Agnès – **Dicionário geral das ciências humanas.** Lisboa: Edições 70, 1984.

PINTO, José Madureira; SILVA, Augusto Santos – **Metodologia das ciências sociais.** Porto: Edições Afrontamento, 1986. ISBN 972-360-503-1.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. – **Investigacion científica en ciências de la salud**. 2ª.ed. México. Interamericana. 1985. ISBN 970-10-1152-X.

RAMINHOS, João André – **Impacto do diagnóstico da doença oncológica no indivíduo**. Enfermagem Oncológica. Porto. ISSN 0873-5689. Nº 26 e 27 (Abr-Juh. 2003) p. 26-30.

RAMINHOS, João André – **Mitos e representações sociais ligados à doença oncológica**. Enfermagem Oncológica. Porto. ISSN 0873-5689. Nº 28 e 29 (Out. 2004) p. 22-25.

RELVAS, Ana Paula – **Novas forma de família**. Coimbra: Quarteto, 2002. ISBN 9789895580859.

RIBEIRO, Agostinho – **O Corpo que somos aparência sensualidade e comunicação**. Cruz Quebrada: Casa das Letras, 2005. ISBN 972-46-1434-4.

RIBEIRO, Agostinho – **O Corpo vai ao psicológico**. Porto Cadernos de Consulta Psicológica. Porto. ISSN 0871-7516. Nº 12, (1996), p.39-44.

RIBEIRO, J. – **Introdução à psicologia da saúde**. Coimbra: Quarteto, 2007. ISBN 9895580452.

RIBEIRO, J. – **Metodologia da investigação em psicologia e saúde**. Lisboa: Livpsic, 2007. ISBN 9728082770.

RIBEIRO, Matos – **O cancro da mama: um estudo sobre a qualidade de vida**. Nursing Portuguesa. Nº 15 (174) (2003) p. 8-12.

ROGRIGUES, David – **O corpo que (des) conhecemos**. Cruz Quebrada: Faculdade Motricidade Humana, 2005. ISBN 9727351220.

SANDRES, Eva Maria – **Tive um cancro e curei-me**. Âmbar, 2003.

SANTOS, Álvaro Miranda – Corpo, situação motivante. In *Psiquiatria Clínica*. Vol. 2, supl. (1981). p 75-78

SANTOS, Célia – **Doença oncológica: representações, coping e qualidade de vida**. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-77-8.

SAÚDE, Direcção-Geral – **Guia de apoio à mulher com cancro da mama**. Lisboa: Direcção-Geral, 2003.

SILVA, Paulo Cunha – **O lugar do corpo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1999. 21-32 p. ISBN 972-771-076-X.

SILVESTRE, Luís – **O cancro sob controlo**. Revista Sábado.Nº 253 (Março, 2009). p. 39-45.

STREUBERT, Helen; CARPENETR, Dona – **Investigação qualitativa em enfermagem, avançada o imperativo humanista**. 2.^a ed. Lisboa: Lusociência, 2005.

TORRES, A. – **Casamento: conversa e duas vozes e em três andamentos**. In. *Análise Social* nº 163, [S.l.], 2002. 569-602 p.

UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CANCRO. **TNM – Tumor, nodes, metastasis [em linha]**. 2007. [Consult. em 15 de Dez. 2007]. Disponível em: <http://www.uicc.org/index.php? Id=508>.

VALA, Jorge; SILVA, Abilrugusto S; PINTO, José M. – **Metodologia das ciências sociais**. 6.^a ed. Porto: Edições Afrontamento, 1986. 101-128 p.

VARELA, Francisco – **L` inscription corporelle de l`esprit: siéncie cognitivas et expérience humaine**. Paris: Édition du Seuil, 1993.

VINERBA, Roberta – **Se isto é amor... abc da afectividade e da sexualidade**. Águeda: Paulinas Editoras, 2009. 50-76 p. ISBN 978-972-751-991-0.

WALL, Karin – **Famílias em Portugal: percursos, interacções, redes sociais**. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais, 2005. 35-106, 115-130 p. ISBN 9726711614.

WEITZNER, M.A.; Mc.MILLAN, S.C. – **The family caregiver quality of life: revalidation in a home hospital setting.** *Journal of Palliative care*, N° 15 (1999) p. 13-20.

WEITZNER, M.A.; Mc.MILLAN, S.C., JACOBSEN, P. B. – **The family caregiver quality of life: differences between curative and palliative cancer treatment setting.** *Journal of Pain and Symptom Management*. N° 17 (1999) p. 418-427.

