UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**Sentidos construídos para o relacionamento conjugal na vivência do câncer
de mama feminino**

Cintia Bragheto Ferreira

Ribeirão Preto

2007

CINTIA BRAGHETO FERREIRA

**Sentidos construídos para o relacionamento conjugal na vivência do câncer de mama
feminino**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Enfermagem em
Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Pública.

Inserida na linha de pesquisa: Assistência à Saúde
da Mulher no Ciclo Vital.

Orientadora:

Prof.^a Dra. Ana Maria de Almeida

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha Catalográfica

FERREIRA, CINTIA BRAGHETO

Sentidos construídos para o relacionamento conjugal na vivência do câncer de mama feminino. Ribeirão Preto, 2007.

125 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Almeida, Ana Maria de.

1. Neoplasia Mamária. 2. Casamento. 3. Significado.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Cintia Bragheto Ferreira

Sentidos construídos para o relacionamento conjugal na vivência do câncer de mama feminino

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Enfermagem em
Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Pública.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais queridos: a vocês toda a minha gratidão. Muito obrigada por terem sido sempre tão criativos e persistentes, o que talvez tenha possibilitado o despertar do meu interesse em fazer pesquisa.

Ao Vicente, meu marido, por me ensinar que precisamos dos sonhos para viver, como este trabalho concluído.

Aos meus irmãos Hugo e Raul, por sempre terem valorizado muito todos os meus trabalhos.

Ao meu avô Manoel, pelos ensinamentos sobre o valor das palavras.

À Prof.^a Dra. Ana Maria de Almeida, muito obrigada por ter me acompanhado durante tantos anos com muita confiança em meu potencial, permitindo que eu me desenvolvesse com liberdade e responsabilidade de escolhas. Virtudes que te fazem uma grande mestra.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dra. Rita de Cássia Gandini e à Prof.^a Ms. Tânia Mendonça Marques, pelas primeiras referências profissionais sobre o cuidado psicológico das mulheres com câncer de mama.

À Prof.^a Dra. Maria das Graças B. de Carvalho, por ter participado de forma tão afetuosa em meu direcionamento profissional.

À Prof.^a Dra. Maria José Clapis, pela calorosa acolhida pessoal e profissional, gesto que me motivou a entrar na pós-graduação.

À Marisa Elias, pelos incontáveis momentos de acolhida, diante dos quais sempre foi possível seguir mais adiante.

A todos os profissionais e amigos queridos que compõem o REMA, pelo exercício do trabalho em equipe.

Ao Leonardo, que mesmo em meio à distância, se fez presente em todos os momentos.

À Antonieta, pela generosidade, amizade e presença constantes.

À Lenita, pelos inúmeros momentos significativos que vivenciamos juntas.

À Prof.^a Dra. Marislei Sanches Panobianco, pelos exemplos de perseverança.

À Prof.^a Dra. Marcia Maria Fontão Zago, pelos textos sempre tão enriquecedores.

À Prof.^a Dra. Marli Villela Mamede, pelas valiosas sugestões para a conclusão da versão definitiva do projeto desta investigação.

Ao Prof. Dr. Emerson F. Rases, pela disponibilidade e convivência amigáveis constantes. Por apontar ainda tantas possibilidades construcionistas que contribuíram enormemente para a realização deste trabalho.

À Prof.^a Dra. Ana Márcia Spanó Nakano, Prof.^a Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim e Prof.^a Dra. Carla Guanaes, pelos relevantes ensinamentos sobre o fazer pesquisa.

À Marisa Silva Amaral, pela presença espanhola.

A todos os casais participantes deste estudo, pela disposição em nos revelar histórias tão lindas e dolorosas.

A todos os funcionários da EERP-USP, obrigada pelo carinho e pela disposição para que esta pesquisa fosse realizada e concluída.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Capes, pelo financiamento desta pesquisa.

FERREIRA, C.B. Sentidos construídos para o relacionamento conjugal na vivência do câncer de mama feminino. 2007. 125p. Tese Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

RESUMO

A lacuna existente na compreensão das repercussões do câncer de mama feminino para casais que vivenciaram esse processo motivou a realização deste estudo, que objetivou compreender os sentidos para o câncer de mama feminino entre casais que permaneceram unidos na vivência dessa enfermidade, por meio do referencial teórico do construcionismo social. Os dados foram coletados numa amostra de sete casais entrevistados separadamente, em entrevistas semi-estruturadas com a utilização do diário de campo. A partir disso, foram identificadas três grandes temáticas referentes aos sentidos do câncer e da conjugalidade. Os sentidos do câncer foram agrupados no item vivência da doença, que contém os temas: confirmação da doença e fase do tratamento, esta subdividida nos seguintes sub-temas: a) ficando mais em casa; b) conversando omitindo a doença; c) transportando as esposas; d) cuidado fornecido por outras mulheres; e) realização do serviço doméstico: terceirizado; f) sexualidade: afastamento. E os sentidos da conjugalidade foram agrupados na temática ser marido e ser esposa. Essas temáticas emergiram dos discursos dos entrevistados ancorados na história do câncer e na moral do modelo de conjugalidade tradicional. O câncer foi associado a uma doença com sentidos de provação e morte, que despertou nos participantes sentimentos de revolta e ansiedade e a relação com Deus. Além disso, o compromisso assumido no casamento e a não revelação dos sentimentos mais íntimos experimentados por eles em relação ao câncer de mama, possibilitou a manutenção do laço conjugal em meio à experiência dolorosa da doença. Diante disso, sugere-se a relevância da assistência interdisciplinar com o intuito de desconstruir a negatividade associada ao câncer, bem como a reflexão sobre a relevância do discurso religioso como ferramenta do cuidado assistencial a essa população.

Palavras-chave: Neoplasia Mamária; Casamento; Significado.

FERREIRA, C.B. Constructed meanings for the matrimonial relationship in the existence of the feminine breast cancer. 2007. 125p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing.

ABSTRACT

The existent gap in the comprehension of repercussions of the feminine breast cancer for couples that lived this process motivated the accomplishment of this study, which aimed to understand the meanings for the feminine breast cancer among couples that stayed united in living of this illness, through the social construction theory. The data were collected in a sample of seven couples interviewed separately, in semi-structured interviews with the use of field notes. From this, were identified three thematic related to the meanings of cancer and related to couples' life. The meanings of cancer were gathered in disease living item that has these themes: disease confirmation and phase of treatment. The phase of treatment was subdivided in the following sub-themes: a) staying more at home; b) talking omitting the disease; c) transporting the wives; d) care supplied by other women; e) accomplishment of the domestic service: servant; f) sexuality: stand back. And the meanings of couples' life were gathered at the thematic to be husband and to be wife. These thematic emerged of the interviewees' speeches anchored in the history of cancer and in the moral of traditional couples' life model. The cancer was associated it a disease with meanings of probation and death, that emerged in the participants feelings of revolt and anxiety in relation with God. Besides, the commitment assumed in the marriage and the non revelation of the most intimate feelings experienced by them in relation to breast cancer, it made possible the maintenance of the matrimonial bow amid the painful experience of the disease. Before this, it is suggested the importance of interdisciplinary assistance with the intention to construct different meanings than negativity of cancer, as well as the reflection of the importance of the religious discourse as a tool in the care of this population.

Key-words: Breast Neoplasm; Marriage; Meaning.

FERREIRA, C.B. Sentidos contruidos para la relación conyugal en la experimentación del cáncer mamario femenino. 2007. 125p. Tesis de Doctorado – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo.

RESUMEN

El vacío existente en la comprensión de las repercusiones del cáncer mamario femenino para parejas que experimentaron ese proceso motivó la realización de este estudio, que tuvo por objetivo comprender la producción de sentidos para el cáncer mamario femenino entre parejas que permanecieron unidas en la experiencia de esa enfermedad, a través del referencial teórico del construccionismo social. Los datos fueron recogidos en una muestra de siete parejas entrevistadas separadamente, en entrevistas semi estructuradas con la utilización del diario de campo. A partir de eso, han sido identificados tres grandes temas referentes a los sentidos del cáncer y de la conyugalidad. Los sentidos del cáncer fueran agrupados en el ítem vivencia de la enfermedad, que incluye los temas: confirmación de la enfermedad y la fase del tratamiento, que está subdividida en los siguientes sub temas: a) quedándose más en casa; b) conversando omitiendo la enfermedad; c) transportando a las esposas; d) cuidado proporcionado por otras mujeres; e) realización del trabajo doméstico: echo por terceros; f) sexualidad: alejamiento. Los sentidos de la conyugalidad fueran agrupados en la temática ser marido y ser mujer. Esas temáticas emergieron de los discursos de los entrevistados anclados en la historia del cáncer y en la moral del modelo conyugal tradicional. El cáncer fue asociado a una enfermedad con sentidos probatorios y de muerte, que despiertan en los participantes sentimientos de indignación y ansiedad y la relación con Dios. Además, el compromiso asumido en el casamiento y la no revelación de los sentimientos más íntimos experimentados por ellos en relación al cáncer mamario, ha posibilitado la manutención del lazo conyugal en medio a la experiencia dolorosa de la enfermedad. As partir de eso, se sugiere la relevancia de la asistencia interdisciplinaria para desconstruir la negatividad asociada al cáncer, así como la reflexión a respecto de la significación del discurso religioso como herramienta de cuidado asistencial a esa población.

Palabras-Clave: Neoplasia de la Mama; Matrimonio; Significado.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	13
2. INTRODUÇÃO.....	15
2.1 Revisão da literatura	15
3. OBJETIVOS.....	26
4. QUADRO TEÓRICO.....	27
4.1 A aproximação da Psicologia Social com a compreensão dos sentidos.....	27
4.2 Histórico do câncer.....	31
4.3 Modelo de conjugalidade tradicional	34
5. MÉTODO	40
5.1 Tipo de estudo	40
5.2 Contexto do estudo	41
5.3 Universo empírico	44
5.4 Recorte empírico	45
5.5 Instrumentos	45
5.6 Aspectos éticos	47
5.7 Coleta de dados.....	48
5.8 Análise dos dados	51
6. RESULTADOS e DISCUSSÃO	53
6.1 Os casais entrevistados e suas entrevistas	53
6.2 Os sentidos do câncer e da conjugalidade	72

6.2.1 A vivência da doença.....	72
6.2.1.1 Confirmação do câncer de mama	74
6.2.1.2 Fase do tratamento.....	79
6.2.2 Ser marido e ser esposa	90
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	108
ANEXO	115
APÊNDICE	116

Eu, te recebo como minha esposa, e prometo ser fiel, amar-te e respeitar-te, na alegria e na tristeza, na saúde e na doença, todos os dias da nossa vida (RITO ..., 2007).

Eu, te recebo como meu esposo, e prometo ser fiel, amar-te e respeitar-te, na alegria e na tristeza, na saúde e na doença, todos os dias da nossa vida (RITO ..., 2007).

1. APRESENTAÇÃO

Desde muito jovem gosto de ouvir os outros, ao iniciar o curso de Psicologia, isso se tornou mais freqüente e mais prazeroso também porque percebi que poderia ouvir e ajudar as pessoas de forma mais especializada.

Em 1997 iniciei, enquanto estagiária do Serviço de Psico-Oncologia na Mastologia, o atendimento às mulheres com câncer de mama no Hospital Universitário e no Centro de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Já formada, no segundo semestre de 1999, ingressei como voluntária no Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas – REMA, que funciona nas dependências da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP.

Esse percurso culminou com a realização de minha dissertação de mestrado, defendida em 2003, na qual investigamos o significado da admissão hospitalar na perspectiva das mulheres a serem submetidas à cirurgia por câncer de mama.

Essas experiências na assistência e na pesquisa com mulheres com câncer de mama me possibilitaram o ingresso na Universidade Federal de Uberlândia - UFU, como docente contratada e supervisora do mesmo estágio do qual fiz parte, enquanto estagiária, no início da minha carreira profissional.

O exercício da posição de supervisora me instigou a dar continuidade ao trabalho com as mulheres acometidas pelo câncer de mama. Nesse trabalho, tive a possibilidade de coordenar grupos nos quais essas mulheres estavam acompanhadas de seus companheiros.

Comecei, então, a observar que esses companheiros sofriam com suas companheiras e sempre tinham histórias ricas a nos contar em relação à convivência conjugal após a descoberta do câncer, como o aumento do companheirismo e até mesmo do amor.

A partir desses relatos comecei a atentar para a necessidade de compreender essas mulheres e seus esposos diante da problemática do câncer de mama, entendendo que essa perspectiva pode nos auxiliar na assistência não mais da mulher apenas, mas, do casal* também. Assim, nesta pesquisa, meu olhar direciona-se para o par homem e mulher casados.

Como voluntária, desde 1999, no Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas – REMA tenho um contato maior com mulheres acometidas pelo câncer de mama e, por isso, maior familiaridade. Nesses encontros, frequentemente, emerge do grupo as formas delas se relacionarem com seus companheiros em suas rotinas diárias a partir da chegada do câncer de mama. Contudo, esse contato não é tão estreito com os maridos dessas mulheres, o que nos distancia assim da experiência relacional de ambos.

Nesse sentido, a vivência da conjugalidade a partir do câncer de mama feminino para estes casais está colocada enquanto primeiro delineamento do nosso recorte de objeto de pesquisa.

* Neste trabalho entendemos o termo casal como um homem e uma mulher que se intitulem como: casados, amasiados, amigados ou outro termo equivalente, sendo diferente de solteiro, separado, divorciado, viúvo ou descasado.

2. INTRODUÇÃO

2.1 Revisão da literatura

A assistência às mulheres com câncer de mama nos mostra que a grande maioria tem que enfrentar o preconceito relacionado à doença e os muitos momentos que fazem parte da trajetória a ser percorrida a partir deste diagnóstico, dentre eles: a confirmação da doença, o tratamento e a fase posterior ao tratamento, cada qual composto por desafios a serem superados.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2003), atualmente 20 (vinte) milhões de pessoas vivem com câncer, podendo até 2020, chegar a 30 (trinta) milhões. No Brasil, o câncer de mama apresenta-se como um problema de saúde pública, cujas estimativas indicaram para 2006 a ocorrência de 48.930 novos casos (BRASIL, 2007a).

Esses dados apontam para um aumento crescente de novos casos, o que acarretará um número maior de mulheres que terão que se submeter ao tratamento proposto para o câncer de mama, conseqüentemente mais casais estarão sujeitos a lidar com as repercussões dessa doença ao longo de suas vidas.

Essas repercussões serão apresentadas a seguir, subdivididas segundo os momentos do diagnóstico, tratamento e sua fase posterior, a partir de estudos já realizados que tiveram como foco de investigação mulheres e/ou seus companheiros.

Os momentos a serem enfrentados iniciam-se com a confirmação do diagnóstico por câncer de mama, que gera na mulher doente a preocupação com a possibilidade de sua própria morte e o questionamento dos motivos de ter recebido o diagnóstico dessa doença (BERTERÖ; WILMOTH, 2007). Além disso, a mulher também passa a refletir e questionar

sobre as relações interpessoais estabelecidas por ela (VIEIRA; QUEIROZ, 2006), bem como, medo, incerteza, sintomas de ansiedade, depressão (RYAN et al., 2005) e sentimentos de horror, impacto e pânico, com uma preocupação também constante em se manterem vivas fisicamente (CARDOZO, 2002).

Na fase do diagnóstico, as mulheres, ao adquirirem consciência sobre o que têm se apegam à religiosidade com o intuito de terem forças para realizarem o tratamento (NOGUEIRA, 2004). Relação também encontrada por Teixeira e Lefèvre (2007) ao investigarem a religiosidade no trabalho de enfermeiras da área oncológica, cujos discursos mostram a relevância da relação delas com o mundo divino no trabalho com doentes de câncer. Além disso, elas também percebem a importância dessa crença nos pacientes que cuidam, ao relatarem que o momento crítico representado pelo câncer aproxima os pacientes de Deus e os ajuda no processo de cura e de aceitação da doença. O que segundo Berterö e Wilmoth (2007), ainda é uma possibilidade das mulheres com câncer de mama perceberem que suas vidas têm valor.

Relembrado como uma experiência dramática (SAEGROV; HALDING, 2004), o momento do diagnóstico é considerado o mais estressante de todos pelas mulheres acometidas (EPPING-JORDAN et al., 1999), e está associado ainda à insegurança e incerteza quanto ao tratamento e sua eficácia e, a convivência com a falta da mama e suas conseqüências para o relacionamento conjugal (ROSSI; SANTOS, 2003).

O anúncio da confirmação do câncer de mama, de acordo com nossa observação, nos coloca diante de uma mulher fragilizada, que na maioria das vezes comparece sozinha ao serviço de saúde ou quando acompanhada de seu companheiro, o mesmo não é convidado a participar da consulta. Apesar de Bar-Tal, Barnoy e Zisser (2005) apontarem que um dos aspectos do suporte aos casais é o fornecimento de informações a ambos.

Alguns estudos mostram que os companheiros das mulheres com câncer tendem a vivenciar esse momento inicialmente com surpresa, uma vez que grande parte delas realiza exames periódicos sem que nenhum sinal ou sintoma tenha sido previamente identificado. Além disso, os mesmos referem sentimentos de desesperança, impotência, inquietude e medo de perderem suas esposas (GRADIM, 2005; PICARD et al., 2005), mas tendem, também, a pensar positivamente (CERQUEIRA, 2004).

O primeiro ano pós-diagnóstico é um período crítico tanto para as mulheres quanto para seus maridos. Durante esse período eles precisam se ajustar à existência do câncer, à cirurgia, aos efeitos dos tratamentos complementares e às questões associadas aos sobreviventes de câncer, como o linfedema, no caso das mulheres submetidas ao procedimento do esvaziamento axilar (NORTHOUSE; TEMPLIN; MOOD, 2001).

Os casais que vivenciam essa problemática parecem estabelecer uma relação de dependência quando se analisa o ajustamento de ambos no primeiro ano pós-diagnóstico. Northouse, Templin e Mood (2001) e Manne et al. (2004a), sugerem em seus estudos que o ajustamento das parceiras depende do modo como seus parceiros enfrentam o problema, sendo o contrário também verdadeiro, sugerindo que ambos estão expostos ao estresse, à desesperança e à incerteza, indicando-nos que os homens necessitam de cuidados tanto quanto as mulheres porque o câncer de mama e seu tratamento influenciam os casais em seus relacionamentos, principalmente nas questões relacionadas à comunicação, à sexualidade e nos papéis identitários de homem e mulher (O'MAHONEY; CARROL, 1997).

Contudo, este último estudo não esclarece como a comunicação, a sexualidade e os papéis identitários dos parceiros são influenciados pelo câncer de mama da esposa. Em nossa experiência profissional essa realidade é ainda distante também, em virtude dos companheiros dessas mulheres não serem assistidos como elas porque os serviços de saúde são organizados para receberem apenas aqueles que fisicamente estão acometidos por alguma doença e não

seus acompanhantes, os quais muitas vezes são os maridos dessas mulheres. Sendo assim, temos muito pouco a relatar sobre a vivência da conjugalidade a partir do câncer de mama feminino.

Posterior ao diagnóstico, dependendo do tipo de câncer e do estadió da doença, há o planejamento do tratamento a ser realizado, no qual a cirurgia é largamente utilizada, e segundo Ferreira (2003) a representação que este tratamento tem para as mulheres compreende principalmente um momento de medo da morte, mas, por outro lado, de cura da doença.

Esse estudo apresenta um dos focos que podem ser trabalhados com as mulheres acometidas pelo câncer de mama. Devido ao fato de seus resultados apontarem para a crença de que apenas a cirurgia, em grande parte dos casos, pode curar o câncer de mama, sem os outros tratamentos complementares como, por exemplo, a radioterapia e, que o hospital é eminentemente um local reservado para as pessoas morrerem.

A etapa do tratamento é muito estressante, porque implica no enfrentamento de sintomas e complicações inerentes a essa fase (SAEGROV; HALDING, 2004), que é permeada por queixas relacionadas aos efeitos físicos da radioterapia, quimioterapia e cirurgia, afetando a imagem corporal dessas mulheres.

Na fase do tratamento, as mulheres com câncer de mama podem apresentar sentimentos de fragilidade, revolta e inconformismo independentemente do tipo de cirurgia a que foram submetidas, em virtude da assimetria das mamas pós-tratamento, que não corresponde ao corpo feminino ideal (BERTERÖ; WILMOTH, 2007; KEBBE, 2006). Entretanto, o lado positivo dessa experiência também é ressaltado, ao ser associado à possibilidade de cura e de prevenção da recidiva da doença (ROSSI; SANTOS, 2003).

Percebemos, assim, que a convivência com o câncer de mama apresenta-se sempre como uma situação limite para a mulher, seja na luta contra o desespero da confirmação do diagnóstico como na batalha pela busca da cura durante o tratamento.