WILLIAMSON, G. M.; SHAFFER, D.; SCHULZ– **Activity restriction and prior relationship history as contributors to mental health outcomes among middle-aged and older spousal caregivers.** *Health Psychology*. Vol. 2, n° 17, (1998), p. 152-162

ANEXOS

ANEXO I

Autorização do Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Póvoa de
Varzim/Vila do Conde para a recolha de dados por entrevistas



CENTRO HOSPITALAR
PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE



Ministério da Saúde

Manuel Carvalho
Vogal executivo do C. A.

Dr. Torcato Santos
Presidente do C. A.

Eduardo Gastão Ramos
Vogal executivo do C. A.

Clarisse Martins
Enfermeira Directora

Dr. Gil da Costa
Director Clínico

Exmos Senhores

Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde

Clarisse Martins
Enfermeira Directora

Dr. Gil da Costa
Director Clínico

A Comissão de Ética em reuniões extraordinárias efectuadas em 13/3/08
presente data analisou o pedido de autorização para realizar estudos
utilizando métodos / equipamentos de ultrassom submetidos a
técnicas e durante o intercâmbio destas, pedidos este forma-
lizados pela senhora enfermeira chefe de grupo Gabriela Janic
Costa e Silva.

Após análise e discussão do pedido com respeito ao projecto
e queixas de entrevistados, a Comissão de Ética entendeu por
razões de saúde, não haver qualquer objecção do ponto de
vista ético à realização dos referidos trabalhos de investigação,
com os seguintes condicionantes:

Póvoa de Varzim, 12 de Março de 2008

Pelo Conselho de Ética

Jorge Tavares Jesus

ANEXO II
Guião de Orientação para a Entrevista

ANEXO III

Matriz Global dos Sistemas de Categorias e Subcategorias

Categoria	SubCategoria
Reacção à notícia	<ul style="list-style-type: none"> • Choque / Angústia • Medo / Solidão / Desânimo • Receios / Desorientação • Esperança / Optimismo
Informação obtida e quem fornece informação	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação social • Médico de família / Cirurgião
Reacção à cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplicidade / Amizade • Medo/Solidão • Medo do futuro • Perda • Apoio / Optimismo
Pós-operatório	<ul style="list-style-type: none"> • Perda • Imagem / Bem-estar • Apoio / Futuro
O que mais preocupa a esposa/companheira	<ul style="list-style-type: none"> • Imagem / Rejeição • Morte • Dor • Apoiar a família
Regresso a casa	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento / Cumplicidade • Apoio familiar • Apoio nas tarefas domésticas

ANEXO IV

Matriz Global dos Sistemas de Unidades de Quantificação

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	
Reacção à notícia	<ul style="list-style-type: none"> • Choque/Angústia 	<p>“Naquela altura o sentimento foi de perda total...” (E3), “...senti como que uma revolta interior...” (E3)</p> <p>“ Nunca pude imaginar em viver uma situação destas...” (E2)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Medo/Solidão/Desânimo 	<p>“... pior que a minha esposa,..., sinto a falta dela...”(E1)</p> <p>“Um misto de medo e desorientação...” (E2)</p> <p>“O meu medo e o dela era não resistir à operação a minha mulher já tem 76 anos” (E3)</p> <p>“... numa fase de muita incerteza,..., nunca pensei que nesta idade a minha esposa poderia ter um cancro da mama” (E7)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Receios/Desorientação 	<p>“Muito confuso, ..., estou de baixa não consigo trabalhar”. (E1)</p> <p>“... antes de ela ser operada “esmoreci” um bocado... Agora vejo que ela está sem dores anda a pé, mexe bem o braço o resto é ela que sente...”(E4)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Esperança/Otimismo 	<p>“...tenho de enfrentar a situação. Toca a todos, desta vez foi a mim, à minha esposa...” (E5)</p> <p>“Tenho a minha família, os meus filhos, quatro irmãos e os irmãos da minha esposa... vamos ultrapassar, com ajuda de todos.” (E5).</p> <p>“Não estou muito assustado, ..., tenho de encarar com naturalidade. Estamos os dois juntos, será mais uma etapa da nossa vida.” (E6)</p>

<p>Informação obtida e quem fornece informação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação social 	<p>“O cancro da mama está muito divulgado pela comunicação social...” (E2)</p> <p>“... tudo o que sei acerca deste problema é da televisão, por isso alertei a minha esposa.” (E4)</p> <p>“Tinha uma vaga ideia sobre o cancro de mama através da televisão e jornais...” (E7)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Médico de família/Cirurgião 	<p>“Foi o médico que falou comigo e com a minha esposa” (E1)</p> <p>“... falou abertamente em todas as possibilidades”. (E1)</p> <p>“... o cirurgião permitiu que eu e a minha companheira expuséssemos os nossos receios e angústias, foi uma pessoa que soube escutar, confortar e acima de tudo não escondeu nada”. (E2)</p> <p>“O médico de família disse que era só um quisto pequeno, aqui no hospital o médico falou que poderia retirar a mama, ..., mas só no dia da operação é que sabia.” (E3)</p> <p>“O médico foi uma belíssima pessoa, explicou tudo, que ela tinha um cancro... tinha de fazer quimioterapia e só depois era operada e ia retirar a mama... deu-nos força para enfrentar a situação”. (E5)</p> <p>“...ele falou connosco abertamente, foi franco só depois de submeter a minha esposa a uma série de exames é que nos disse que ela iria tirar a mama.” (E6)</p> <p>“Quem me informou e esclareceu foi o cirurgião...percebeu que ambos estávamos perplexos e muito assustados, no entanto não escondeu nada”. (E7)</p>