Essas lutas continuam no momento posterior ao tratamento, no qual o afastamento do contexto de saúde parece proporcionar a vivência da conjugalidade desvinculada das influências concretas dele, mas, em contrapartida, influenciada pelas repercussões dele na vida do casal que o experienciou.

Uma dessas repercussões, segundo Dorval et al. (1999), é a crença de que o câncer de mama é capaz de separar um casal. Contudo, de acordo com Rossi e Santos (2003) e Dorval et al. (1999) as separações não ocorrem associadas ao câncer de mama, os casais que experienciam dificuldades conjugais provavelmente já as vivenciavam anteriormente ao recebimento do diagnóstico.

Porém, ocorrem mudanças no plano afetivo-sexual (ROSSI; SANTOS, 2003) dos cônjuges com o câncer de mama. Nas mulheres pode haver inibição das relações sexuais (BERTERÖ; WILMOTH, 2007) porque a mama operada aparece como um órgão afetado pela cirurgia (independentemente da mastectomia) que se mantém distante das carícias no ato sexual. Nos maridos, não há diminuição do desejo sexual, mas das relações sexuais devido à indisposição das mulheres principalmente no período quimioterápico (GRADIM, 2005; PICARD et al., 2005).

Entretanto, quando as mulheres percebem que seus parceiros não estão aborrecidos com a cicatriz da cirurgia delas, e mais positivamente eles classificam a primeira experiência sexual pós-cirurgia, mais fortes são os sentimentos de feminilidade e atratividade das parceiras (WIMBERLY et al., 2005).

As mulheres que finalizam o tratamento proposto para o câncer de mama e não apresentam nenhuma recidiva da doença, entram numa etapa denominada fase livre da doença, quando então elas necessitam se movimentar da rotina dos serviços de saúde para suas rotinas diárias. Entretanto, essas mulheres não voltam da mesma maneira anterior ao diagnóstico porque sofreram perdas que permanecerão inscritas em seus corpos.

Essas perdas situam-se em dois níveis, que são, as passageiras e as definitivas. As primeiras, geralmente, estão ligadas à perda do cabelo durante o período quimioterápico, a intolerância à ingestão de alguns tipos de alimentos, dentre outras. As perdas definitivas referem-se principalmente à própria perda da mama ou de parte dela e as manifestações decorrentes do tratamento como diminuição da mobilidade do braço e linfedema, dentre outras.

As perdas sofridas, porém, podem remeter essas mulheres a um dos maiores ganhos, que é o da cura da doença, o que parece motivá-las, no nosso entendimento, para a continuidade de suas vidas.

Nesse momento, as mulheres se sentem contentes pelo término do tratamento, mas, mental e fisicamente exaustas por ter sido difícil lutar pela própria recuperação e, assim, relatam que necessitam de um grande esforço para funcionarem normalmente de novo, (SAEGROV; HALDING, 2004), sendo que algumas delas relatam até mesmo o sentimento de não serem a mesma pessoa (ROSSI; SANTOS, 2003).

Todas essas transformações influenciam não apenas a vida dessas mulheres, mas, a convivência do casal também. Estudos como de Dorval et al. (2005) demonstram que o câncer de mama torna os casais mais próximos apesar das circunstâncias impostas pela doença. Outro aspecto observado é o crescimento conjugal após o trauma causado pelo câncer (MANNE et al., 2004b). E ainda, o parceiro é capaz de diminuir o estresse de sua companheira quando: ambos fazem revelações em relação à problemática que enfrentam;

através do humor do companheiro e do seu posicionamento de não propor soluções para as problemáticas provenientes do câncer enfrentadas pela esposa (MANNE et al., 2004a), isto é, o marido pode ser um dos componentes da rede de suporte que auxilia a esposa na vivência de seu câncer de mama (SILVA; MAMEDE, 1998).

Contudo, maridos depressivos não são capazes de se engajar junto a suas companheiras em comportamentos positivos de enfrentamento do câncer de mama devido ao isolamento, que é uma reação típica da depressão, daí a relevância da assistência aos casais, com o intuito de ajudá-los na identificação de padrões de enfrentamento positivos e negativos para seus relacionamentos. Além disso, deve-se proporcionar a eles a oportunidade de experimentarem estilos positivos de enfrentamento protegidos no ambiente terapêutico antes de implementá-los em suas vidas (FELDMAN; BROUSSARD, 2006).

Cerqueira (2004), ao investigar a dinâmica conjugal em situação de câncer de mama, antes, durante e após a doença, concluiu que o diálogo e a interação do casal são de suma importância para lidarem com essa condição. A comunicação do casal em relação às questões ligadas ao câncer de mama pode exercer um importante papel na adaptação deles à doença (MANNE et al., 2006), fator que Gradim (2005) também apresenta como facilitador para o reinício das atividades sexuais.

Estudos como o de Biffi (1998) mostram que na reabilitação da mulher com câncer de mama, os parceiros apóiam suas parceiras demonstrando afeto, o qual muitas vezes se expressa por meio do silêncio, que pode ser um sinal das diversas dificuldades encontradas pelos casais (BIFFI; MAMEDE, 2004), mas que permite aos maridos compreenderem as mudanças atitudinais e emocionais das esposas (BIFFI, 1998).

Os parceiros também se reconhecem como capazes de fornecer apoio a suas parceiras, nos afazeres domésticos, no transporte das mesmas (GRADIM, 2005; BIFFI, 2003), por meio

do estímulo para elas se cuidarem, nos aspectos financeiros e na tomada de decisão (BIFFI, 2003).

Interessante ressaltar que as maiores necessidades dos maridos de mulheres com câncer de mama estão relacionadas ao cuidado imediato das esposas e com as informações específicas da doença delas. Eles querem respostas honestas dos profissionais de saúde quanto aos resultados cirúrgicos e dos tratamentos específicos subsequentes aos quais suas esposas serão submetidas. Além disso, os maridos querem ter a segurança de que o melhor cuidado possível será fornecido às suas companheiras nessa fase (KILPATRICK et al., 1998).

Picard et al. (2005) também realizaram um estudo que contribui para a compreensão dos casais que vivenciam o câncer de mama feminino. Para tanto, objetivaram compreender o processo de adaptação desses casais à enfermidade entrevistando-os juntos.

Os resultados encontrados mostram que: os parceiros dividem a necessidade de compreensão da doença, suas conseqüências físicas e psicológicas e as chances de sobrevivência (o parceiro estava sempre presente nas consultas médicas da esposa); o diagnóstico do câncer desperta neles ansiedade sobre a morte da parceira e conseqüentemente a incerteza quanto ao futuro e, com isso, a possibilidade de finitude do laço conjugal. A principal estratégia para controlar essa ansiedade e lidar com a ameaça de perda é o investimento emocional total deles ao laço conjugal reafirmando os sentimentos mútuos e o suporte fornecido como, por exemplo, a seleção de expressões verbais e a presença física; os casais tendem ainda a tomar para si o sofrimento pessoal do outro, que caracteriza um tipo de suporte mútuo garantindo privacidade e respeito pela experiência subjetiva do outro; a ameaça de perda representada pelo câncer, vivenciada pelos casais, os faz descobrir ainda a importância de cuidar deles mesmos, do outro e do casal e, inclusive a vida a dois passa a ser uma prioridade, uma estratégia para muitos deles também é a continuidade das atividades e projetos normais realizados e iniciados antes da chegada da doença.

Apesar de Picard et al. (2005) afirmarem que as estratégias de enfrentamento adotadas pelos casais entrevistados reduzem a ansiedade deles diante da perda e da morte, entendemos que essa investigação merece algumas considerações. Uma delas diz respeito ao período em que os casais foram entrevistados – as entrevistas ocorreram no primeiro ano após a confirmação do câncer. Os primeiros doze meses, como sugerem Northouse, Templin e Mood (2001) e Manne et al. (2004a), são marcados pela dependência dos casais, o que pode explicar a similaridade nos discursos direcionada apenas para o amor e o suporte mútuo. Porém, é um período de intenso sofrimento para ambos e não necessariamente essa dor é igual para o marido e a esposa.

Apesar dessa proximidade dos casais há que se ressaltar que o câncer de mama não pode ser considerado uma condição para casais viverem bem e serem felizes, porque as pessoas não precisam necessariamente da dor física e/ou emocional para construírem cumplicidade e proximidade em seus relacionamentos.

A partir dos estudos apresentados parece haver uma reorganização conjugal, na qual a mulher e seu companheiro tendem a reconstruir identidades femininas e masculinas muito mais baseadas na troca, no diálogo e na compreensão mútuos.

Essas situações, muitas vezes, implicam também em negociações e formas de relacionamento com a doença para as quais não temos conhecimento pelo fato de termos poucos estudos que incluem os companheiros dessas mulheres em suas investigações (NORTHHOUSE; TEMPLIN; MOOD, 2001), o que fortalece a necessidade de compreendermos o casal.

No atendimento psicológico a mulheres que finalizaram o tratamento proposto para o câncer de mama, também temos poucos indícios de como um casal vivencia essas repercussões. Apesar de trabalharmos com a temática câncer de mama há vários anos, percebemos que no Brasil temos poucos recursos para atender casais acometidos por essa

doença. Talvez, por isso, em nosso país nem nos preocupamos em cuidar dessas relações, porque cuidar desses casais nos assusta pelo fato de ser uma realidade nova para nós e, muitas vezes, para nos defender nos afastamos do estar diante dessa díade.

Temos já instituída a prática de indagar a mulher a respeito de sua relação com sua família diante do câncer de mama, como se a família fosse apenas um ente querido que se relacionasse com a doença de uma única forma. Dessa maneira, nos afastamos da compreensão do relacionamento do casal com a enfermidade.

Essa é uma prática que precisa ser repensada, porque só assim poderemos: nos direcionar para casais que vivenciam essa problemática; conhecê-los separado de seus papéis de pais e/ou avós e, ter a possibilidade de construir práticas para assisti-los. Além disso, optar pela exclusividade da relação conjugal facilita o acesso ao modo de conversar dos casais (TITAN, 1998), contribui para que outras vozes, no caso, dos maridos, possam ser integradas abrindo a possibilidade de mostrar outros argumentos e outras posições (SPINK, 2003a) dessas díades.

Entendemos, a partir dos estudos apresentados, que a convivência com o câncer de mama, nessa perspectiva, coloca o casal que o vivencia diante de experiências muito importantes como a do diagnóstico, o tratamento e a convivência com as limitações que a doença impõe, não implicando necessariamente na separação conjugal (ROSSI; SANTOS, 2003; DORVAL et al., 1999), o que nos aponta para a possibilidade da busca de compreensão dos sentidos que esses casais foram construindo para lidarem com as repercussões dessa doença e se manterem casados.

Visualizamos que os momentos citados imprimem mudanças na convivência conjugal, seja no plano afetivo-sexual, na comunicação entre ambos, quanto na divisão das tarefas domésticas que acarretam alterações nos papéis identitários.

Em nosso estudo, portanto, estamos diante de casais, residentes no meio urbano, que vivenciaram o câncer de mama feminino e permaneceram unidos apesar das inúmeras mudanças impostas por essa enfermidade. Esta realidade nos leva a indagar como eles se relacionaram com o adoecimento pelo câncer? Quais sentidos esses casais construíram para a manutenção do laço conjugal a partir do diagnóstico do câncer de mama da parceira?

A compreensão dos casais participantes do nosso estudo estará baseada no referencial teórico do construcionismo social (SPINK, 2000), para o qual a questão da dialogia, presente nas relações sociais e contextualizada num tempo histórico e cultural determinado, participa das construções dos sentidos dos indivíduos, os quais no nosso estudo estão relacionados à vivência do câncer de mama feminino.

Pontuamos ainda que utilizaremos a palavra sentido dentro da perspectiva de que construímos sentidos para experiências da nossa vida, que nos despertam sentimentos, que por suas vezes nos impulsionam a buscar modos de lidar com essas experiências. Contudo, sentido e sentimentos não guardam entre si uma relação linear, na medida em que podemos construir sentidos sobre os sentimentos e a linguagem está sempre em ação. Além disso, registramos a afirmação de que neste estudo, desconstruir sentidos significará a tentativa de nos desfamiliarizarmos deles, com o intuito de que esses sentidos que se transformaram em crenças ao longo do tempo, não sejam obstaculizantes para que outros possam ser construídos (SPINK; FREZZA, 2000).

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Compreender os sentidos do câncer de mama feminino entre casais que permaneceram juntos na vivência dessa condição de saúde.

Objetivos Específicos

Descrever e analisar os sentidos construídos pelos casais para o câncer de mama da parceira e para as formas como os parceiros se relacionaram com o adoecimento por câncer de mama feminino;

Analisar os sentidos construídos pelos casais para a manutenção do laço conjugal a partir da confirmação do câncer de mama da parceira.

4. QUADRO TEÓRICO

Por concordarmos com Spink e Frezza (2000), cuja concepção de sentido é proveniente de uma construção dialógica, optamos pelas práticas discursivas e produção de sentidos na perspectiva da Psicologia Social, para a realização deste trabalho. Optamos, assim, por uma perspectiva que assume a importância das trocas sociais para a significação da vida dos indivíduos, porque acreditamos que os significados do câncer são eminentemente influenciados por essas trocas.

4.1 A aproximação da Psicologia Social com a compreensão dos sentidos

A Psicologia Social nem sempre possuiu entre seus projetos o emprego de expressões como a de “dar sentido ao mundo” (SPINK; FREZZA, 2000, p. 18), por se caracterizar como uma ciência essencialmente experimental, não havia espaço para que sentidos da vida cotidiana pudessem ser compreendidos. Apenas ao final dos anos cinquenta e na década de sessenta, do século passado, é que esse paradigma começou a dar sinais de mudança, impulsionada principalmente pela valorização da observação e do estudo dos comportamentos em seus contextos naturais (SPINK; FREZZA 2000).

As práticas discursivas, nessa perspectiva, podem ser definidas como a linguagem em uso, ou seja, as formas pelas quais as pessoas fabricam sentidos e se colocam nas relações sociais cotidianas. São momentos em que ocorrem re-significações, rupturas, nos quais convivem a ordem e a diversidade (SPINK; MEDRADO, 2000).

Nessa abordagem, as possibilidades de sentidos são muitas, não caracterizando elementos comuns de sentidos compartilhados (SPINK, 2003), mas de sentidos que são construídos socialmente, no âmbito das relações sociais datadas historicamente e localizadas

culturalmente, nas quais os termos são construídos para que situações e fenômenos possam ser compreendidos (SPINK; MEDRADO, 2000).

O referencial do construcionismo social embasa essa abordagem teórico-metodológica que, segundo Gergen (1996), se baseia em quatro concepções básicas:

- os termos que adotamos para designar o mundo e nós mesmos não são ditados por objetos estipulados a partir de uma orientação individual, mas, definimos o mundo através de uma perspectiva coletiva;
- os termos e as formas pelas quais nós alcançamos o entendimento do mundo e de nós mesmos são artefatos sociais, produzidos historicamente e culturalmente, situados nas trocas pessoais;
- o grau de uma descrição dada ao mundo e ao eu, sustentada ao longo do tempo, não é dependente de uma validade objetiva, mas, das vicissitudes do processo social;
- para se avaliar a existência de formas discursivas é necessário se analisar os padrões de vida cultural.

Gergen (1997) sustenta, portanto, que o construcionismo social possui, enquanto foco de compreensão, as relações sociais, e não o nível psíquico dos indivíduos. Assim, o essencial é o resultado das trocas sociais desses últimos. O construcionismo social é um referencial que se interessa pela identificação dos processos por meio dos quais as pessoas “descrevem, explicam e/ou compreendem o mundo em que vivem, incluindo elas próprias.” (SPINK; MEDRADO, 2000, p.60).

Além disso, a linguagem, a história e a noção de pessoa também estão presentes nessa perspectiva. A linguagem é uma categoria de suma relevância nesse contexto, pelo fato de ela construir o mundo a todo momento (RASERA, 2004) e sustentar as práticas sociais que geram sentidos (RASERA; VIEIRA; JAPUR, 2004). Por essa razão, é importante o entendimento,

tanto dessas práticas (conversas, narrativas, dentre outras), quanto dos repertórios interpretativos utilizados para que as mesmas sejam produzidas (SPINK; MEDRADO, 2000).

No cotidiano, o sentido é decorrente da utilização dos repertórios interpretativos disponíveis a todos nós: o conjunto de figuras de linguagem, de termos, descrições e lugares-comuns, balizados pelo contexto de produção dessas práticas e estilos gramaticais específicos (SPINK; MEDRADO, 2000).

A história é a segunda dimensão que sustenta a abordagem em questão, cuja caracterização assenta-se na interface de três tempos históricos:

o tempo longo, que marca os conteúdos culturais, definidos ao longo da história da civilização; o tempo vivido, das linguagens sociais aprendidas pelos processos de socialização, e o tempo curto, marcado pelos processos dialógicos (SPINK; MEDRADO, 2000, p. 51).

Nesse sentido, a investigação sobre a produção de sentidos, é um trabalho sócio-histórico que exige a aproximação ao contexto social e cultural no qual determinado fenômeno social está inscrito (SPINK; MEDRADO, 2000).

Como terceira dimensão, dessa abordagem emerge a noção de pessoa, cuja conceituação enfatiza a dialogia, ao invés de privilegiar a condição de sujeito ou de individualidade (SPINK; MEDRADO, 2000). Por isso, os processos mentais das pessoas são considerados enquanto práticas discursivas (GRANDESSO apud RASERA, 2004).

Essa abordagem, portanto, adota a perspectiva de que o conhecimento não é algo a ser possuído, mas, construído na coletividade, produzindo sempre muitos sentidos, observando-se os fenômenos sociais sob a ótica da tensão entre a universalidade e a particularidade, entre a diversidade e o consenso, com o intuito de produzir instrumentos úteis para a transformação da ordem social (SPINK; MEDRADO, 2000). Nessa perspectiva, o sujeito é, ao mesmo tempo, resultado e produtor da realidade social (SPINK, 2003b).

Visto que a conjugalidade normalmente implica em encontros e desencontros, nos quais não existem fórmulas para sua vivência, ou conhecimento a priori, como aponta o construcionismo social, a existência de uma doença crônica, como o câncer de mama, coloca também os casais que a vivenciam diante do desafio de lidar com algo que não lhes é familiar no seu cotidiano. Todavia, ao mesmo tempo, há o espaço para que essas pessoas construam formas de se relacionar com a enfermidade e possam, assim, superar o impacto causado por ela.

Sendo assim, entendemos que esse referencial traz subsídios, que conjugados com a história do câncer, com o modelo de conjugalidade tradicional e outros estudos que investigaram casais que vivenciaram o câncer de mama feminino, permitem-nos aproximar dos sentidos construídos pelos casais desta pesquisa para se manterem casados.

Apresentaremos um retrospecto histórico sobre o câncer porque entendemos que ele foi referência para a construção dos sentidos construídos pelos casais para o câncer de mama da parceira. Além disso, apresentaremos também um retrospecto sobre o modelo de conjugalidade tradicional, por ser ele um modelo freqüentemente adotado por casais de camadas médias urbanas, a cujo estrato social pertence os participantes de nosso estudo, que se uniram no século XX, período no qual esse modelo foi largamente vivenciado.

4.2 Histórico do câncer

O câncer é uma doença tratada de forma metafórica ao longo da história, associada a significados negativos e relacionada a uma busca incessante das causas de seu desenvolvimento. A associação do câncer à morte, por exemplo, é inevitável (OPAS, 2003), e esta, aliada ao temor da mutilação, é uma de suas conseqüências mais temidas (SONTAG, 2007).

Inicialmente, acreditava-se que o princípio da menopausa causava um encaroçamento dos seios, que finalizava com o câncer de mama (YALOM, 1998). O surgimento do cristianismo também influenciou, de forma considerável, dentre outras temáticas, o próprio conceito do câncer, ao moralizá-lo, associando-o a uma forma de castigo até justo e adequado (SONTAG, 2007). Mais tarde, no século XIX, a idéia da doença como punição foi substituída pela noção de que a enfermidade expressa o caráter do doente. Essa versão coloca o doente não mais na posição de vítima, mas de culpado pela sua doença. O doente passa a ser visto como um indivíduo que não conseguiu dar vazão às suas emoções, isto é, uma pessoa que fracassou em sua expressividade, o que inspira piedade e, por outro lado desprezo, nos indivíduos que se relacionam com ele (SONTAG, 2007).

Dando continuidade à exposição do doente a inúmeros constrangimentos, temos as primeiras décadas do século passado quando o câncer foi associado à falta de limpeza do corpo e da alma. O câncer foi comparado à sífilis, no que dizia respeito ao seu contágio, adquirida por meio de práticas viciosas e de “sujeira”, tanto moral quanto física. Houve também a analogia do câncer a um bicho que ia devorando a pessoa por dentro. Ele ainda foi sinônimo de sacrifício e purificação; sacrifício porque o doente teria que suportar o sofrimento até a morte, e purificação porque se acreditava que, tocando-se os corpos de mulheres com câncer obtinha-se um estoque de pureza (SANT'ANNA, 1997).

A partir de 1930, surgiram novas indagações em relação às possíveis causas do câncer.

Por exemplo:

A ingestão cotidiana de produtos químicos presentes nos alimentos, o hábito de fumar e até mesmo o uso de aparelhos domésticos como a geladeira. O excesso de trabalho e o aumento de preocupações se transformaram em fatores predisponentes ao câncer. As células malignas são células do próprio doente, apenas com algumas alterações (SANT'ANNA, 1997, p. 57).

O câncer de mama é uma doença que, historicamente, foi associada a sentimentos negativos como a vergonha.

Vergonha de ter sido afetado por uma doença, tradicionalmente, considerada ingloria, relegada aos bastidores da cultura. Vergonha de abrigar um mal marcado pela imagem da corrosão, do desregramento orgânico ou do castigo divino. Vergonha que tende a transformar o doente no único responsável por seus sofrimentos. Por conseguinte, os modos de enfrentamento do câncer permanecem, em grande medida, confinados ao silêncio, principalmente quando se trata do câncer de mama, pois neste caso, a vergonha é agravada pela ameaça da mutilação de uma parte do corpo considerada, há muito, um dos principais símbolos da identidade feminina (SANT'ANNA, 1997, p. 43-4).

Além disso, ainda há a persistência de temores e expectativas em relação ao câncer. Nesse sentido, Sant'Anna (1997, p. 43-4) afirma que “Receios antigos relativos à mutilação, à solidão e ao abandono familiar não cessam de emergir no decorrer do tratamento em quimioterapia”.

Ao longo da história, vários foram os tratamentos alternativos utilizados pelos povos. Na Europa, por exemplo, durante o século das Luzes, sanguessugas e outras formas de sangrias eram utilizadas, porque se acreditava que, dessa maneira, o sangue fluiria, evitando-se as dores do câncer e o próprio câncer também. Segundo Sant'Anna (1997, p. 47), no Brasil, em 1946, houve a utilização de “tratamentos com xaropes, pílulas, depurativos, benzeduras e passes”.

Sendo assim, a história nos apresenta o câncer como uma doença para a qual, além de suas causas, a questão da cura também foi e continua sendo almejada. Contudo, de acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2003), o câncer é uma doença crônica, portanto com possibilidades de prevenção e controle, que desperta, inicialmente, a angústia da morte nos pacientes que recebem esse diagnóstico.

Doenças temidas como o câncer, cujo tratamento nem sempre é eficaz, mobilizam, no seu entorno, inúmeros significados que as transformam na metáfora de um invasor bárbaro. Como consequência, é muito comum a utilização da linguagem da guerra quando as pessoas conversam sobre o câncer. A radioterapia, por exemplo, é vista como um bombardeamento de raios tóxicos e a quimioterapia é associada a uma guerra química que utiliza venenos (SONTAG, 2007).

Em nossa sociedade, é muito freqüente também a associação do câncer a experiências muito desagradáveis como, por exemplo, a violência e a corrupção, que são acontecimentos que perturbam a ordem social e, por isso, recebem a denominação câncer (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002). Assim, esses problemas, tal como a doença, parecem não ser investidos de expectativas positivas de resolução; apesar dos avanços para a detecção precoce e para o tratamento do câncer, para muitos, ele ainda simboliza uma doença invasora, misteriosa e geradora de sofrimento e perdas (AQUINO; ZAGO, 2007; SONTAG, 2007). Achados de uma recente pesquisa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA ao investigar a concepção dos brasileiros sobre o câncer, mostram em seus resultados que, em termos emocionais, a doença ainda é predominantemente associada à morte, à tristeza, à dor, ao medo e a uma maldição (BRASIL, 2007b).

Retomamos Sontag (2007), que afirma que culpabilizar o doente pela sua enfermidade, e até mesmo fazê-lo acreditar que adoeceu porque merecia, é uma prática ainda vigente em nossa sociedade, que não se apresenta como uma saída adequada para a assistência

a essa população. Percebe-se também a concepção, ainda comum entre as pessoas, de que emoções específicas causam doenças específicas, bem como a idéia de que mágoas represadas podem levar o indivíduo a adoecer por câncer. Por outro lado, concordamos com a hipótese da autora de que o sofrimento pode baixar a imunidade de uma pessoa e deixá-la mais predisposta ao desenvolvimento de algumas doenças como o câncer.

Entendemos que a apresentação feita a respeito dos significados que envolvem o câncer faz-se relevante, visto que eles participam das construções de sentidos dos indivíduos doentes para suas enfermidades. Isso nos auxilia na compreensão do contexto que permeia os doentes de câncer e nos ajuda a formular maneiras de assisti-los, que estejam desvinculadas das metáforas negativas que definem essa enfermidade. Essa compreensão nos possibilita também ajudá-los em suas desconstruções acerca dos sentidos de sofrimento e morte associados ao câncer, as quais são importantes ainda para a informação e/ou educação dos não doentes, que, ao entrarem em contato com esses sentidos, sentem medo de buscar os serviços de saúde para se prevenir e/ou se tratar.

Dessa maneira, a investigação dos sentidos construídos por casais para o câncer de mama feminino constitui-se numa possibilidade de ampliar as bases do cuidado interdisciplinar a essa população.

4.3 Modelo de conjugalidade tradicional

Debruçar-nos-emos sobre o modelo tradicional de conjugalidade – pelo fato de ser um modelo fortemente vivenciado por casais que se uniram no mesmo período no qual os participantes de nosso estudo casaram-se, apresentaremos a moral que o rege, bem como as implicações para a vida a dois nas camadas médias urbanas, a cujo estrato social pertence os entrevistados de nosso estudo.

No início do século XX, os parceiros se escolhiam a partir do sentimento de amor recíproco, sendo ele fundamental numa relação a dois (ARATANGY, 2007; PRIORI, 2005). Assim, na medida em que a escolha dos parceiros passou a ser feita por eles mesmos, e não mais por seus pais, como antes, a responsabilidade por escolhas mal executadas passou a ser dos primeiros. Essa mudança inaugura consigo a necessidade da busca pela felicidade a dois e da harmonia familiar, com vistas a atestar que a escolha foi bem feita e que os dois são maduros e sábeis para conservar o vínculo (ARATANGY, 2007).

No modelo de conjugalidade tradicional, o casamento é concebido como um ritual pautado em valores que não são questionados (ROMANELLI, 1986). Nesse modelo, a família é uma instituição altamente valorizada, a noção de honra e os papéis de gênero são demarcados de forma rígida e a conduta feminina é enormemente controlada (HEILBORN, 2004; MONTEIRO, 2001).

A moral que rege a vivência do modelo de conjugalidade tradicional estrutura-se em quatro aspectos principais. O primeiro deles diz respeito à casa - o casamento representa, talvez, o único caminho digno para que uma moça possa sair da casa dos pais e se livrar do controle paterno. Nesse modelo, os casais geralmente namoram por um longo tempo, período que muitas vezes não é acompanhado de relações sexuais, e o casamento só ocorre quando o marido tem condições para adquirir um imóvel, na maioria das vezes, pequeno, para, posteriormente, ser trocado por outro maior (ROMANELLI, 1986).

O segundo aspecto relaciona-se à duração da união, que deve durar para sempre; o sucesso do vínculo é medido pela permanência dos parceiros nele. O divórcio é considerado um desvio do caminho e a ruptura da relação é respeitada apenas quando um componente da diáde morre. Esse aspecto é considerado inclusive no código civil de 1916, que mantinha a indissolubilidade do casamento até que um dos cônjuges falecesse, sendo a mulher inferior e dependente em relação ao marido (DINIZ NETO; FÉRES-CARNEIRO, 2005; PRIORI,

2005). Apenas em junho de 1977, com a Emenda Constitucional nº 9, houve a exclusão do caráter de indissolubilidade do casamento, quando então o divórcio foi instituído e regulamentado na lei nº 6.515/77 (OLIVEIRA, 2007).

Nessa época, as mulheres eram caracterizadas com uma natureza afetiva intrínseca que as impedia, por exemplo, de ocupar os espaços políticos da sociedade, restando às mesmas o amor como único destino, além de passividade, submissão, doçura e etc. Ao contrário das mulheres, os homens tinham um perfil psicológico dominado pelo vigor físico e intelectual e, por isso, não eram tão propensos ao amor quanto as mulheres. Eles também deveriam ser racionais, autoritários e mais secos, dentre outros atributos (COSTA, 1983).

O terceiro aspecto que sustenta o modelo de conjugalidade tradicional é a comunicação – a proximidade do casal não é comum em conversas sobre sentimentos e emoções (ARATANGY, 2007).

O quarto, e último aspecto está ligado à definição dos papéis – ao homem cabe o papel de provedor, responsável pelo futuro da família e pelo sustento do lar e à mulher cabe a educação dos filhos, o cuidado da casa (ARATANGY, 2007) e, historicamente, sua figura está associada ao papel de cuidadora da saúde geral (SANTI, 2003) dos membros da casa.

A história nos mostra que, ao homem, cabia fixar a residência do casal, representar a família, administrar os bens comuns e aqueles provenientes da esposa. Por outro lado, a esposa não podia trabalhar fora sem a permissão do marido (PRIORI, 2005). A maioria delas nem tinha a aspiração de ganhar a vida com seu próprio trabalho (VIORST, 2004), e o parceiro podia usar de sua força contra os excessos da parceira, restando a ela a identidade doméstica e a ele a pública (PRIORI, 2005).

O amor conjugal era constituído de procriação, sendo este o único projeto saudável. Todas as moças eram educadas para se casar e, quando isso não acontecia, a chamada

solteirona era relegada a uma forma de descenso social (PRIORI, 2005; VIORST, 2004; ÁVILA NETO, 1994).

Não existia conquista maior do que o casamento, principalmente para as mulheres. Esse rito significava amparo financeiro, sexo seguro, procriação e constituição de uma família. Em relação ao sexo no matrimônio, nada de excesso, esperava-se que a mulher aprendesse a ter relações sexuais contidas e regradas, já que recato era sinônimo de uma moça distinta (PRIORI, 2005).

Para o sexo masculino, a constituição de uma família os tornava homens e, assumir o compromisso significava receber em troca a aprovação social e a possibilidade de uma vida sexual regular (VIORST, 2004).

O poema apresentado abaixo ilustra com propriedade os anseios dessa época em relação ao casamento e o pavor da solidão de solteiro, e reafirma a proposição de Lévi-Strauss (1966) de que, em quase todas as sociedades, o estado de casado é muito valorizado.

Será que me casarei um dia?
 Será que o fim de minha busca, enfim posso prever?
 Há muitas lâmpadas que quero acender,
 E que, junto comigo, as acenda alguém.
 Será que me casarei um dia?
 Meu coração tem segredos que anseiam se abrir
 Para aquele alguém que busque o mesmo porvir
 E que, junto comigo queira buscá-lo.

O mundo está cheio daqueles que amam só por um dia,
 Que nem mesmo sabem seu segundo nome.
 Entre as cobertas, me aninhar eu queria
 Ano após ano, após ano, após ano
 Com o mesmo...
 Com o mesmo homem.

Será que me casarei um dia?

Será que a esposa de alguém jamais serei?
Jantar, amor, bebês, farei
Criando uma vida em comum (VIORST, 2004, p. 21).

Apresentamos o modelo tradicional de conjugalidade com sua moral vigente, expressada no controle dos corpos, comportamentos e atitudes de homens e mulheres que o vivenciam.

Todavia, essas normas estão amparadas, segundo Aratangy (2007), em três mitos principais: o mito do amor único; o mito do amor eterno e, o mito da completude. O primeiro deles define que só se ama uma vez de verdade, sendo assim, amores vividos antes desse encontro único representam apenas uma preparação para esse final, e, se porventura esse amor verdadeiro não der certo, as possíveis relações futuras serão apenas tentativas pálidas de vivenciar o amor verdadeiro. Esse encontro único só seria passível de término por meio da morte de um dos amantes ou um distanciamento inevitável deles. Mas, essa ruptura está protegida pelo segundo mito, que define o amor como algo eterno; quando encontrado, leva os apaixonados a agüentarem qualquer provação e a ultrapassarem qualquer adversidade. Por outro lado, se esse sentimento submergir frente à realidade, isto significará que tudo era apenas ilusão e não o amor verdadeiro. Dessa maneira, permanecer no relacionamento é prova de o quanto ele é importante e autêntico. Finalmente, o terceiro mito é a crença da completude, ou seja, a capacidade do parceiro de corrigir e completar a imperfeição da parceira, formando um todo equilibrado.

Concebemos assim, que os participantes deste estudo estão inseridos em um contexto em que há uma interação socialmente estabelecida entre eles; os outros indivíduos, a própria história do câncer e o modelo de casamento tradicional, os quais possibilitam a produção de sentidos para o câncer de mama feminino.

Diante do contexto apresentado, temos como pressuposto que esses casais experienciam o câncer de mama feminino de forma dolorosa, visto ser uma doença que muda, pelo menos de forma passageira, o cotidiano desses cônjuges e, apesar disso, permaneceram casados. Os mitos apresentados, que sustentam o modelo de conjugalidade tradicional, nos proporcionam a reflexão sobre alguns aspectos que podem estar presentes na realidade dos casais participantes do nosso estudo. Dentre eles, nos parece bastante pertinente o mito do amor eterno, visto que nossos entrevistados não se separaram em função do câncer da esposa, o que nos parece a demonstração de que eles suportaram a doença e a ultrapassaram, talvez em nome da eternidade da relação, utilizando recursos que serão demonstrados e analisados posteriormente nos resultados e discussão desta pesquisa.

5. MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Nesta investigação, a partir de uma posição construcionista, optamos pela realização de um estudo qualitativo-interpretativo, por entendermos que ele nos oferece condições de traduzir os sentidos que os casais participantes construíram para o câncer de mama feminino, ou a possibilidade, assim como afirmam Spink e Menegon (2000), de tornar esses sentidos mais claros.

A consecução de um estudo qualitativo ainda nos possibilita a profundidade dos dados coletados (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN; 2000; BOGDAN; BIKLEN, 1994; DEBUS, 1994) e a compreensão mais detalhada do fenômeno a ser investigado. De acordo com Mayan (2001), a investigação qualitativa também explora as experiências das pessoas em sua vida cotidiana, a partir da concepção de que somos seres sócio-históricos (SPINK; MENEGON, 2000).

Sendo assim, a abordagem qualitativa em Psicologia articula-se com o referencial teórico do construcionismo social na medida em que valoriza e utiliza conceitos da história, o contexto e o processo na constituição dos fenômenos, no caso desta investigação, a vivência do câncer de mama feminino para casais que se mantiveram juntos.

5.2 Contexto do estudo

Entendemos ser importante ressaltar a constituição do contexto deste estudo. Inicialmente desenvolveremos, por concordarmos com Spink (2003a), a noção de campo como um argumento no qual nos inserimos, definição que requer do pesquisador um posicionamento e, posteriormente o campo enquanto um espaço físico onde nos encontramos com os indivíduos entrevistados.

Registramos que estamos dividindo o contexto desta pesquisa em dois, como definido acima, apenas na tentativa de enriquecer e aprofundar cada um deles, porque entendemos que os dois são inseparáveis para a realização de um estudo qualitativo.

Em todo o período que trabalhamos com mulheres acometidas pelo câncer de mama, vivenciamos experiências muito diversas, tanto de intenso sofrimento, ao acompanharmos mulheres que desistem de realizar o tratamento proposto para seus casos, o que consideramos uma das experiências mais angustiantes, talvez apenas superada pela angústia que sintamos ao assistir pacientes que não respondem ao tratamento, ou a frustração de percebermos o quanto a demanda por atendimento psicológico individual nessa população é pequena.

Porém, é muito gratificante acompanharmos e atendermos mulheres que, a partir da vivência do câncer de mama, conseguem construir sentidos mais positivos para suas vidas.

A decisão de investigar casais que vivenciaram o câncer de mama feminino também nos levou a um diálogo sobre as possibilidades e desafios para a realização de um estudo desta natureza. Considerávamos difícil conversarmos sobre um assunto tão delicado com homens que não conhecíamos, o que nos parecia mais fácil com as mulheres. Por outro lado, eram conversas que entendíamos como relevantes para uma maior compreensão da problemática estudada.

Superado esse desafio pessoal, iniciamos a negociação (descrita no item coleta de dados) para que as pessoas pudessem ser entrevistadas, a partir do nosso vínculo com o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas (REMA).

Este estudo foi desenvolvido no REMA, com mulheres que freqüentam o grupo e seus respectivos companheiros. O funcionamento do REMA acontece às segundas, quartas e sextas-feiras nas dependências da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP e é composto por uma equipe multidisciplinar que presta assistência a mulheres com câncer de mama. Atualmente, a equipe é formada por uma enfermeira contratada e profissionais das áreas de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia e educação física, inseridos no curso de pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública, além de estagiários voluntários das diferentes áreas.

O REMA objetiva prestar assistência integral à mulher com câncer de mama e seus familiares (na forma de atendimento individual), visando: o estímulo ao desenvolvimento dos papéis e habilidades das mulheres assistidas em seu contexto social; aumentar e desenvolver a formação de uma equipe para assistir de forma integral mulheres com câncer de mama; ajudar no treinamento e capacitação de profissionais para trabalhar com essa população; desenvolver pesquisas sobre câncer ginecológico e mamário; assessorar outras instituições de saúde na integralidade da assistência à mulher com câncer de mama e, desenvolver programas de detecção e prevenção precoce do câncer ginecológico e mamário (MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, 1999).

As mulheres que participam desse grupo chegam até ele por meio de encaminhamentos de médicos ou de outros profissionais que atuam na área, de alguns serviços de saúde e, até mesmo a partir de um convite que pode ser feito por alguma mulher participante do próprio grupo ou por algum profissional de saúde que compõe a equipe.

A primeira atividade do dia do REMA inicia-se com os exercícios físicos, que têm duração de uma hora, e são direcionados para mulheres que foram submetidas à cirurgia por câncer de mama..

A segunda hora é reservada para a realização da dinâmica de grupo, que conta com a participação das mulheres e profissionais presentes no dia. O grupo é aberto e tem como objetivo proporcionar às mulheres o espaço para compartilharem experiências que estão vivenciando, portanto, o assunto a ser discutido emerge do próprio grupo.

Freqüentemente, são tratados assuntos como o diagnóstico do câncer de mama, suas formas de tratamento e possíveis conseqüências, dentre elas: o linfedema; a incerteza da volta da doença; a dificuldade de estabelecimento de limites nas relações interpessoais estabelecidas por elas e, a relevância do REMA na vida delas.

Ao término da dinâmica de grupo, mensalmente, as mulheres têm seus braços medidos para a verificação do possível desenvolvimento de um linfedema, assim, os profissionais de enfermagem e fisioterapia têm como orientar as mulheres em como preveni-lo ou como poderão tratá-lo se ele já estiver instalado.

O REMA é um centro de referência para o tratamento do linfedema, por isso, quando necessário ele é proposto para quem necessite, é realizado por enfermeiras e fisioterapeutas nos horários de funcionamento do grupo, numa sala separada de onde são realizados os exercícios físicos e a dinâmica de grupo.

Nesse grupo participam mulheres que estão nas mais variadas fases do tratamento e mulheres que já finalizaram o tratamento proposto para seus casos.

5.3 Universo empírico

Baseamos-nos em VÍCTORA, Knauth e Hassen (2000), para construir nosso universo empírico, cuja definição inclui: o grupo estudado, o período de tempo da trajetória dos casais entrevistados em relação ao câncer de mama, o local onde foi realizada a pesquisa (contexto do estudo) e a quantidade de casais estudada.

Dentre o grupo de casais entrevistados apresentaremos primeiro as mulheres e depois os maridos. As mulheres participantes deste estudo foram: dentre as que freqüentam o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas (REMA), aquelas que finalizaram o tratamento proposto há pelo menos um ano e não apresentavam nenhuma metástase no momento em que foram convidadas a participar do estudo. Além disso, foram entrevistadas as mulheres que concordaram em participar da pesquisa e tinham um companheiro fixo, que estivesse junto delas desde antes da descoberta do câncer até o período de realização deste trabalho.

Entendemos que um ano pós-tratamento nos possibilitaria encontrar e compreender mulheres em seu movimento de adaptação ao universo doméstico e de relação a dois, com menor relação de dependência entre eles e, seria um momento no qual a rotina hospitalar não seria tão presente na rotina diária dessas mulheres.