Reacção à cirurgia

- Cumplicidade/Amizade

“Conversei com a minha esposa, ...existe uma grande amizade entre nós, não me incomoda nada se ela ficar sem a mama...” (E1)

“... neste momento temo-nos um ao outro,..., um relacionamento construído numa base mais emocional do que físico...”(E2)

“..., existe uma grande cumplicidade e respeito um pelo outro, uma amizade profunda, o aspecto físico passou a secundário...” (E6)
- Medo do futuro

“mas o futuro,..., queríamos gozar um pouco. Fico sem nada.” (E1)

“O que nos aflige neste momento é pensar que o nosso projecto de vida vai desmoronar-se”. (E2)

“Dizem que alguns homens deixam as mulheres depois de operadas, ... queremos é fazer companhia um ao outro”. (E3)

“... foi um período de silêncios não pela perda da mama em si, mas pelo sentimento... estávamos perante uma nova realidade, a presença da morte”. (E7)
- Perda

“... tinha algum receio que ela morresse, pois ela é a minha companhia”. (E3)

“... só quero que ela fique bem, que não morra...”(E4)

“O que me preocupa é ela não conseguir recuperar, ... possa vir a falecer”. (E6)

“...o que me preocupa é eu perder a minha esposa...” (E7).

	<ul style="list-style-type: none"> Apoio/Optimismo 	<p>“Não me preocupa que ela fique sem a mama, já não vamos ter filhos, ...ficar sem a mama não me aflige, ...a minha mulher ficou mais aliviada, mais confortada”. (E4)</p> <p>“..., demo-nos sempre bem, não era por ela ficar sem a mama que iria alterar nada,..., não é por falta da mama que deixo de gostar dela”. (E4)</p> <p>“..., ficar sem a mama não irá alterar a nossa intimidade...somos um para o outro...”(E6)</p>
<p>Pós-Operatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> Perda 	<p>“A sua perda ... queria estar com ela para ver os netos crescer”. (E1)</p> <p>“Neste momento o que me preocupa é o que lhe vai acontecer, ..., quantos anos vamos viver juntos”. (E3)</p> <p>“O que me preocupa mais é que ela dure muitos anos...” (E5)</p> <p>“... o que me preocupa será o resultado da anatomia patológica, se ela terá muitos anos de vida. Tenho fé que ela fique bem e possamos voltar à nossa vida...” (E6)</p> <p>”...Será que a mãe estará viva para o educar...” (E7)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Imagem/Bem-estar 	<p>“O que mais me preocupa é que ela fique bem, não tenho qualquer impressão sobre a cicatriz”. (E4)</p> <p>“..., verifico que ela está bem, sente-se bem, animada... penso que vai continuar a trabalhar,... a imagem que tenho dela não se alterou”. (E5)</p> <p>“...neste momento não estou focalizado na imagem física...” (E7)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Apoio/Futuro 	<p>“Temos um filho, será que a mãe estará viva para o educar? São estas as minhas preocupações”. (E7)</p>

O que mais preocupa a esposa/companheira	<ul style="list-style-type: none"> • Imagem/Rejeição 	<p>“... depois de eu dizer,..., ficar sem a mama não me preocupava... notei nela que ficou mais satisfeita...” (E4)</p> <p>“... neste momento a imagem não a preocupa mas o ficar bem”. (E5)</p> <p>... é natural que se preocupe com a sua imagem,...”(E7)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Morte 	<p>“Não tenho cabeça para pensar, ..., só penso que ela vai morrer...” (E1)</p> <p>“O medo dela foi sempre a morte...” (E3)</p> <p>“Penso que o medo de morrer é uma preocupação apesar do meu apoio”. (E5)</p> <p>“...acho que o que a preocupa é a morte, não conseguir vencer o cancro de mama, ... o pensamento da morte é o dominante...” (E6)</p> <p>“É um período angustiante não consegue afastar a ideia de um sofrimento prolongado e uma morte anunciada”. (E7)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Dor 	<p>“Ela tem muito medo de ter dores, ...mas está mais calma...” (E4)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar a família 	<p>“... deixar de trabalhar, de contribuir para as despesas... não poder-me dar um filho” .(E2)</p>