Além disso, os companheiros delas, que aceitaram participar do estudo, também foram entrevistados, com o intuito de aumentar as possibilidades de compreensão dessas relações conjugais, sendo que ambos foram ouvidos em separado.

Sendo assim, os participantes deste estudo foram mulheres que finalizaram o tratamento proposto para o câncer de mama há pelo menos um ano, não apresentando metástase, no momento do convite para a pesquisa, e seus parceiros, assegurado que estes eram os mesmos desde antes do recebimento do diagnóstico.

5.4 Recorte empírico

Participaram deste estudo sete casais, cujas parceiras tiveram câncer de mama e eles se mantiveram casados. O número de casais entrevistado foi definido em função da riqueza dos relatos dos participantes relacionada à vivência do câncer de mama feminino, visto que nos estudos construcionistas a variabilidade das experiências dos indivíduos são reconhecidas em detrimento de amostras representativas (SPINK; MENEGON, 2000).

5.5 Instrumentos

A realização de um estudo qualitativo-interpretativo nos direciona para a busca de compreensão das falas dos participantes, o que vai ao encontro da afirmação de Lyons (1999), ao definir a pesquisa qualitativa como um trabalho de compreensão dos fenômenos sem a preocupação com suas medidas ou relações causais. Assim sendo, estabelece-se como fundamental o encontro face a face entre pesquisadora e participantes.

Esse encontro é capaz de proporcionar não somente a compreensão do universo simbólico do outro, mas também, a compreensão do seu universo não verbal, ao não dito que pode se expressar por meio da linguagem corporal.

Entendemos que esse encontro pode ser vivenciado por meio da realização de entrevistas semi-estruturadas, cuja própria denominação nos aponta para o mínimo de aprisionamento do outro, bem como para sua espontaneidade e conforto ao relatar fatos e acontecimentos.

Bogdan e Biklen (1999) afirmam que no âmbito da investigação qualitativa a entrevista pode ser a estratégia principal de coleta de dados, entretanto, ressaltam que os

dados têm de descrever a linguagem do próprio participante da pesquisa, e então, ao investigador é permitido desenvolver de forma intuitiva o modo como os indivíduos interpretam fragmentos da realidade que os rodeiam.

No trabalho qualitativo, a entrevista é composta por questões flexíveis, enfatizando a profundidade das informações fornecidas pelos participantes da pesquisa, cujas técnicas de análise posterior proporcionam a utilização de amostras pequenas (MATHIESON, 1999).

Potter (1996) assegura que na pesquisa discursiva, as entrevistas têm sido largamente utilizadas por permitirem certa regularidade de temas que podem ser endereçados aos diferentes participantes.

No construcionismo social, as entrevistas são momentos nos quais alguns aspectos como: a interação entre pesquisador-pesquisado; o modo como os relatos fazem parte do mundo que descrevem; a maneira como as pessoas entrevistadas montam suas narrativas e as habilidades conversacionais dos participantes, merecem uma atenção especial do pesquisador (PINHEIRO, 2000; SILVERMAN, 2001) e direcionam a análise dos discursos dos entrevistados, como também a noção de que os sentidos produzidos nas entrevistas “não estão na linguagem como materialidade, mas no discurso que faz da linguagem a ferramenta para a construção da realidade.” (PINHEIRO, 2000, p. 193).

Passamos à apresentação das questões norteadoras de nossa pesquisa, cuja formulação está permeada pelos estudos realizados por Spink (2003) e Spink e Lima (2000).

As entrevistas seguiram o roteiro descrito abaixo, seguidas por um diário de campo para cada cônjuge entrevistado, no qual foram registrados os sentimentos e impressões da entrevistadora.

Questões norteadoras da entrevista:

- 1-Como vocês se conheceram?
- 2-O que levou vocês a decidirem viver juntos?
- 3-O que é ser marido? O que é ser esposa? Sempre pensaram assim?
- 4-Como você descreve a relação de vocês?
- 5-O que você fez e/ou pensou para ultrapassar o momento de confirmação da doença e de realização do tratamento? Como você lidou com esses momentos?
- 6-Como é para você conviver com as consequências de todo esse percurso? E hoje?
- 7-Você percebe mudanças no modo como conversavam antes da doença e agora? Quais?
- 8-Fale-me sobre como você os vê enquanto casal antes desse acontecimento e agora.

5.6 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa pertencente ao local de onde os participantes deste estudo foram convidados e, as entrevistas foram iniciadas após o parecer favorável do mesmo, conforme disposto em anexo.

As mulheres foram informadas quanto à realização da pesquisa nas dinâmicas de grupo, no momento em que são passados os informes do grupo, sendo dito que as mulheres que finalizaram o tratamento proposto para seus casos, há pelo menos um ano, e seus companheiros poderiam participar desde que estivessem juntos desde antes da descoberta da doença.

No convite de participação foi justificado que o interesse em entrevistar mulheres e seus companheiros fundamentava-se na intenção de compreendê-los enquanto casal que em algum momento descobriram que a parceira tinha câncer de mama.

Os casais que porventura demonstrassem dificuldade de adequação em algum setor de suas personalidades, em função da dificuldade de se adaptarem a sua nova realidade, teriam assegurado a possibilidade de acompanhamento psicológico, que poderia ser fornecido pela própria entrevistadora.

5.7 Coleta de dados

Os dados foram coletados de Março a Julho de 2006, nas residências dos entrevistados e nas dependências da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP, onde as mulheres que freqüentam o REMA são encontradas nos dias de funcionamento do grupo.

As mulheres foram convidadas juntamente com seus companheiros para uma entrevista individual, gravada em micro-gravador, com duração média de uma hora, num local reservado, no qual apenas entrevistadora e entrevistado estavam presentes, sendo as mesmas agendadas previamente com os participantes.

Além disso, as impressões da pesquisadora em relação aos casais, ao modo como conversaram sobre o que lhes foi indagado e ao local da coleta de dados foram registrados em um diário de campo.

As anotações de campo são etapa fundamental na coleta dos dados porque os mesmos podem ser utilizados: para análises finais; como referência para guiar o pesquisador se o procedimento adotado é válido; para reavivar a consciência do pesquisador em relação a

aspectos despercebidos; na formulação de novas idéias; no descobrimento de omissões nas descrições, e, possibilitar uma reavaliação até mesmo dos pressupostos da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987).

Importante ressaltar que os convites realizados para participação neste estudo não tiveram como contrapartida nenhuma manifestação de contribuição espontânea no momento em que foram feitos diante do grupo, isto é, as mulheres que decidiram participar e seus maridos só decidiram após um convite pessoal e individual e não no contexto grupal.

A partir então do contato individual, sete casais foram entrevistados separadamente, sendo que do total de quatorze entrevistas realizadas, onze delas ocorreram nas residências dos entrevistados e três nas dependências da EERP-USP.

A decisão pela realização das entrevistas com cada componente do casal em separado ocorreu após a realização de uma entrevista piloto e de conversas informais com algumas pacientes que freqüentam o REMA.

A realização da entrevista piloto ocorreu na residência de um casal quando ambos então foram entrevistados juntos. Durante esse encontro foi percebido que marido e esposa não se sentiram à vontade para contarem sobre a experiência do câncer de mama feminino diante um do outro. Inclusive o marido deste casal ficou muito emocionado durante a entrevista e apenas confirmava o que a esposa relatava. Além disso, algumas pacientes, em conversas informais, relataram que se sentiriam mais à vontade se falassem em separado dos maridos. Algumas delas afirmaram que seus maridos aceitariam participar da pesquisa se pudessem falar separados delas também.

Após essas experiências decidimos realizar as entrevistas em separado, ou seja, com marido e esposa separadamente. Depois disso, começamos a negociação dos locais das entrevistas, realizado entre entrevistadora e entrevistados de forma que ficasse mais fácil para

ambos. As entrevistas tiveram duração média de uma hora, foram gravadas em micro-gravador e iniciadas após leitura e assinatura do termo de consentimento (APÊNDICE A).

As entrevistas, como já exposto, foram realizadas na EERP e residências dos entrevistados. Na EERP, as entrevistas, ocorreram de forma muito mais delimitada e num período de tempo curto quando comparadas às entrevistas realizadas nas residências dos participantes. Percebemos também que o envolvimento da entrevistadora foi muito mais pontual e estruturado na EERP, isto é, realizar entrevistas num setting estabelecido institucionalmente como esse proporcionou a permanência da entrevistadora num lugar profissional de pesquisa que até então ela estava mais acostumada, no qual um pequeno aquecimento já é suficiente para a realização de uma entrevista como era a proposta.

Porém, realizar entrevistas no universo doméstico dos entrevistados foi algo bastante diferente, em alguns momentos a entrevistadora precisou se reposicionar e delimitar que estava ali principalmente para conversar sobre a experiência do câncer de mama na vida dos casais.

Percebemos que nas residências, quando comparadas à EERP, os momentos vividos com os entrevistados, foram muito mais intensos, no resgate de toda a experiência vivenciada por eles dentro de suas casas, onde parece que os fenômenos ficam mais próximos das pessoas do que nas instituições.

Sendo assim, entendemos que as entrevistas realizadas fora do lugar institucionalizado proporcionaram um maior enriquecimento das pesquisadoras e contribuíram para apresentar uma maior diversidade de outros lugares que os participantes ocupam nos variados contextos de suas vidas. Porque como nos aponta Kleinman (1988), o ambiente social do tratamento do paciente é apenas um componente do sistema social local no qual ele vive e está inserido.

5.8 Análise dos dados

Explicitamos que a análise dos dados desta investigação está inserida na proposta de prática de pesquisa apresentada por Spink (2000), que utiliza a definição de sentido como uma construção dialógica, situada na história e na cultura. Optamos ainda pela utilização dos mapas de associação de idéias, proposta pela mesma autora como técnica de análise de dados.

A análise dos dados deste estudo iniciou-se com a transcrição de todas as entrevistas baseadas e adaptadas a partir do modelo proposto por Schiffrin (1994) disposto no apêndice B, utilizando nomes fictícios para a identificação dos entrevistados.

Finalizada a transcrição, houve a imersão das pesquisadoras nas informações contidas nas entrevistas realizadas, que foram lidas diversas vezes, para que os sentidos relacionados à vivência do câncer de mama feminino para casais que permaneceram unidos nessa experiência pudessem aflorar (SPINK; LIMA, 2000).

Os sentidos construídos pelos casais no decorrer das entrevistas, juntamente com nossa familiarização prévia com as pesquisas na área do câncer de mama e nossas teorias de base, proporcionaram assim como nos apontam Spink e Lima (2000), a construção dos temas relacionados ao nosso objeto de pesquisa. Temas que serão descritos e analisados no item resultados e discussão deste estudo.

Para que os sentidos relacionados à vivência do câncer de mama feminino dos casais participantes pudessem aflorar também foi necessária a utilização dos mapas de associação de idéias, construídos para cada casal entrevistado. Os mapas sistematizam o processo de análise das práticas discursivas na busca de aspectos como os repertórios interpretativos utilizados pelos entrevistados na produção de sentidos e da dialogia presente nesse processo (SPINK; LIMA, 2000).

No apêndice C apresentamos os mapas de associação de idéias de: Roberto e Nilde (casal 4); Pedro e Guiomar (casal 7), com o intuito de dar visibilidade à técnica de análise dos dados utilizada nesta investigação.

Explicitamos ainda que apesar de entrevistarmos os casais com marido e esposa em separado, considerando nossos objetivos, a análise das falas dos participantes foi realizada em conjunto, o que demandou esforços das pesquisadoras para fazer as junções dessas falas com vistas à compreensão dos sentidos construídos pelos casais entrevistados.

Ao adotarmos esses passos para a análise dos dados entendemos que temos condições de compreender os sentidos produzidos pelos casais entrevistados que vivenciaram o câncer de mama feminino e se mantiveram casados.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão de nossa pesquisa serão apresentados subdivididos nos seguintes tópicos. Primeiro, apresentaremos uma descrição geral dos casais entrevistados (APÊNDICE D), junto de suas entrevistas, com seus principais temas e registros mais significativos dos diários de campo construídos, o que nos possibilitou a apresentação de convites para refletirmos sobre os sentidos construídos pelos casais para o câncer de mama feminino. Em seguida, iniciaremos a apresentação dos temas que dirão respeito aos sentidos do câncer e da conjugalidade. Os sentidos do câncer serão agrupados no item intitulado vivência da doença, no qual estarão contidos os temas: confirmação do câncer de mama e fase do tratamento, este subdividido nos seguintes sub-temas: a) ficando mais em casa; b) conversando omitindo a doença; c) transportando as esposas; d) cuidado fornecido por outras mulheres; e) realização do serviço doméstico: terceirizado e f) sexualidade: afastamento. E os sentidos da conjugalidade estarão contidos na temática ser marido e ser esposa.

6.1 Os casais entrevistados e suas entrevistas

Apresentaremos a seguir os dados sócio-demográficos dos casais entrevistados, com os principais temas de suas entrevistas, respeitando a ordem em que cada um foi entrevistado, juntamente com os registros mais significativos dos diários de campo construídos relacionados à vivência do câncer de mama feminino para estes casais.

As apresentações dos entrevistados que se seguem, bem como de suas entrevistas, nos auxiliam na compreensão do contexto de vida destes casais, que tiveram seus cotidianos marcados pelo câncer de mama feminino e nos contaram histórias relacionadas à enfermidade

e à vida a dois deles, o que nos possibilitou ao final de cada apresentação, formularmos convites para a reflexão dos sentidos construídos por eles para o câncer de mama feminino.

Casal 1: Joana e Raimundo

Joana e Raimundo são casados em segunda união há 16 (dezesesseis) anos. Nenhum dos dois completou o ensino fundamental; ela é aposentada e ele pedreiro. Ela é católica e ele espírita. Não tiveram filhos. A média de idade do casal é de 61 (sessenta e um) anos e, segundo afirmaram, pertencem à classe social média. Ela foi submetida a uma quadrantectomia com esvaziamento axilar há 3 (três) anos.

Realizei primeiro a entrevista com Raimundo porque seus horários eram mais restritos do que os de Joana e, logo no início, já conseguimos agendar um horário para conversarmos. Fui até a casa deles para entrevistá-lo e, chegando lá, Joana me recebeu, apresentou-me a Raimundo, que já me esperava na sala da casa, e depois se retirou, dizendo que ficaria na varanda da casa para que pudéssemos ficar à vontade.

Raimundo contou que Joana agora se preocupa mais com a clínica do que com a casa. Ele mostrou-me vários relógios que ela distribuiu pela casa no decorrer da doença, o que ele associa com essa preocupação dela. Relatou que ela não é tão grudada mais nele, o que, segundo ele, é melhor porque ele ficou mais livre.

Disse, ainda, que durante o tratamento, a levava e a esperava no hospital. Definiu o câncer como uma experiência a mais em sua vida e contou que é o mesmo marido depois do câncer e que eles conversam muito. De acordo com seu relato, ele passou a tratá-la melhor depois da doença por causa da carência dela; passou a vir mais cedo para casa, e acha que ela precisa de mais companhia. Sente dó dela. Avaliou a relação deles como sendo melhor hoje

do que antes da enfermidade, e disse que tem que ter paciência porque ele também pode vir a ter câncer.

Para Raimundo, marido é alguém que encara e enfrenta as coisas; é ser aquele que não vai dispensar a companheira porque ela teve câncer.

Ao final da entrevista, fui convidada por eles para um lanche, momento no qual Raimundo me contou que havia construído a casa onde moram, e Joana me explicou sobre a importância de um oratório que eles têm em casa para rezar.

Num outro dia, nas dependências da EERP-USP, numa sala reservada, conversei com Joana. No início da entrevista, ela me contou que eles conversam sobre tudo, e muito, e que Raimundo não fica sem ela. Disse ainda que o assunto da doença foi mais discutido entre eles na época do tratamento.

No período pós-cirúrgico, ela ficou na casa de sua filha. Nessa época, segundo relatou, Raimundo foi seu companheiro; uma outra mulher assumiu o serviço doméstico e ele ajudava a preparar e a servir as refeições quando ela já estava de volta em casa. Nessa fase, segundo disse, disfarçavam, um para o outro, sobre o que realmente sentiam, e isso parece ter ajudado a ambos no enfrentamento de seu tratamento.

Ela afirmou que ser esposa é ter uma pessoa com quem contar, o marido poder contar com ela e ambos viverem numa boa. Percebe que, depois da doença, seu corpo mudou; ficou fria. Porém, afirma fazer tudo para que Raimundo fique numa boa na parte sexual, e conta que não percebe nada de diferente no comportamento do marido, no que se refere essa questão (sexual).

Joana e Raimundo relatam que conversam muito, e sobre todos os assuntos, algo pouco comum em casais que vivem uma conjugalidade tradicional. Em relação à temática do adoecimento, contudo, Joana afirma que eles disfarçavam o que sentiam na época do

tratamento. Como entender esta situação: falta de abertura emocional e pouco apoio familiar ou sinal de respeito e cuidado mútuo?

A afirmação de Joana sobre seu “ser esposa”, cujo resultado é uma vida boa para o casal, parece significar que no relacionamento conjugal talvez não caibam conflitos. Será que isso então vai ao encontro deles terem disfarçado, entre ambos, os sentimentos mais íntimos em relação ao câncer de mama? Será essa uma saída construída por esse casal para vivenciar o câncer de mama da parceira sem tantos conflitos?

Casal 2: Lúcia e Paulo

Lúcia e Paulo são casados há 38 (trinta e oito) anos. Nenhum deles completou o ensino fundamental. Ela é do lar e ele, aposentado. Os dois são católicos e tiveram 4 (quatro) filhos. A média de idade do casal é de 64 (sessenta e quatro anos) e, segundo relataram, pertencem à classe social média baixa. Lúcia foi submetida a uma quadrantectomia com esvaziamento axilar há 4 (quatro) anos.

A primeira a ser entrevistada foi Lúcia. Ela me recebeu na sala de sua casa, onde a entrevista ocorreu. Disse que a sala era muito escura e que planta nenhuma ia para frente ali. Contou-me que, com a chegada do câncer e depois dele, os dois (ela e o marido) passaram a dormir numa posição diferente; passaram a dormir virados para os pés da cama, para que eles não se atrapalhassem na hora do sono e para que ela não fosse machucada no lado operado.

Afirmou que não tem medo do câncer, mas acha que seu marido tem, até hoje. Na época, ambos tinham medo de falar um com o outro quando o assunto era a enfermidade, por isso, só o necessário era dito. E ela não falava com ele sobre a doença para poupá-lo.

Contou que Paulo a acompanhou em todo o tratamento e que ficava muito nervoso com o fato de esperá-la no hospital. Por essa razão, ela preferia ficar sozinha e, no momento de ir embora, ligava e ele a buscava.

Esclareceu que não sentiu afastamento sexual entre eles por conta da cirurgia e da doença, ao contrário, em sua avaliação, ele ficou mais cuidadoso e se manteve na dele até que ela estivesse pronta novamente para se relacionar sexualmente com ele.

Disse que, depois da doença, ele passou a ajudá-la de vez em quando no serviço bruto da casa. Acha que ele fica preocupado com ela diante da ameaça de seu braço inchar, o que também é um medo dela. Por esta razão, eles, agora, têm uma faxineira semanalmente.

Para ela, ser esposa significa tomar conta da casa, dos filhos e do marido.

Depois da entrevista de Lúcia, fui apresentada aos dois filhos, que ainda moram com eles, e tomamos um café. À mesa, estávamos ela, uma de suas noras e eu. Ela me mostrou o local de trabalho do marido, que fica no fundo da casa deles, e me contou um pouco sobre a forma como ocuparam o terreno da casa, já que um de seus filhos casados mora em uma casa nos fundos também.

Num outro dia retornei à casa deles para entrevistar Paulo. Fui recebida por Lúcia, que me acompanhou até a sala onde Paulo já me esperava. Paulo contou que, com a chegada do câncer, foi preciso ir devagar com a parte sexual (ficar longe de Lúcia) e foi necessário ainda tomar mais cuidado com o lado operado dela. Disse também que nunca se sabe se o câncer acabou. Relatou que dá bronca nela por causa do longo período de tempo que ela passa na cozinha, mas, ao mesmo tempo, conta que ela tem ânimo para fazer as coisas, que nunca desanimou e, por isso, ele nunca precisou fazer o serviço doméstico.

Paulo afirmou que, na época do tratamento, procurou conversar mais com Lúcia, ficar mais junto dela; achava que tinha que apoiá-la e procurou ajudá-la transportando-a de um

lugar para outro. Relatou que eles sempre foram fiéis, um com o outro, no casamento, e comparou o câncer a uma batalha que, para ser enfrentada, deve-se guerrear até o fim. Para ele, se, depois, a companheira morrer, estará na consciência do marido ir para onde ele quiser.

Em sua avaliação, ele não dá motivo para ela se entristecer porque acha que o maior veneno para uma pessoa é o sistema nervoso; entende que o câncer pode ser uma doença ligada à depressão e que, talvez, se ela entrar em depressão, outro câncer poderá surgir.

Para ele, não é fácil ser marido, mas definiu a relação deles como: “quando um fala o outro concorda”, e vice-versa. Disse ainda que um bom ambiente para o casal se estabelece quando um assunto iniciado é resolvido sem briga.

Ao final da entrevista de Paulo, sentamos à mesa da cozinha, Lúcia, ele e eu, e conversamos um pouco sobre como Ribeirão Preto era no passado e como é hoje.

Parece que Lúcia e Paulo nos convidam a pensar, em relação à vivência do câncer, o que significa a expressão “quando um fala o outro concorda”. Será que isso significa uma vivência da enfermidade sem desentendimentos? Talvez, por isso, Lúcia, por exemplo, não falou sobre a doença com o marido e ele, tenta até hoje não deixá-la triste? Parece-nos ainda pertinente apontar que esse casal apresenta um modo tradicional de relacionamento conjugal, no qual não cabem contestações.

Casal 3: Mauro e Lourdes

Mauro e Lourdes são casados há 43 (quarenta e três) anos. Ambos finalizaram o ensino superior, são aposentados, espíritas e tiveram 2 (dois) filhos. O casal tem uma média de idade de 68 (sessenta e oito) anos e, segundo afirmaram, pertencem à classe social média. Lourdes foi submetida a uma mastectomia total com esvaziamento axilar há 11 (onze) anos.

A primeira entrevista com esse casal ocorreu com Lourdes, num local reservado, nas dependências da EERP-USP. No início da entrevista, contou que ela e o marido ficaram meio apavorados com a confirmação do diagnóstico do câncer de mama dela, porque seis meses antes ela havia feito uma mamografia que não havia mostrado nenhuma anormalidade em suas mamas.

Disse que Mauro sempre esteve junto dela na época da cirurgia e do tratamento do câncer. Contou também que, depois da cirurgia, ela via que ele ficava encolhido na beirada da cama ao dormirem, por isso, um dia, ela disse a ele que o câncer não pegava. Ele então respondeu que não acreditava que ela pensasse isso sobre ele, e explicou a ela que estava dormindo daquele jeito porque ela havia sofrido uma cirurgia delicada, e dormia daquela forma para não prejudicá-la.

Lourdes acrescentou que, durante a quimioterapia, ficava com o corpo todo dolorido e só conseguia descansar no contato de pele com ele. Isso acontecia quando ele tirava a camisa e ela colocava sua cabeça no peito dele e, assim, conseguia descansar. Entende que o amor foi algo que os ajudou a enfrentar o câncer dela. Ela reconhece que, na época da doença, havia se tornado até um pouco egoísta, no contexto familiar, monopolizando todos os seus membros. Contou também que, após o câncer, ela e Mauro acabaram não tendo mais relação sexual e que nunca haviam conversado sobre isso. Percebe, hoje, que podem ter deixado passar algo que talvez fosse importante para os dois, mas sente que como não fazia falta para os dois, acomodaram-se assim mesmo.

Definiu esposa como alguém que está junto do marido, trocando idéias e convivendo com ele. Para ela, ser esposa é ser companheira, amiga e mãe. Contou que a relação deles é tranqüila, como a de duas pessoas que se querem bem e se respeitam. Contudo, admite que, às vezes, ela impõe suas opiniões e ele as acata. Relatou, ainda, que é dependente da presença dele e que ele também depende da presença dela.

Nesse mesmo dia, no período da tarde, fui até a casa deles para conversar com Mauro. Fui recebida no portão por Lourdes, que me convidou para conhecer seu quintal. Ao chegarmos lá, ela me disse, ao olharmos para ele, que, antes do linfedema, aquele lugar era repleto de pés de fruta, porém, uma piscina foi construída para ajudar no seu tratamento e, por isso, quase todos os pés tiveram que ser arrancados, restando apenas alguns.

Logo depois disso, Mauro chegou e Lourdes se retirou. Começamos a entrevista na sala da casa. Mauro começou dizendo que a ajuda em tudo o que ele pode. Avaliou que foram amargos os dois anos em que conviveram intensamente com o câncer de Lourdes. Disse que a confirmação da doença foi um choque para ele, deixando-o totalmente revoltado porque Lourdes é uma mulher que sempre procurou ajudar o próximo e nunca recusou ajuda a ninguém.

Mauro contou que, para ajudá-la, procurou de todas as formas não deixá-la magoada. Ele também procurava não demonstrar a ela a preocupação que sentia com a doença; através de conversas, não diretamente sobre a doença, dizia que tudo aquilo passaria e que ela venceria. Relatou que foi uma época em que permaneceram juntos e que ele procurou apoiá-la em tudo.

Relacionou ser marido a um estado bom, maravilhoso, e disse que a vida deles melhorou depois da doença. Explicou que o modo de vida deles continuou o mesmo, porém tornaram-se ainda mais unidos.

Ao término da entrevista, fui convidada para um café. À mesa, estávamos, Lourdes, Mauro, a filha do casal que mora com eles e eu. Nesse momento, conversamos sobre a doença da filha, que, naquela ocasião, havia recebido o diagnóstico de uma insuficiência renal, e falamos ainda sobre alguns pratos de comida gostosos.

Para Mauro e Lourdes talvez seja pertinente a reflexão sobre o significado do amor. O que será que eles chamam de amor? Como esse amor aparece na relação deles depois do câncer? Será que numa união maior, conforme relatada por Mauro?

Casal 4: Nilde e Roberto

Nilde e Roberto são casados há 37 (trinta e sete) anos. Ambos finalizaram o ensino superior, são aposentados, católicos e tiveram 3 (três) filhos. A média de idade do casal é de 62 (sessenta e dois) anos e, segundo o que afirmaram, pertencem à classe social média baixa. Nilde foi submetida a uma quadrantectomia com esvaziamento axilar há 9 (nove) anos.

Roberto e Nilde foram entrevistados no mesmo dia na casa deles. Conversei primeiro com Roberto, que esteve ofegante durante toda a entrevista. Ele começou dizendo que eles formam um casal que procura conversar quando têm um problema e que a chegada do câncer de Nilde foi uma pedrinha colocada no caminho deles.

Contou que, como marido, procurou aceitar a doença de forma amigável, dando todo o apoio a ela e fazendo vistas grossas para o nervosismo dela. Entendia o câncer como uma provação que eles tinham que passar e achava que ela precisava aceitar e esquecer a doença.

Afirmou que, na época do tratamento, era ele que a levava para fazer a quimioterapia e a radioterapia. Sentiu-se triste nessa época, mas contou que não foi tão difícil. Procurava ajudá-la nas tarefas domésticas porque ela nem sempre estava disposta, porém ela as realizava quando tinha a mínima condição, razão pela qual ele e os filhos brigavam com ela. Contou que, nessa fase, saía com ela (levava-a para trabalhar com ele no carro, já que ele tinha uma profissão que exigia ir até a casa das pessoas) e percebe, hoje, que isso a ajudou no enfrentamento da doença.

Para Roberto, marido é ser um amigo, compreensivo, uma pessoa que se dedica à outra como ela é. Entende que o amor resolve qualquer problema. Aceitou e aceita a doença, e afirma que esqueceram o assunto. Considera-se uma pessoa feliz e afirma que procurará manter o compromisso que fez com Nilde no altar, até o fim de sua vida. Relatou ainda que, se não tivesse ela, não teria nada.

Contou que o relacionamento amoroso deles ficou um pouco abalado na época da doença e que, como resultado do câncer, a parte sexual ficou um pouco prejudicada pelo trauma. Contudo, ficaram mais próximos depois da enfermidade.

Finalizada a entrevista com Roberto, Nilde veio ao meu encontro para conversarmos na copa da casa deles, onde eu havia entrevistado seu marido. Contou que levou um grande susto ao receber a confirmação do diagnóstico de câncer e que se revoltou, por achar que viveria apenas por aproximadamente mais três meses. Só mais tarde, veio a aceitação. Acrescentou que tinha a impressão de que Roberto tinha muito medo de perdê-la. Ela o percebe como dependente dela, contudo, avalia que essa dependência foi construída com seu câncer, e hoje considera que a doença foi um alerta para que ela mudasse de vida.

Disse que Roberto não admitia que ela chorasse. Entende que ele queria que ela fosse forte e, em função disso, não conversava sobre a doença com ela; esse assunto era tabu entre eles e ainda é um pouco até hoje. Ela contou que queria proteção e que se sentia solitária em relação a ele. Percebia isso como uma fuga dele; ou ele não queria encarar a realidade de frente, ou realmente ele era um ignorante em relação ao assunto.

Nesse período, segundo relatou, entrou em depressão e atribui isso ao fato de ele não deixá-la falar sobre a doença. Relatou que uma irmã dele, que é enfermeira, deu-lhe suporte nessa fase. Além disso, uma faxineira também foi contratada para ajudar na realização do serviço doméstico. Porém, Roberto a acompanhou em todas as sessões de radioterapia necessárias para seu tratamento.

Descreveu a relação deles como sendo sustentada por um companheirismo mútuo e disse que, para ela, ser esposa é poder voltar para casa e, lá, ter uma pessoa que sabe o que está acontecendo com você, sem necessidade de muita conversa para explicar o que se passa.

Em sua avaliação, o câncer mostrou algumas coisas que ela não deveria ter feito como, por exemplo, discussões ou brigas desnecessárias com Roberto, do tipo ir ou não ir a um determinado lugar; hoje, segundo contou, ela vai sozinha aos lugares, se ele não está com vontade de ir.

Ao final, ofereceram-me um café. À mesa estávamos nós três, e o que foi mais interessante foi Roberto dizer “Olha!”, para que eu prestasse atenção nele e percebesse que era ele, e não ela, quem estava lavando a louça que havíamos sujado.

Nilde e Roberto parecem nos contar que lidaram com o câncer de formas diversas, as quais para Nilde não foram satisfatórias, visto que ela se sentiu sem possibilidades de vivenciar sua doença como gostaria porque, segundo ela, Roberto não permitia que ela chorasse ou falasse sobre a enfermidade. Porém, ele considera que deu todo o apoio a ela. Diante disso, talvez sejamos convidados a pensar sobre o que é conjugalidade para esse casal na vivência do câncer. Qual o significado da definição de Nilde de que a relação deles é sustentada por um companheirismo mútuo? Por que será que Nilde não manifestou sua frustração ao marido quanto à forma que ele cuidava dela? Será que isso está relacionado ao modelo de conjugalidade tradicional, no qual não se fala sobre sentimentos e não cabem contestações?

Casal 5: Marta e Valmir

Marta e Valmir são casados há 37 (trinta e sete) anos e ambos completaram o ensino fundamental. Ela é do lar e ele, aposentado. São católicos e tiveram 3 (três) filhos. A média de idade do casal é de 63 (sessenta e três anos) e, segundo afirmaram, pertencem à classe social média. Marta foi submetida a uma quadrantectomia com esvaziamento axilar há 3 (três) anos.

Meu primeiro encontro foi com Marta, em um quarto, que funciona como uma dispensa e que fica do lado de fora da casa onde mora com Valmir. Ela começou me contando que sempre foi paciente em sua convivência com Valmir.

Em relação ao câncer, Marta relatou que a notícia da doença representou um ponto de morte. Contou que ela e Valmir ficaram muito chateados. Disse também que ela havia se chocado um pouco com ele porque ele lhe dizia que ela era uma pessoa que rezava tanto, mas que, mesmo assim, estava com câncer. Isso fez Marta compreender que ele não fazia aquilo por maldade, mas porque sentia pena dela.

Contou que, durante a fase do tratamento, ele a levava onde era preciso e só faltava adivinhar o que ela queria comer. Segundo informou, ele cuidava (e cuida até hoje) para que ela não carregasse peso em função do braço do lado operado. Contou, ainda, que não conversavam sobre a doença e que, atualmente, ele também não pergunta a ela sobre o câncer.

Relatou que eles têm um relacionamento muito bom; conversam muito e parece que, depois do câncer, a vida a dois melhorou ainda mais. Contudo, Marta atribui essa mudança a si mesma e não a Valmir. Ela disse que era fechada, que não se abria, e que, às vezes, por pouco se sentia ofendida com o que lhe diziam, mas, hoje, depois do câncer, isso não acontece mais. Avalia que dá mais valor à vida, sente mais amor pelas pessoas e pela vida, tem mais fé

em Deus e quer fazer tudo o que tiver direito. Para Marta, ser esposa é fazer tudo para agradar o marido.

Em um outro dia, retornei à casa desse casal para conversar com Valmir. Ao chegar lá, encontrei-o na calçada, em frente da residência deles, como se estivesse me esperando. Entramos e fomos conversar na sala.

Valmir disse-me que quem contou a ele sobre o câncer da Marta foi a filha mais velha do casal, notícia que o deixou chateado. Porém, logo em seguida, relatou que a fase do diagnóstico e do tratamento havia sido normal; à noite conversavam e Marta lhe explicava o que tinha acontecido durante o dia, em relação à doença.

Seu papel durante o tratamento foi o de ajudar as filhas, comprando o que era necessário para a casa. Relatou que, nesse período, a filha mais velha tomou as providências necessárias para o cuidado direto da mãe, enquanto a mais nova cuidava da casa.

Segundo ele, depois da realização da cirurgia de Marta, o relacionamento deles mudou porque ela se tornou uma pessoa mais alegre. Disse que ele faz o que gosta e ela também. Contou que a vida a dois não é fácil nos dias atuais e, se fosse para ele começar sua vida hoje, seria diferente. Como exemplo, Valmir citou os filhos e netos, que, hoje, não respeitam seus pais. Em relação ao casamento, relatou que, em função de sua formação anterior, mantém a fidelidade no casamento.

Avaliou que a doença foi uma experiência negativa e contou que, de vez em quando, pergunta a ela se está doendo e se ainda machuca o local da cirurgia. Por outro lado, também afirmou que, depois da doença, diminuíram um pouco as divergências entre eles; ficaram mais unidos. Contou que se tornou uma pessoa mais maleável e que está mais atento e mais solícito. Disse que, atualmente, passa mais tempo em casa, mudança que, em sua opinião, foi muito boa.

Ao final dessa entrevista, Marta ofereceu-me suco na cozinha e, lá, os dois me contaram um pouco sobre as reformas que já haviam realizado na casa deles.

Marta e Valmir parecem um casal para o qual conversar sobre o câncer teve sentidos diferentes. Segundo Marta, eles não conversaram e não conversam até hoje sobre a doença, e isso não parece um empecilho para ela se sentir cuidada por ele. Por outro lado, Valmir afirma que conversavam sobre a enfermidade à noite e, ele ainda complementa, dizendo que atualmente pergunta a ela se o local da cirurgia dói e se machuca. Sendo assim, podemos indagar sobre o que é conversar sobre a doença para esse casal? Será que necessariamente o assunto da doença tem que ser discutido diretamente pelos cônjuges, para que o doente se sinta cuidado pelo parceiro?

Casal 6: Rute e Júlio

Rute e Júlio são casados há 27 (vinte e sete) anos e ambos finalizaram o ensino médio. Ela é vendedora e ele comerciante. São católicos e tiveram 3 (três) filhos. A média de idade do casal é de 50 (cinquenta) anos e, segundo informaram, pertencem à classe social média baixa. Rute foi submetida a uma quadrantectomia com esvaziamento axilar há três anos.

Meu primeiro contato foi com Júlio, na casa onde mora com Rute. Júlio começou dizendo que eles têm uma vida tranqüila, mas, infelizmente rotineira porque vivem basicamente em função dos filhos.

Júlio contou que o impacto do diagnóstico do câncer de Rute foi forte para ele e que ele não queria passar isso para os filhos. Contou também que nem ele, nem os filhos deixavam transparecer para ela que estavam tristes. Disse que, para ele, o fato de ela ter tido

câncer não mudou nada. Relatou que o que alterou foram os cuidados que ela passou a tomar, depois da cirurgia, com o braço do lado operado.

Segundo ele, a época do tratamento foi muito sofrida, mais em termos financeiros, e ele tinha que levá-la quase todos os dias ao hospital. Entendia que seria passageiro, mas foi um momento muito duro (nesse momento ele ficou com os olhos marejados). Contou que, nessa fase, ela ficou muito frágil, porém eles se uniram muito; entende que isso fez com que eles se apegassem um ao outro. Relatou ainda que ele e Rute nunca foram de conversar muito sobre a doença.

Júlio avaliou, na época da entrevista, que as coisas entre eles já estavam como antes do câncer. Contudo, reconhece que ficou a experiência; percebe que amadureceu um pouco com a enfermidade, pôde passar a contar com pessoas com as quais ele jamais contaria antes e sente que a relação entre ele e os filhos ficou mais sólida. De forma negativa, avaliou que ficou um receio quanto à possível volta da doença, porém, relatou que sua opinião é a de que ela foi curada.

Percebe-se um homem que não se abala tão facilmente, o que, no entendimento dele, lhe dá um pouco de tranquilidade. Relatou ainda que, em sua opinião, o papel de marido exige amor e responsabilidade.

Ao final da entrevista, Rute veio ao nosso encontro, ofereceu-me um doce e depois, na frente da casa, quando eu me preparava para ir embora, eles me contaram sobre uma reforma que haviam começado a fazer na casa há muito tempo atrás, mas que não haviam conseguido terminar, pelo menos até o dia em que essa entrevista foi realizada.

Num outro dia, retornei à casa desse casal para entrevistar Rute. Ela começou pedindo que eu não reparasse porque a casa dela era uma bagunça mesmo.

Disse que ela e Júlio vivem mais em função da família, e avaliou que o que mais os faz permanecerem juntos é o respeito que há entre ambos. Contou que ele é uma pessoa pouco presente, em termos de companhia; isso acontece apenas quando ele está sozinho, o que, segundo ela, já atrapalhou muito a vida a dois deles. Por outro lado, relatou que eles nunca saem separados, a não ser que ele esteja trabalhando.

Rute contou que a confirmação do câncer de mama lhe deixou arrasada; sentiu que morreria e se lembra de que Júlio ficou ao seu lado.

Segundo relatou, a época do tratamento foi muito difícil. Contou que Júlio também a acompanhou, e disse que só não teve mais o apoio dele porque via que ele não tinha condição. Acrescentou que, nesse período, eles nem brigavam e nem falavam sobre a doença.

Relatou que tentou ser durona porque não queria que seus filhos sofressem, mas que havia momentos em que chorava. À noite perdia o sono e ele a apoiava e a abraçava.

Segundo sua avaliação, sua doença os uniu mais; acredita que amadureceram com ela, e que não perdem mais muito tempo para ficar brigando. Seus valores mudaram, e ficou também um pouco de medo quanto a uma possível volta da doença. Relatou que, com a chegada da doença, também passou a contar com a ajuda de uma senhora, para o serviço doméstico. Disse também que, em relação a essas tarefas, faz aquilo que dá, conforme dá e quando é possível. Mas, relatou a sensação que tem de que não serve para mais nada, já que não pode fazer muita coisa por causa do braço do lado operado, e isso, segundo ela, é ruim.

Em sua opinião, ser esposa é ser companheira; é respeitar, renunciar a muitas coisas, apoiar e ajudar o marido.

Júlio e Rute parecem que tentaram cuidar um do outro na vivência do câncer de mama, talvez ao não conversarem muito sobre a enfermidade e nem brigarem. Ele, por exemplo, não deixava transparecer que estava triste e ela procurava agüentar o sofrimento causado pela

doença sendo durona. Além disso, é interessante o relato de Rute de que o marido é pouco presente, mas que na época do tratamento ele ficou ao lado dela. Será então que o câncer foi uma doença que despertou em Júlio seu lado mais “marido”? Visto que segundo ele o papel de marido exige amor e responsabilidade.

Curioso também é nos voltarmos para Rute e perceber que, segundo ela, o que os faz permanecerem unidos é o respeito mútuo. Qual o significado do respeito mútuo para esse casal na vivência do câncer? Será que foi a possibilidade deles se comprometerem mais com a própria relação conjugal do que apenas com os filhos? Será que isso explique a afirmação de Rute de que a doença os uniu mais?

Casal 7: Pedro e Guiomar

Pedro e Guiomar são casados há 43 (quarenta e três) anos e nenhum deles completou o ensino fundamental. Ela é do lar e ele, aposentado. São católicos e tiveram 2 (dois) filhos. A média de idade do casal é de 68 (sessenta e oito) anos e, segundo afirmaram, pertencem à classe social média baixa. Guiomar foi submetida a uma mastectomia total com esvaziamento axilar há 4 (quatro) anos.

Meu primeiro contato foi com Guiomar, na casa onde mora com Pedro. Ela começou seu relato me contando que a vida a dois entre eles é legal em tudo. Ele a ajuda nas tarefas domésticas, ela faz o que gosta e ele não a impede.

Disse que o início da vida após a confirmação do câncer de mama foi barra pesada porque ela achava que era um castigo, e isso nem permitia que ela falasse sobre a doença. Posteriormente, ela entendeu que cada pessoa tem que passar por alguma coisa e, hoje, ela conversa com qualquer pessoa sobre o câncer.

Guiomar contou que, na época do tratamento, suas filhas a acompanharam às idas rotineiras ao hospital. Contou também que, antes do câncer, achava que tinha a obrigação de realizar todas as tarefas domésticas e, com isso, não dava oportunidade para ser ajudada, nem mesmo por Pedro. Para ela, foi por isso, e não pela doença, que ele passou a ajudá-la na realização do serviço doméstico. Segundo disse, ele realiza as atividades e não pergunta nada sobre o câncer. Ela disse que não se importa, já que entende que ele está ciente do problema.

Guiomar percebeu que, depois da doença, a convivência deles melhorou, visto que ele conversa mais com ela, não sobre a doença, mas sobre coisas boas como, por exemplo, um possível passeio e relatou que se sente bem amparada por ele. Para ela, a consequência negativa disso tudo é que a pele na região onde foi realizada a cirurgia ficou tão grudada ao seu corpo que a impede de realizar movimentos com o braço do lado operado.

Para Guiomar, ser esposa é ser companheira; é tentar fazer as coisas que o marido gosta.

Ao final da entrevista, ela me ofereceu um lanche e, mesmo com toda a sua limitação, fez questão de me servir, mesmo tendo eu oferecendo ajuda previamente.

Em um outro dia, num local reservado, nas dependências da EERP, conversei com Pedro. Ele começou a entrevista dizendo que a mulher que faz a cirurgia por câncer de mama muda e que Guiomar chegou em casa depois da alta hospitalar muito abatida. Para reanimá-la, ele e as filhas se uniram. Pedro contou que, nessa época, também se sentiu meio abatido, porque tinha muito medo de perder Guiomar, e que a retirada da mama dela foi um golpe.

Disse que a distraía com outros assuntos e conversava com ela, afirmando que era para ela ficar tranqüila, que, com o tempo, melhoraria porque ela estava fazendo o acompanhamento e o tratamento adequados.

Pedro contou que, com o câncer de Guiomar, o serviço mais pesado da casa passou para sua responsabilidade porque ela não podia realizá-lo, e não pode até hoje, mas afirmou que, se lhe for permitido, Guiomar realiza tudo com uma mão só. Disse também que, atualmente, ela é normal, mas tem vergonha de trocar de roupa perto dele, e eles também não tocam mais no assunto da doença.

Pedro afirmou que parece que foram feitos um para o outro; ela o compreende e ele a compreende muito também. Sente que a religião e a amizade deles os ajudaram no enfrentamento do câncer de Guiomar. Contou ainda que ela sempre afirma que, hoje, ele é bem diferente; é mais paciencioso e carinhoso com ela. Ele, por sua vez, confirmou que, de fato, procura ser mais carinhoso e ter mais paciência com ela. Procura não corrigi-la, nem chamar sua atenção porque a falta de mobilidade do braço, às vezes, faz com que ela quebre ou derrube alguma coisa quando vai fazer algo. Em sua avaliação, a doença os aproximou mais e, segundo disse, ele procura disfarçar o sentimento de dó que sente em relação a ela.

Para Pedro, ser marido é ser um pai para a mulher, um companheiro, um irmão é ser tudo.

Pedro e Guiomar apresentam a particularidade, dentre os casais entrevistados, de o marido ter assumido o serviço doméstico mais pesado da casa na vivência do câncer de mama da esposa. O que segundo Guiomar ocorreu não em função da doença, mas porque ela enquanto esposa permitiu. Ela parece tranqüila porque entende que ele é ciente sobre a doença, apesar de não perguntar nada sobre o câncer. Além disso, ela avalia que a convivência melhorou depois da enfermidade, visto que ele conversa mais com ela sobre coisas boas. E esta parece ser uma das formas que Pedro encontrou para cuidar da esposa, a saber: distrair Guiomar com outros assuntos, não falar sobre a doença e disfarçar o sentimento de pena que tem em relação a ela.

Interessante também pensar na afirmação de Pedro de que ser marido é ser tudo para a mulher. Será que esse tudo foi o que lhe proporcionou até assumir o serviço mais pesado da casa na vivência do câncer e até os dias atuais?

6.2 Os sentidos do câncer e da conjugalidade

Os sentidos do câncer, para os casais entrevistados, serão apresentados no item vivência da doença a partir das temáticas: confirmação do câncer de mama e fase do tratamento. E os sentidos da conjugalidade serão apresentados na temática ser marido e ser esposa.

6.2.1 A vivência da doença

A temática confirmação do câncer de mama introduz a primeira parte da vivência da doença para nossos entrevistados. Essa temática descreve e analisa a enfermidade associada a um castigo e a uma doença com desfecho ruim, na qual a história do câncer participou das construções dos sentidos de provação e morte relacionadas à doença pelos entrevistados, o que gerou sofrimento nos participantes, expressado em sentimentos de revolta e ansiedade, que os levaram a se relacionarem com o mundo divino, através da figura de Deus.

A temática intitulada fase do tratamento compõe a segunda parte referente à vivência da doença, pelos casais participantes do nosso estudo. Essa temática descreve e analisa falas nas quais os maridos cuidaram das esposas fornecendo a elas: companheirismo, atenção; distração com assuntos diferentes dos da doença e o transporte necessário para o cumprimento das rotinas médicas. Além disso, as esposas foram diretamente cuidadas por outras mulheres,

como filha ou cunhada. O serviço doméstico foi realizado, em grande parte dos casais, por uma mulher diferente da esposa, muitas vezes, através de uma faxineira e, a sexualidade dos participantes também apresentou alterações, como a ferida cirúrgica justificando o afastamento sexual. Sendo assim, os sentidos produzidos nessa fase apresentam casais nos quais: os maridos são capazes de cuidar de suas esposas; que o cuidado da casa e dos doentes está associado à figura feminina e, de que o câncer possa ser um dos fatores de afastamento sexual dos casais. Sentidos que ao serem analisados, demonstram que os valores que compõem a moral do modelo de conjugalidade tradicional participaram das construções de sentidos dos entrevistados.

Ainda em relação aos casais entrevistados, temos a temática ser marido e ser esposa, que descreve e analisa a conjugalidade dos participantes do nosso estudo na vivência do câncer de mama feminino. Nessa temática, os participantes homens relataram, dentre outras falas, que ser marido significa enfrentar a vida, inclusive um câncer de mama da parceira e manter a fidelidade. As mulheres entrevistadas relataram que ser esposa está associado ao cuidado da casa, dos filhos e do marido. Além disso, ser esposa também está relacionado com renúncia. Relatos esses quando analisados relacionados com a conjugalidade dos entrevistados, apresentam formas sustentadas no modelo de casamento tradicional, no qual a relação conjugal é capaz de proporcionar a completude do casal e, na vivência do câncer de mama, eles afirmam que a relação é para sempre e o parceiro é o mesmo, até que a morte os separe.

6.2.1.1 Confirmação do câncer de mama

Entendemos que o câncer de mama foi uma experiência dolorosa na vida dos casais participantes desta pesquisa, visto que durante um período de tempo tiveram seus cotidianos intensamente marcados por uma doença carregada de preconceitos.

Apresentaremos as falas dos entrevistados relacionadas ao momento de confirmação do câncer o qual afetou maridos e esposas, que associaram o diagnóstico da doença aos sentidos de provação e de morte. Esses sentidos despertaram nos participantes sentimentos como a revolta e a ansiedade que puderam ser amenizados na relação dos casais com o mundo divino.

Percebemos nas falas de Guiomar (casal, 7) e Roberto (casal, 4), apresentadas a seguir, os sentidos do câncer como uma provação que os levou ao diálogo com Deus:

Olha, no início foi barra pesada... porque eu achava até que era um castigo... depois que eu fui vê não Deus é_ num castiga ninguém não, cada qual tem que passá por alguma coisa que_ então, num fui tanto que, no início eu nem falava no assunto com as pessoas, agora não, agora eu converso, falo pra qualquer pessoa (Guiomar, casal 7).

Percebemos que Guiomar (casal 7) só conseguiu falar sobre seu câncer ao re-significar o sentido de provação, emprestado a ele como um castigo (SONTAG, 2007) para algo que pode ser comparado a qualquer outro problema e, dessa forma, ela rompeu o silêncio e o isolamento como lugares historicamente reservados às pessoas com câncer (SANT'ANNA, 1997).

Eu falava pra ela que esse problema de doença isso aí qualquer um de nós tamo sujeito e que devíamos aceitá se era um desígnio de Deus! Nós tínhamos que passá por essa provação (Roberto, casal 4).

Fiquei triste, mais eu coloco tudo aquilo que acontece comigo nos planos de Deus, então eu aceito, cê entendeu? (Roberto, casal 4).

A confirmação do câncer de mama esteve associada ainda à possibilidade da morte provocando nos entrevistados uma desesperança de um resultado positivo, ou seja, de que poderia existir vida a partir do diagnóstico da doença. No caso de Nilde (casal 4), houve uma preparação concreta para esperar a chegada da morte como podemos acompanhar a seguir:

Eu vô morrê! (Nilde, casal 4).

Dexei tudo a casa em ordem, roupa, porque o dr. disse que eu ia entrá em cirurgia com dez por cento de sobrevida, eu pensei assim, eu morro, vão tê que fazê velório pra mim, essa casa toda bagunçada (Nilde, casal 4).

A gente acha que é um troço incurável, que a pessoa num vai resisti por muito tempo, num vai sobrevivê (Roberto, casal 4).

Notícia do câncer é um ponto de morte (Marta, casal 5).

Eu vô morre, a sensação era essa (Rute, casal 6).

Eu sentia meio abatido também porque eu tinha muito medo de perdê ela (Pedro, casal 7).

A chegada do câncer de mama provocou um grande susto nos casais entrevistados, em função deles não o esperarem, gerando neles sentimentos de revolta e ansiedade:

Olha eu, como fui eu que achei, eu já queria resolvê logo mais como eu fui pelo hospital x, a gente sabe que lá tem muita gente, então eu fiquei assim ansiosa, e com pressa, preocupada! (Lúcia, casal 2).

Foi um choque pra mim, fiquei totalmente revoltado (Mauro, casal 3).

A gente ficô meio apavorado (Lourdes, casal 3).

Levei um grande susto porque você imagina, aposentei-me () e mais me assustô porque eu não tive tempo entre a descoberta e a cirurgia (Nilde, casal 4).

Foi um golpe muito assim, a hora que o médico falô tal o tamanho da complicação que era, né? Esse câncer (Júlio, casal 6).

Ah, foi aquele gorpe (Pedro, casal 7).

Os relatos dos participantes apresentados acima mostram a preocupação deles com a possibilidade da morte associada ao câncer (BERTERÖ; WILMOTH, 2007). Além dos sentimentos de medo, incerteza, sintomas de ansiedade, depressão (RYAN et al., 2005) e sentimentos de horror, impacto e pânico (CARDOZO, 2002) relatados na literatura, relacionados ao momento de diagnóstico por câncer. Esses sentimentos nos atualizam mais uma vez a associação do câncer a uma doença carregada de negatividade que momentaneamente parece afastar qualquer sentimento de esperança para a continuidade da vida.

Parece haver uma ligação muito estreita entre câncer, sofrimento e morte no nosso estudo, assim como nos apontam Gomes, Skaba e Vieira (2002), ao afirmarem que a cura do câncer ainda não foi incorporada ao nosso repertório cultural. Além disso, os maridos podem sentir desesperança, impotência, intranquilidade e medo de perderem suas esposas (GRADIM, 2005; PICARD et al., 2005; CERQUEIRA, 2004).

Ao retomarmos a fala de Mauro (casal 3), percebemos sua revolta em relação ao câncer, que pode ser compreendida a partir da concepção de que ela é uma doença reservada às pessoas más, que não condiz com a forma como ele define sua esposa, como apresentado a seguir:

Ela nunca negô ajuda a quem necessitasse... eu nunca vi ela fazê uma maldade sequer, ela sempre procurô ajudá, procurô o bem, aconselhá pro bem do próximo... então eu me revoltava nesse sentido (Mauro, casal 3).

Fiquei uns seis meses revoltado, xingando todo mundo, xingando inclusive Deus (Mauro, casal 3).

A associação entre câncer e maldade pode ser compreendida pela história do câncer. Inicialmente, acreditava-se ser uma doença adquirida por pessoas sujas física e moralmente (SANT'ANNA, 1997), ou seja, pessoas pecadoras estavam condenadas à doença. Sendo assim, seguindo a lógica da história, pessoas bondosas não podem desenvolver câncer. A partir disso, compreende-se o sofrimento de Mauro (casal 3), que mais tarde conformou-se com a doença da esposa e pediu a Deus que o perdoasse por ter se revoltado com Ele, o que parece ter aliviado sua culpa e possibilitado que Mauro (casal 3) ajudasse a esposa. A culpa sentida por ele em função de sua revolta com Deus, ainda parece ter sido amenizada na medida em que a esposa melhorava e, conseqüentemente ele conseguiu se conformar com o câncer de Lourdes (casal 3), como podemos visualizar a seguir:

Aí foi passando, fui me conformando fui vendo a melhora, a situação não se agravô, ao contrário, vinha melhorando dia a dia, aí fui me conformando, depois pedi perdão a Deus, procurei me dedicá mais a ela (Mauro, casal 3).

A associação entre câncer e maldade também parece ter deixado Valmir (casal 5) sem compreensão sobre a doença da esposa Marta (casal 5), sendo ela uma pessoa tão religiosa.

É, foi muito dolorido né? Ele ficô muito chateado, eu também e eu sempre fui assim de... mais religiosa da família, eu que vô mais à missa, falo, leio né, gosto de falá e então, ele chegô pra mim, aí, cê reza tanto aí, o que fô te acontê isso daí, me dexô meia chocada, mais eu falei, Eu vô dá a volta... e graças a Deus tô dano (Marta, casal 5).

A relação entre a confirmação da doença e a morte, para os casais entrevistados, atualiza mais uma vez a própria história do câncer. Receber esse diagnóstico era como ser reconhecido publicamente e socialmente como alguém impuro.

O percurso percorrido pelos participantes mostrou que o câncer de mama ainda é uma doença associada principalmente ao sacrifício, experimentado através da provação que é um

significado historicamente utilizado desde o início da descoberta da doença (SANT'ANNA, 1997) até os dias atuais (AQUINO; ZAGO, 2007). Além disso, esse percurso apresentou a figura de Deus como o responsável pelo envio da enfermidade, no caso de Mauro (casal 3) e da sua cura, como no relato de Marta (casal 5).

Os sentidos de provação e morte relatados em relação ao câncer nos apontam para a necessidade da assistência interdisciplinar aos casais cuja parceira recebeu esse diagnóstico. Uma assistência com o intuito de dispor a eles outras possibilidades de construção de sentidos para a enfermidade, capazes de ajudá-los a se perceberem, assim como nos aponta Cerqueira (2004), também como participantes do processo de superação da doença.

A assistência interdisciplinar talvez possa ainda refletir sobre a relevância do discurso religioso no cuidado do paciente com câncer, em virtude de estudos como os de Aquino e Zago (2007) apontarem a religiosidade como uma possibilidade de vislumbrar um futuro apesar do sofrimento causado pela enfermidade, auxiliando no processo de cura e de aceitação da doença (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2007), ou ajudando a mulher doente a sentir que sua vida tem valor (BERTERÖ; WILMOTH, 2007).

Em nosso entendimento, junto da religião, a disponibilidade de outras formas de construção de sentidos para a doença, as quais podem ser realizadas através de campanhas educativas divulgadas pelas diversas mídias, podem possibilitar ao doente e até seus familiares um maior empoderamento para vivenciarem essa experiência.

Sendo assim, podemos refletir sobre os sentidos de manutenção do laço conjugal, encontrada nos entrevistados da nossa investigação, apesar do sofrimento causado pela enfermidade.

A experiência do câncer de mama, portanto, impulsionou os casais entrevistados, a buscarem formas para a vivenciarem construindo maneiras de se relacionarem com a

confirmação da doença, ora apresentada e, com a fase do tratamento por câncer, apresentada a seguir.

6.2.1.2 Fase do tratamento

As formas de relacionamento construídas pelos casais participantes na vivência do tratamento por câncer de mama da parceira apresentaram movimentos de aproximação e afastamento.

Os movimentos de aproximação estiveram presentes principalmente nos maridos, apresentando-os como indivíduos que ficaram mais próximos de suas esposas em virtude da doença delas.

Os maridos sentiram necessidade de ficar mais em casa em virtude da doença da esposa na tentativa de suprir alguma falta que as esposas sentiam, como de companhia e atenção, como podemos visualizar a seguir:

a) ficando mais em casa.

Ele não me dexô um minuto... ele foi meu companheiro! às veze eu fico pensano se eu tivesse sozinha como eu ia fazê... (Joana, casal 1).

Aí eu ficava muito em casa e ele ficava ali comigo... (Joana, casal 1).

Eu sempre apoiei ela, né? (Raimundo, casal 1).

Fica meio carente, né? Eu acho que é assim que funciona... então eu sempre tô em casa, saio do serviço venho pra casa (Raimundo, casal 1).

Eu acho que é () precisa de _ mais companhia, companhia, né (Raimundo, casal 1).

Ele sempre esteve ao meu lado e não me largô em nenhum momento (Lourdes, casal 3).

Mais atento mais solícito do que antigamente, saía pra trabalhá, voltava de noite, agora tá mais em casa, né? (Valmir, casal 5).

Então ele era muita assim companhia minha, sabe? (Rute, casal 6).

A aproximação dos casais em função da doença da esposa também ocorreu porque eles passaram a conversar mais, contudo eles passaram essa fase não conversando sobre a doença.

As conversas dos casais não versaram diretamente sobre o assunto câncer, falar sobre isso parece que faria mal a eles, em virtude disso, foi um assunto em alguns momentos até esquecido, como podemos verificar nas falas apresentadas a seguir:

b) conversando omitindo a doença.

Procurá conversá mais, ficá mais junto, tem que dá mais apoio (Paulo, casal 2).

Eu disfarcei, às veze, por causa dele e ele, muitas veze, por causa de mim. Quando eu fazia quimio que nem eu te falei, ficava deitada eu procurava a hora que eu escutava ele chegá eu procurava levantá e ficá sentada porque ele não gostava de vê eu deitada. Eu acho que influenciou muito porque tanto eu fiquei melhor como ele também, tanto porque ele me via bem ele ficava bem eu via ele bem eu ficava bem (Joana, casal 1).

Ah, é uma coisa desagradável, né? Então eu procurava falá de outras coisa (Lúcia, casal 2).

Não se tocava na doença (Mauro, casal 3).

Se você começa, você tem uma ferida cê você vai cutucando aquela ferida ela vai se alastrando... então se você põe um remedinho nela... e e pára! Com esse remedinho essa ferida vai cicatrizando e tal e fica naquele ponto, agora se você for sempre cutucando cutucando, cutucando ela vai se alastrando (Mauro, casal 3).

Assunto da doença nós esquecemos (Roberto, casal 4).

Se a gente for ficá vivendo em cima do problema em si se torna mais difícil, né? () então eu procurava fazê que não tinha problema nenhum (Roberto, casal 4).

A gente nunca foi de conversá muito em relação ao poblema (Júlio, casal 6).

Distraía ela com outros assunto (Pedro, casal 7).

Nós não conversamos sobre doença (Guiomar, casal 7).

Apesar da importância da comunicação sobre as questões ligadas ao câncer de mama em casais para a adaptação à doença (MANNE et al., 2006), os participantes preferiram falar de outros assuntos ou adotar comportamentos de afastamento da enfermidade. Além disso, podemos perceber a inter-relação dos movimentos de aproximação e afastamento nos casais na medida em que eles se aproximaram para conversar, mas se distanciaram do assunto câncer.

A própria construção social da mulher como cuidadora de doentes (SANTI, 2003) também parece afastar os casais do assunto câncer, como se a mulher fosse mais capaz de lidar com questões como essas.

Uma outra forma dos casais lidarem com as dificuldades relacionadas ao câncer, que deu continuidade ao movimento de não falar explicitamente da doença expressou-se em alguns maridos através do silêncio deles como podemos verificar a seguir:

Procurei de todo meio não deixá-la magoada... i contra o que ela apresentava... (Mauro, casal 3).

Procurava fazê vistas grossas ela nervosa coisa e tal (Roberto, casal 4).

Alguma coisa que ela faiz de errado eu procuro não corrigi, nem chamá a atenção, deixo como ta, porque ela com aquele braço lá, às veze, muita coisa que ela vai fazê ela derruba, quebra (Pedro, casal 7).

O não falar com a parceira sobre as reações delas em relação ao câncer pode ser uma maneira deles terem condições de entendê-las diante das dificuldades colocadas pela doença (BIFFI, 1998) e pode ser explicado por diversas dificuldades encontradas por ambos (BIFFI; MAMEDE, 2004) como, por exemplo, o lidar com o medo da morte e as mudanças que ocorrem com a parceira, que realmente são situações geradoras de intenso sofrimento e, por isso, não têm como os indivíduos lidarem diretamente com essas transformações o tempo todo. Entendemos ainda que se os maridos não assumissem em alguns momentos um certo afastamento das emoções de suas parceiras eles também não conseguiriam se individualizar em meio a essa experiência e terem condições de ajudá-las.

Contudo, esse afastamento ainda pode ser compreendido através dos valores tradicionais do ser homem e ser mulher que participaram das construções discursivas dos participantes. Valores nos quais era esperado que as mulheres fossem, dentre outros atributos, dóceis e os homens fossem dominados pelo vigor físico e intelectual. Além disso, deveriam ser racionais e autoritários (COSTA, 1983). Assim, não havia espaço para um homem reconhecer e valorizar seus sentimentos e nem mesmo agir a partir deles. Em virtude disso, é difícil para qualquer ser humano seja ele até mesmo uma mulher conseguir entrar em sintonia com o que o outro sente se nem mesmo ele aprendeu a identificar seus próprios sentimentos.

A aproximação dos casais ocorreu mais uma vez quando os maridos transportaram suas esposas para a realização do tratamento, levando-as onde era preciso, demonstrando cuidado às suas parceiras, como podemos acompanhar a seguir:

c) transportando as esposas.

Levo como tenho levado, né?... a gente colabora (Raimundo, casal 1).

Pra você vê, eu que levava ela pra fazê esse tipo de tratamento muito pesados, né? (Roberto, casal 4).

Me levava onde eu precisava (Marta, casal 5).

Ele foi me acompanhô, perdeu muito dia de serviço, sabe? (Rute, casal 6).

Era quase todo dia levá ela (Júlio, casal 6).

Sendo assim, os parceiros são capazes de fornecer apoio a suas esposas (GRADIM, 2005; BIFFI, 2003), auxiliando-as no cumprimento das etapas do tratamento para o câncer de mama exercendo o papel de motorista (GRADIM, 2005). Papel que parece se aproximar mais dos valores do universo masculino, assim como a doçura parece se aproximar mais do universo feminino.

Além do transporte das esposas, ao tentarmos compreender como elas foram diretamente cuidadas, verificamos um movimento de afastamento dos casais porque os maridos não cuidaram diretamente de suas parceiras. Esse papel de cuidado foi exercido por uma figura feminina ligada às famílias dos participantes de alguma forma, como podemos verificar a seguir:

d) cuidado foi fornecido por outras mulheres.

Eu fiquei dezoito dias só na minha filha (Joana, casal 1).

Uma irmã dele que é enfermeira que veio me dá suporte (Nilde, casal 4).

Principalmente quem tomô as providência foi a filha mais velha, né? Com ela e a mais nova cuida da casa (Valmir, casal 5).

Percebemos que há uma designação do papel de cuidadora da saúde de um ente querido à figura feminina (SANTI, 2003), como se a construção social da imagem mais afetuosa da mulher (COSTA, 1983) a preparasse muito mais do que o homem para o cuidado de um doente. Além disso, estamos falando de um tipo de cuidado que envolvia o toque direto no corpo físico do outro, como o ajudar no banho ou o cuidado da ferida cirúrgica. Essas situações colocam o cuidador num lugar de responsabilização muito maior de conhecimento do seu próprio corpo e de sua saúde para poder cuidar do outro, questões que não são fáceis de serem lidadas por um homem educado em valores nos quais apenas a força física é um dos grandes atributos a serem desenvolvidos.

Os homens tendem a se preocupar mais se os outros, no caso os profissionais de saúde, fornecem o melhor cuidado possível dentro das possibilidades às suas esposas (KILPATRICK et al., 1998). Sendo assim, na volta para casa, os outros citados, parecem ter sido representados por mulheres ligadas às famílias dos entrevistados por laços de afeto, as quais continuaram cuidando diretamente das mulheres operadas.

O movimento de afastamento dos casais como forma de se relacionarem com essa fase da doença ainda pôde ser percebida na realização do serviço doméstico, que foi feito em sua maioria por uma outra mulher diferente da esposa.

O serviço doméstico foi assumido por uma outra mulher na fase do tratamento e, em alguns casais, isso permanece até os dias atuais, como podemos acompanhar a seguir:

e) realização do serviço doméstico: terceirizado.

Eu arrumei a vizinha minha (Joana, casal 1).

Antes eu num tinha empregada agora eu tenho uma vez na semana (Lúcia, casal 2).

Hoje eu tenho essa senhora que me ajuda (Rute, casal 6).

Dessa maneira, a inclusão de um terceiro, no caso uma mulher, para o cuidado direto das mulheres entrevistadas bem como para a realização do serviço doméstico dos participantes, reafirma a posição de cuidadora de doentes delegada à figura feminina (SANTI, 2003). Além disso, como nos conta a história do modelo de vida a dois tradicional, cabe apenas à mulher a responsabilidade pelo cuidado da casa (ARATANGY, 2007).

Todavia, Pedro e Guiomar (casal 7) nos apresentam uma forma diferente de se relacionarem com o serviço doméstico. Ele contou, como podemos acompanhar a seguir, que:

O serviço mais pesado passô pra mim porque ela não pode fazê (Pedro, casal 7).

Como demonstrado com os outros casais, o serviço doméstico mais pesado foi delegado a uma outra mulher que não a esposa, diferentemente de Pedro e Guiomar (casal 7). Porém, ele não entende que a esposa não pode desempenhar algumas atividades realizadas antes da doença, e nem se mostrou à vontade nesse lugar diferente do habitual de um homem educado em valores nos quais o cuidado da casa está relacionado ao universo feminino (ARATANGY, 2007), como podemos verificar a seguir:

O médico proibiu ela, cê num pode varrê casa, agora o motivo de varrê eu num sei porque a vassoura é leve, né? (Pedro, casal 7).

Ela num sabe fazê nada () tá sempre com aquela braçadeira diz que num pode molhá, então o serviço de lavá a louça, de área, passô também pra mim (Pedro, casal 7).

Só falo pra ela, a hora que tivé gente aí dexa o serviço de lado, depois eu faço, perto de gente eu num vô fazê, vai dexano de lado, a hora que a visita vai embora eu começo (Pedro, casal 7).

Eu acho sem graça, né? A pessoa fala: ele que arruma casa, ele que arruma comida, eu acho meio sem graça e outra que pra ela também fica meio chato, né? A pessoa sabê que ela num tá podeno fazê nada, aí esconde um pouco essa parte (Pedro, casal 7).

Sendo assim, apesar de Pedro (casal 7) ter assumido o serviço doméstico mais pesado da casa, ainda parece permanecer nele o valor social de que esse cuidado é da responsabilidade de uma mulher, assim como os outros maridos apresentados nos mostraram.

Nessa fase, os casais entrevistados também se distanciaram enquanto casal em suas sexualidades. A sexualidade foi alterada na vivência do câncer de mama, assim como nos apontam outros estudos, apresentando uma diminuição das relações sexuais e em alguns casos até a cessação definitiva (BERTERÖ; WILMOTH, 2007; GRADIM, 2005; PICARD et al., 2005; ROSSI; SANTOS, 2003; O'MAHONEY; CARROLL, 1997). Todavia há que se levar em conta que estamos diante de casais mais velhos, com média de idade de 62 (sessenta e dois) anos. Sendo assim, o envelhecimento também pode ter influenciado o afastamento sexual dos entrevistados.

f) sexualidade: afastamento:

Seca assim, né? Meia seca, né? Vai perdeno aquele acho (Raimundo, casal 1).

Mais eu vejo que mudô muito... assim, sei lá de sexo essas coisa assim, né? (Raimundo, casal 1).

Eu mudei no meu corpo... (Joana, casal 1).

Nos começo, quando tá ainda as ferida, as coisa, aí tem que considerá, tem que i devagar, ficá longe (Paulo, casal 2).

Depois disso a gente acabô não tendo mais relação, a gente vive como dois amigos (Lourdes, casal 3).

Principalmente assim quando ela soube da doença ela procurô se afastá um pouco da vida sexual do casal, né? (Roberto, casal 4).

Aí depois eu tive o câncer aí deu uma parada legal, sabe? (Rute, casal 6).

A finalização das relações sexuais, em alguns casais, pode ocorrer porque o câncer é um agravante de afastamento sexual que já existia anteriormente (BIFFI; MAMEDE, 2004), como podemos verificar a seguir:

A gente já era mais moderado, né? (Rute, casal 6).

Já um pouco antes deu tê o câncer ah as nossas relações sexuais tinham escasseado (Lourdes, casal 3).

Todavia, mulheres que estão em bons relacionamentos e para as quais o ajustamento ao câncer de mama foi bom, se adaptam melhor à doença quando percebem: seus parceiros conectados emocionalmente a elas e com interesse sexual dependente do momento ao qual elas estão mais dispostas a se relacionarem sexualmente com eles, a partir das consequências da enfermidade no corpo delas (WIMBERLY et al., 2005), como podemos visualizar a seguir:

Não porque eu conversei com ele porque eu achei no começo eu achei que eu tava diferente () cê fica sem graça de conversá () é uma barra né? cê fica assim sem jeito assim de conversá com ele, aí eu fui conversando com ele um pouquinho fui expono o que eu tava sentindo como que tava o que que ele achava? ele pegô e me falô a verdade ele não mentiu ele falô eu achei que

you are different () much less than you were, it's not age, it's the medicine it's the medicine that you are taking, isn't it? (Joana, couple 1).

In that era, he kept himself quiet, like always in the other surgery too, he didn't advance the signal! (Lúcia, couple 2).

Os maridos, ao saberem esperar por suas esposas para se relacionarem sexualmente com elas também exercitam, segundo Gradim (2005), a função social de proteção e respeito à esposa.

Em relação à sexualidade dos casais entrevistados, faz-se ainda relevante contextualizarmos a questão do envelhecimento, cujos discursos atualmente ancorados na sexologia, que permeiam essa fase da vida, afirmam que os homens são seres de desejo e as mulheres são reprimidas e objeto de desejo dos homens. As práticas assistenciais da gerontologia recomendam que aos homens seja ensinado a ampliação de suas práticas sexuais e com as mulheres a educação deva ser voltada à liberação da repressão sexual (ALVES, 2005).

Sendo assim, podemos refletir sobre a relação desses discursos com nossos entrevistados. Como estamos diante de casais que vivenciaram uma doença que ameaça a feminilidade da mulher, parece-nos pertinente a reflexão de que ao nos ancorarmos nos discursos existentes sobre a sexualidade de casais velhos, não tenhamos talvez recursos para construirmos juntos desses casais saídas de vivência de suas sexualidades diferentes das apresentadas. Em contrapartida, Gradim (2005) ao estudar a sexualidade dessa população, nos auxilia para o início dessas construções ao afirmar, dentre outros aspectos, que o desejo sexual das mulheres com câncer de mama, principalmente na época da quimioterapia diminui. Somado a isso, o próprio envelhecimento traz conseqüências como o ressecamento vaginal nas mulheres, que foi, por exemplo, uma queixa relatada por Raimundo (casal, 1), além da dificuldade de ereção nos homens.

Apesar das alterações na sexualidade dos casais citados, não houve da parte deles a menção de busca de ajuda profissional na tentativa de pelo menos pensar sobre as dificuldades encontradas. Achados que também foram encontrados por Gradim (2005), que apresenta como relevantes as informações fornecidas pelos profissionais aos casais sobre possíveis dificuldades a serem vivenciadas a partir do câncer de mama.

Além disso, no nosso entendimento, a busca pela ajuda profissional requer do casal a identificação de que no exercício da sexualidade talvez haja alterações negativas para a vida a dois. Mas, como haver essa identificação, se um dos valores que sustentam o modelo de conjugalidade tradicional é de que não é comum no casal conversas sobre sentimentos e emoções (ARATANGY, 2007)?

O recorte que apresentamos, circunscrito à fase do tratamento do câncer de mama feminino, para os casais entrevistados que permaneceram casados na vivência dessa enfermidade, nos colocou diante de pessoas que tentaram de várias formas se relacionarem com essa condição de saúde.

Nessa fase, as formas de relacionamento com a doença caracterizaram-se por movimentos de aproximação e afastamento, os quais, quando analisados, nos apresentam um resgate histórico do ser homem e ser mulher, ser marido e ser esposa, presentes no modelo de conjugalidade tradicional.

Em nossa pesquisa, os homens estavam mais voltados para a presença física seja em casa ou transportando as esposas. Elas mais voltadas para a valorização do cuidado que receberam deles, não levando muito em conta se essas formas passaram pela via sentimental. Elas também não demonstraram insatisfação por eles não terem assumido o serviço doméstico, parece que ficaram satisfeitas porque outra mulher cumpriu essa tarefa. No nosso entendimento, isso talvez fosse diferente se o homem fosse o doente e sua esposa não cuidasse da casa e contratasse uma outra mulher para realizar esse trabalho. Ambos ainda não

questionaram a escassez de relações sexuais no período do tratamento e nem uma das outras formas de afastamento de ambos, os quais são acontecimentos que perpassam a moral do modelo de conjugalidade tradicional. Nessa moral, o casamento é uma instituição que está acima de tudo, é concebido como uma relação na qual independentemente do que houver mesmo um câncer, que inclusive para os nossos entrevistados têm conotações muito dolorosas, não se justificam contestações, mas sim a busca pela manutenção do laço conjugal.

Dando continuidade à busca da compreensão da manutenção do laço conjugal para os casais participantes do nosso estudo, apresentaremos a seguir os significados que os entrevistados relataram para o que é ser marido e ser esposa.

6.2.2 Ser marido e ser esposa

Os significados de marido e esposa relacionaram-se a situações nas quais os maridos, imbuídos de conceitos culturais e sociais de que são fortes, não deixaram suas esposas no processo de adoecimento por câncer. Doença que parece ter funcionado como prova de fogo para se analisarem acerca de quão honrosos eram na manutenção do laço conjugal e no exercício do papel social de protetores de suas esposas (GRADIM, 2005), mostrando a necessidade deles de manutenção da família (ROMANELLI, 1986), que é uma preocupação própria do modelo de conjugalidade tradicional. A maioria das mulheres também deu seguimento à reprodução desse modelo exercendo um papel complementar ao dos maridos, como podemos acompanhar a seguir:

Sê marido eu acho que é aquele cara que encara as coisa acho que marido é aquele que enfrenta, né? Eu acho que é aquele que enfrenta que num vai dispensá a companheira porque deu câncer, né? (Raimundo, casal 1).

Se você entrou na guerra cê tem que guerriá até no fim... depois se ela morrer tá na sua consciência, você vai pra onde se qué, mais eu acho que essa hora é que cê tem que se mantê home, né? (Paulo, casal 2).

Os relatos de Raimundo (casal 1) e Paulo (casal 2) apresentam o casamento como uma união que é para sempre, só sofrendo ruptura, em situações extremas como a morte de um dos cônjuges. Esse sentido que os maridos citados dão para a manutenção do casamento é concordante com as características do modelo de casamento tradicional apresentado por Aratangy (2007), Diniz Neto e Féres-Carneiro (2005) e Priori (2005). Sendo assim, não seria o câncer que provocaria o rompimento do relacionamento, mas sim uma possível consequência da doença: a morte.

A permanência no casamento, bem como a fidelidade nele, também foi relatada como dependente da formação recebida na casa dos pais, como podemos visualizar a seguir:

Tem que assumi () num é arrumá uma mulher pra casá e continuá a mesma bagunça né? (Paulo, casal 2).

Ah minha filha nós sempre pensamo assim tivemo catecismo quando nós era pequeno... meu pai tirava o catecismo pra nós () eu meus irmão tudo tem a mesma opinião... (Paulo, casal 2).

A gente teve essa formação anterior por isso que a gente mantém a fidelidade no casamento eu penso assim (Valmir, casal 5).

Para Paulo (casal 2), assim como para Valmir (casal 5) e Roberto (casal 4), é importante ter uma base para o casamento, que no caso deste último é o amor, como podemos acompanhar a seguir:

Nós não nos casamos por casar casamos porque nós nos amávamos, então eu acho assim o amor resolve qualqué problema, todo lar formado com amor cê pode crê que num vai havê problema nenhum, cê vê nós temo todo esse tempo de casado, eu pretendo terminar minha vida junto com ela e nós nos amamos até hoje, cê entendeu? (Roberto, casal 4).

A relevância de uma base anterior relatada pelos entrevistados mostra a função da cultura na vida deles para a construção dos conceitos que relataram para o ser marido, significando responsabilidade, fidelidade e amor eterno, o que é presente também na fala de Júlio (casal 6) e de sua esposa Rute (casal 6):

Para ser marido tem que existir amor e responsabilidade (Júlio, casal 6).

Eu acho que o que mais faiz a gente tá junto é o respeito um pelo outro (Rute, casal 6).

Dando continuidade ao relato dos participantes, a maioria das esposas se apresentou com discursos complementares ao dos maridos, no que diz respeito ao esperado de uma mulher casada tradicional, principalmente em relação ao cuidado doméstico e dos membros da casa (ARATANGY, 2007; GRADIM, 2005; PRIORI, 2005), como podemos acompanhar a seguir:

Eu acho que é tomá conta da casa, dos filhos, do marido (Lúcia, casal 2).

Eu acho que ser esposa é companheira, amiga, a mãe, será? (Lourdes, casal 3).

Procurá fazê tudo pra agradá (Marta, casal 5).

Sê esposa eu acho que é sê companheira é estar ali sabe? É respeita, eu acho que respeito é renunciá muita coisa, sê esposa é ali, sabe? é estar ali tudo pru que dé e vié, né? (Rute, casal, 6).

É tentá fazê as coisa que ele gosta, se ele qué i em algum lugar, sê companheira dele, mais nesse sentido (Guiomar, casal 7).

Percebemos nas falas das mulheres acima apresentadas uma necessidade em cuidar de todos os membros da casa e estar junto do marido como papéis a serem desempenhados sem

contestações, como conceitos aprendidos por elas nas trocas sociais que estabeleceram ao longo da vida, demonstrando a função da cultura em suas vidas. Conceitos esses que precisam ser reproduzidos e estão muito relacionados à submissão, que é um lugar esperado de uma mulher tradicional (COSTA, 1983).

O não questionamento dos valores que permeiam as mulheres no papel de esposas que exercem, é próprio do modelo de conjugalidade tradicional (ROMANELLI, 1986), ou seja, a moral que perpassa esse modelo define a não contestação do que se espera de um homem e de uma mulher no casamento e, a maioria das entrevistadas seguiu essa prescrição.

Além disso, os relatos de Joana (casal 1) e Nilde (casal 4) merecem algumas considerações, pelo fato delas nos apresentarem o ser esposa talvez de forma a reafirmar o modelo de vida a dois tradicional, com o sentido de que o parceiro é capaz de corrigir e completar a imperfeição do outro cônjuge formando um todo equilibrado (ARATANGY, 2007), como podemos acompanhar a seguir:

É tê uma pessoa com quem contá, e ele contá comigo e, vivê numa boa (Joana, casal 1).

Quando eu me casei trinta e sete anos atrais era imaginava esposa companheira era... uma forma de tê assim segurança, incentivo, amizade, sabe? (Nilde, casal 4).

Hoje eu acho que sê esposa é muito mais que isso... sê esposa é cê sabê que cê volta pra casa tem uma pessoa lá tá que sabe o que tá acontecendo com você, não precisa você conversá muito porque já te conhece, então é mais uma cumplicidade (Nilde, casal 4).

Entendemos que para nossos entrevistados ser marido e ser esposa são conceitos que estão sustentados nos modelos de homem e mulher tradicionais, mas substancialmente nos mitos que subjazem o modelo de conjugalidade tradicional.

Permanecerem casados foi um compromisso assumido só capaz de ser rompido pela morte de um deles, como se tivessem encontrado o amor verdadeiro, que de acordo com o primeiro mito que sustenta o modelo de conjugalidade tradicional, se encontra apenas uma vez na vida (ARATANGY, 2007).

Ao nos voltarmos para o segundo mito que é o amor eterno, verificamos que sua moral apresenta aos amantes a capacidade de suportarem qualquer adversidade e provação (ARATANGY, 2007) no relacionamento. Ao nos direcionarmos para os sentidos construídos pelos casais para o câncer de mama da esposa visualizamos que a doença foi uma experiência com conotações de sofrimento, provação, sacrifício e mesmo assim eles permaneceram casados suportando todas as adversidades apresentadas pela enfermidade, como Raimundo (casal 1) ao relatar que a esposa ficou seca e com cheiro de iodo depois do câncer. Dessa forma, eles demonstraram e reforçaram o primeiro mito, visto que quando os sentimentos mútuos entre os casais submergem frente à realidade, que no nosso caso essa submersão significaria o rompimento do laço conjugal na vivência do câncer de mama feminino, mostraria que o amor não era verdadeiro e sim apenas uma ilusão (ARATANGY, 2007).

Para os casais participantes do nosso estudo, suportar todo o sofrimento causado pelo câncer de mama da esposa, manterem-se casados e poderem contar e conversar sobre essa experiência, com a entrevistadora, a partir do ficar junto, significa que eles reafirmam que encontraram o amor verdadeiro e esse encontro justifica também o não rompimento do laço conjugal, porque se é único é para sempre, custe o que custar.

Todavia, no nosso entendimento, ficar casado não é uma escolha de vida sustentada apenas no sofrimento, é uma forma de vida que ainda precisa de situações positivas para valer a pena sua continuidade, apesar de estarmos situados em um modelo no qual não cabem contestações dos valores colocados para ser marido e ser esposa.

Esse lado positivo, que apresentamos como relevante para a vida a dois também pode ser compreendido ao resgataremos o momento histórico quando os indivíduos passaram eles mesmos a escolherem seus parceiros. Essa forma de escolha levou-os a se sustentarem na felicidade e na harmonia familiar como provas de que a escolha foi bem feita. Emerge dessa busca uma ansiedade nos casais em demonstrarem a todos o sucesso da relação, através de várias provas, como a casa sempre em ordem (ARATANGY, 2007).

No nosso estudo, os casais também tentaram mostrar o sucesso da vida a dois na medida em que permaneceram casados, mesmo experimentando tanto sofrimento e, porque ainda relataram que a relação deles ficou melhor quando comparada ao período anterior à chegada da doença, como podemos acompanhar a seguir:

Eu acho que tá melhor que antes, né? (Raimundo, casal 1).

Uma união maior assim um carinho maior, uma preocupação maior um com o outro (Lourdes, casal 3).

Ficamos mais próximos (Roberto, casal 4).

É que de primeiro a gente quase num parava pra conversá, só nos momentos de saí assim, mais depois que aconteceu isso, que a gente procurô conversá mais, tá sempre em contato todo momento da vida (Roberto, casal 4).

Parece que depois do câncer, ah nosso relacionamento melhorô mais ainda (Marta, casal 5).

Eu acho que até melhorô, por incrível que pareça, ele agora parece que ele conversa mais (Guiomar, casal 7).

Aproximô bastante, nós já era bastante unido, agora mais ainda por causa desse problema (Pedro, casal 7).

Esse último tema parece reafirmar a posição dos casais que em meio a tanta dor têm uma relação que possui provas de sucesso. Além disso, os entrevistados nos falam sobre os

ganhos adquiridos a partir da vivência do câncer de mama feminino, fato concordante com Picard et al. (2005), ao afirmarem que algumas formas de lidar com a doença podem aumentar o amor e o suporte mútuo de casais que vivenciam essa experiência, ou torná-los mais unidos (DORVAL et al., 2005; CERQUEIRA, 2004; MANNE et al., 2004b).

Ao retomarmos a afirmação de Spink e Medrado (2000), de que a abordagem das práticas discursivas busca a construção de um modo de observação dos fenômenos sociais com foco na tensão entre o consenso e a diversidade e, a partir disso, nos voltarmos para o nosso estudo, visualizamos que os sentidos construídos pelos casais para se manterem casados, acima apresentados, proporcionaram concordâncias entre os participantes. Contudo, conflitos também emergiram provenientes de alguns sentidos construídos pelos casais para o câncer de mama da parceira. Esses conflitos ainda assim implicaram na negociação das identidades de marido e esposa voltados para a manutenção do laço conjugal, como sentidos que se fossem revelados poderiam romper a fronteira do ficar junto.

Com o intuito de iniciar as possibilidades de compreensão desses sentidos, apresentamos a seguir a estória intitulada: O Barba Azul

O Barba Azul era um homem encantador: bonito, atencioso, rico, conquistou facilmente o coração de sua amada e viveram ambos felizes, até que ele precisou viajar a negócios. Na despedida ele impôs uma proibição: a moça não deveria, em hipótese alguma, abrir a sétima porta do sétimo corredor da sétima ala – cuja minúscula chave de ouro Barba Azul lhe confiava. Transtornada pela repentina partida do amado, ela não questionou a restrição e aceitou proibição e chave, sem se dar conta de que essas duas coisas, juntas, só poderiam trazer encrenca. Durante a separação, a moça pensa sobre a promessa feita sob a emoção da despedida, e lhe parece tão difícil mantê-la quanto seria fácil quebrá-la, tendo a chave nas mãos. Decide-se, então, a abrir a porta proibida. Surpresa e horror! Depara-se com os cadáveres decapitados de seis mulheres, as ex-esposas de seu amado. Desesperada, volta a trancar o quarto sinistro, mas percebe que o Barba Azul está de volta e que é impossível esconder a transgressão: a pequena chave de ouro ostenta agora uma indelével mancha de sangue, prova de sua culpa, testemunho que lhe trará a condenação à morte. Como acontecera com suas antecessoras.

A lição é clara: por maior que seja a intimidade de um casal, sempre existirá um quarto fechado, que guarda as marcas da história de cada um – e que não deve ser aberto. Há relações em que é proibido admitir isso. Daí as

mensagens ambíguas, as meias-informações que velam e desvelam o segredo, a pequena chave de ouro que Barba Azul não pode levar consigo, mas que a amada está proibida de usar (ARATANGY, 2007, p. 32).

Em nossa investigação, os conflitos emergiram nos discursos dos participantes, durante a realização das entrevistas, em movimentos de assumirem que diferenças marcantes estabeleceram-se na convivência deles a partir do diagnóstico do câncer de mama da esposa, mas que, apesar disso, eles afirmaram que continuaram sendo os mesmos nos papéis de marido e esposa ao não revelarem uns aos outros o que verdadeiramente sentiam em relação ao estar junto diante do câncer de mama feminino, como podemos acompanhar em seguida:

Não muda muito, num muda muito né... não é igual era assim... (Raimundo, casal 1).

É num é mais assim igual era... é... num sei se é a idade então muda... seca assim né meia seca, né? Vai perdendo aquele acho que é assim né, não sei se é por causa da idade ou do problema né... pelo que vi aquele dia que eu levei ela lá pra fazê botá soro, aquelas coisa (Raimundo, casal 1).

Não, pra mim eu tenho paciência. Tolero né porque... Ela faz força pra sê do jeito que era, né?... Ela faz força (Raimundo, casal 1).

Às vezes, eu vejo as coisa eu num falo (Raimundo, casal 1).

A gente num pode ficá falano porque complica pra ela... Mais ou menos isso aí () (Raimundo, casal 1).

Eu tô seno o mesmo marido, né? (Raimundo, casal 1).

Agora num sei, num conheço muito isso daí, né? Agora, aquele monte de coisa que eu vi lá na veia, sê fica olhando, até saía de perto... () num pode ficá normal mesmo, eu acho que é assim que funciona né... num é mais aquela mulher normal igual ela era antes, né? Eu acho que é assim, num sei... agora eu acredito que é aquele iodo assim a mulher fica chutando iodo, né? (Raimundo, casal 1).

Agora mesmo eu falei pra ela, sê tá cherano aquele iodo, se eu num fosse eu num sabia, como eu tava lá eu tô sabeno, é o iodo que mata o câncer, né? (Raimundo, casal 1).

Ah! Acostuma, né?... cheira mesmo... fica cherano iodo depois passa... (Raimundo, casal 1).

Tem que tê paciência né... tem que tê paciência porque como aconteceu com ela pode acontecê comigo também, né? (Raimundo, casal 1).

Raimundo (casal, 1) assume, em alguns momentos, que o câncer trouxe mudanças para a vida dele e da Joana, porém a única coisa que ele verbaliza para ela é a questão do cheiro do iodo, talvez porque apesar de ser um odor desagradável, é algo necessário porque na concepção dele foi o iodo que curou o câncer dela. Em contrapartida, a questão da sexualidade não parece ser um assunto a ser discutido entre eles. Nesse caso, Raimundo (casal, 1) preferiu ser paciente e aceitar as mudanças no corpo dela porque ele pode adoecer um dia e parece que gostaria que ela também ficasse junto dele.

Como no caso de Raimundo (casal, 1), Lúcia (casal, 2) também percebeu mudanças na convivência dela e Paulo (casal, 2) na época da doença, contudo algumas das reações dele não foram reveladas por ela, como podemos acompanhar a seguir:

Pra me ajeitá assim e pra ele não atrapalhá, nem eu atrapalhá ele e, nem ele achá que vai me machucá ou que me atrapalha, sei lá, então a gente optô assim, cada um prum lado, né? Dorme-se do mesmo jeito (Lúcia, casal 2).

Eu achava que ele parece que num aceitava muito, então eu tinha medo de falá. Ah! É uma coisa desagradável, né? (Lúcia, casal 2).

Então ele ficava muito nervoso, num sei se era por conta do problema, num sei se era por conta do serviço porque num pára o serviço dele, eu achava melhor fica sozinha então, aí assim que eu terminava nem saía do hospital lá dentro, no corredor, eu ligava do orelhão e_ assim que eu saía no estacionamento ele tava chegano também (Lúcia, casal 2).

Lúcia (casal 2) preferiu percorrer a trajetória da doença um pouco distante de seu marido, parece que para poupar o relacionamento deles dos conflitos que aflorariam nessa fase. Talvez conversar com ele sobre a doença e a impaciência dele em esperá-la durante o tratamento médico tornaria a convivência a dois muito mais estressante, além das dificuldades que Lúcia (casal 2) estava passando com o próprio câncer.

Assim como Lúcia (casal 2), Mauro (casal 3) preferiu não demonstrar a Lourdes (casal 3) o quanto a experiência do câncer dela foi difícil para ele, como podemos visualizar a seguir:

Foi bastante ruim, mais falo: eu fazia de todo o possível prá não mostrá preocupado perante ela... perante a doença que ela teve (Mauro, casal 3).

A vida a dois de Roberto e Nilde (casal 4), na época da doença, também apresentou momentos de tensões. Talvez esse casal seja o que mais fortemente mostrou esses conflitos. Roberto mostrou-se muito compreensivo diante do sofrimento de Nilde, porém ela não se sentiu amparada pelo marido, como podemos acompanhar em seguida:

Procurei dá todo o apoio (Roberto, casal 4).

Procurava fazê vistas grossas, ela nervosa (Roberto, casal 4).

Amigo, compreensivo, uma pessoa que se dedica a outra como ela é (Roberto, casal 4).

Apesar de Roberto (casal 4) apresentar-se como uma pessoa sintonizada com o sofrimento de Nilde (casal 4) e que ser marido também é aceitar a esposa como ela é isso não foi significado por ela, que o apresentou como um marido opressor, o qual não permitia que ela manifestasse seus sentimentos, como podemos visualizar a seguir:

Ele não admitia que eu chorasse (Nilde, casal 4).

Eu queria proteção, eu sentia assim solitária! (Nilde, casal 4).

Ele queria que eu fosse forte e num conversava sobre (Nilde, casal 4).

Ele num dexava eu falá aí! Quando então eu entrei numa depressão lascada! (Nilde, casal 4).

Nilde (casal 4) não relatou durante a entrevista se conversou com Roberto (casal 4) sobre a forma como se sentia tratada por ele. Sua frustração em relação ao marido parece ter sido tão intensa que ela se deprimiu. Assim como Lúcia (casal 2), Nilde também percorreu a trajetória da doença sem revelar ao marido seus sentimentos mais íntimos relacionados a essa experiência.

Júlio (casal 6) também parece guardar segredo para Rute (casal 6) sobre a concepção mais íntima que possui sobre o câncer da esposa ao relatar que ela é a mesma pessoa para ele, contudo psicologicamente ele sente medo quanto à recorrência da doença, como podemos acompanhar a seguir:

Pra mim num mudô assim o fato dela tê tido isso aí, a vida é a mesma pra mim, ela sempre foi a mesma pessoa, isso aí num alterô nada! Mais é psicologicamente (Júlio, casal 6).

Ela pegô no comecinho... e_ tranqüilo, tranqüilo, num vô falá pra você que a gente fica porque a gente num fica não, a gente num dexe transparecê pra ela que a gente tá preocupado, né? (Júlio, casal 6).

Assim como o marido, Rute (casal 6) também tem medo de uma possível recorrência do câncer, mas nesses momentos quem está com ela é a filha. Rute ainda não compartilha com o marido esse medo, como podemos visualizar em seguida:

Ficô um pouco aquele medo o medo sempre vai ficá medo de_ dá uma dorzinha minha filha eu já falo com ela, ela: ai mãe pára! Eu falo: eu tenho

medo! Que seja alguma metastase, né? Ai já me leva no médico, eu vô com o coração assim, sabe? (Rute, casal 6).

Pedro (casal 7) e Guiomar (casal 7), da mesma maneira como os outros participantes apresentados, admitiram mudanças em suas rotinas diárias, porém em função de sentidos distintos. Ele passou a realizar muitos afazeres domésticos principalmente pelo fato dela não poder mais realizá-los em consequência de limitações deixadas pela doença, mas ela percebe essa mudança dele como algo natural, que ocorreu porque ela permitiu, como podemos acompanhar a seguir:

Antes eu achava que eu tinha obrigação de fazê, então eu num dava uma chance tudo era eu, fazia uma coisa, fazia outra, agora não, agora ele me ajuda tranqüilamente, lava a louça (Guiomar, casal 7).

Pedro (casal 7) parece não revelar à esposa o que de mais íntimo concebe sobre esse lugar de marido que ocupa após ela ter sido acometida pelo câncer de mama. Ele parece muito incomodado com essa situação na qual sua mulher não cuida da casa como antes da cirurgia, como podemos visualizar a seguir:

O médico proibiu ela, cê num pode varrê casa, agora o motivo de varrê eu num sei porque a vassoura é leve né? (Pedro, casal 7).

Ela num sabe fazê nada () tá sempre com aquela braçadeira diz que num pode molhá, então o serviço de lavá a louça de área passô também pra mim (Pedro, casal 7).

Eu acho sem graça, né? A pessoa fala: ele que arruma casa, ele que arruma comida, eu acho meio sem graça e outra que pra ela também fica meio chato, né? A pessoa sabê que ela num tá podeno fazê nada, aí esconde um pouco essa parte (Pedro, casal 7).

Os casais entrevistados, portanto, ao nos contarem sobre os sentidos que construíram para a manutenção do laço conjugal, mostraram que a cultura e a história exerceram um papel

relevante para os sentidos do ficar junto apesar dos conflitos emergentes dessa condição. Além disso, as tensões dessa fase parecem ter sido veladas em muitos momentos para que a união pudesse prevalecer, de forma que as imperfeições do outro pudessem permanecer preservadas como uma fronteira a ser respeitada. Dado que contraria um dos achados apresentados por Manne et al. (2004b), ao afirmarem que a revelação mútua dos casais que vivenciam o câncer de mama feminino sobre o que enfrentam nesta experiência, pode diminuir o estresse da esposa.

Sendo assim, em nosso estudo, a vida a dois na vivência do diagnóstico, tratamento e reabilitação do câncer de mama da parceira nos direciona para os achados de O'Mahoney e Carroll (1997), ao nos relatarem que principalmente situações relacionadas aos papéis identitários de homem e mulher, à comunicação e à sexualidade, influenciam a conjugalidade de casais cuja parceira teve câncer de mama.

Como afirmam Silva e Mamede (1998), a mulher que experiencia o câncer de mama geralmente conta com uma rede de suporte que pode facilitar ou não a vivência dessa trajetória. Rede que no nosso estudo foi composta principalmente pelos maridos das esposas entrevistadas e por alguns familiares dos casais, vinculada aos valores tradicionais de ser marido e ser esposa.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho com casais cuja parceira recebe o diagnóstico por câncer de mama e eles permanecem unidos na vivência dessa enfermidade ainda é uma prática pouco explorada no Brasil, tanto no âmbito da pesquisa quanto no universo da prática clínica psicológica. Por isso, entendemos que este estudo, ao se aproximar desses casais, contribui para o avanço da compreensão dessa diáde.

Ao nos aproximarmos dos sete casais entrevistados nessa investigação percorremos com eles novamente a trajetória que experienciaram, a qual incluiu o momento de confirmação do câncer de mama da parceira, a fase do tratamento da doença e os sentidos de marido e esposa para cada um deles.

Ao nos aproximarmos dos sentidos construídos por casais para o câncer de mama da parceira percebemos que eles se aproximam muito dos conceitos que a história do câncer nos apresenta para a doença, cujos significados mobilizam nos indivíduos surpresa e dor psíquica em virtude de esperarem um desfecho de morte. Isso nos aponta para a necessidade de uma assistência interdisciplinar a esses casais que objetive construir com eles outros sentidos para o câncer e até mesmo possibilidades para que eles se sintam participantes do processo de superação da doença.

Todos esses significados parecem ter colocado os entrevistados numa posição de fragilidade, o que os fez buscar em Deus ou no mundo divino as forças para enfrentarem esse momento.

O discurso religioso que visualizamos, entre alguns participantes deste estudo, nos possibilita a reflexão sobre sua utilização no cotidiano dos profissionais de saúde que cuidam dessa população. A relação com o mundo divino, ao se apresentar como uma possibilidade de

ajuda para os doentes e seus acompanhantes, constitui-se assim numa ferramenta de diálogo entre cuidadores e cuidados, não enquanto um discurso moralizador, mas como mais uma possibilidade de auxílio na aceitação e superação da doença.

Dando continuidade ao resgate do percurso vivenciado pelos casais, verificamos que a fase do tratamento também foi muito marcante para ambos, os quais a vivenciaram através de movimentos de aproximação e afastamento.

Os maridos ficaram mais próximos das esposas em virtude da doença permanecendo mais em casa e as transportando, porém essa proximidade não fez com que os casais conversassem diretamente sobre o câncer. Os maridos também permaneceram, muitas vezes, em silêncio na tentativa de compreenderem o que acontecia com suas parceiras. As mulheres ainda foram diretamente cuidadas não pelos seus companheiros, mas por outras mulheres ligadas às famílias deles por laços de afeto, bem como a realização do serviço doméstico, que foi realizado por outras mulheres, ou quando não, como no caso do casal 7, isso ocorreu de forma velada. Além disso, os casais também se mantiveram distantes momentaneamente ou definitivamente dos encontros para se relacionarem sexualmente, mesmo após o término de realização do tratamento e não buscaram ajuda profissional para compartilharem essas alterações sexuais. Ainda em relação à sexualidade dos entrevistados, podemos refletir sobre as possibilidades de ajuda a estes casais, que sofrem as influências da doença em seus relacionamentos, bem como, as influências do próprio envelhecimento, como o ressecamento vaginal, no caso das mulheres e, além disso, dos valores que sustentam um casamento tradicional.

Sendo assim, nessa época, os casais se relacionaram ancorados nas prerrogativas de que mesmo unidos, tarefas como o serviço doméstico não cabem a um homem e, à mulher cabe aceitar o que seus companheiros lhes oferecem sem os contestarem diretamente.

Percebemos assim as marcas da cultura e da história do modelo de conjugalidade tradicional quando os entrevistados nos contaram sobre as formas com que se relacionaram com o câncer de mama feminino, sendo que também nos deparamos com essas mesmas marcas ao nos debruçarmos sobre os sentidos de ser marido e ser esposa para eles. Além disso, esses sentidos construídos ainda nos mostraram como eles proporcionaram aos casais a manutenção do laço conjugal na vivência do câncer de mama feminino.

Ao retomarmos os sentidos construídos pelos casais para o câncer de mama da parceira, visualizamos que esse momento teve conotações de intenso sofrimento para ambos os entrevistados. A despeito disso, eles permaneceram unidos e puderam relatar como foi o momento do tratamento a partir do ficar junto na vivência da enfermidade. A partir disso, os discursos apontam para os sentidos do ficar junto dos entrevistados apesar do sofrimento que a doença imprimia a união, sendo que os sentidos de ser marido e ser esposa além de apresentarem as marcas que relatamos acima, também nos proporcionaram a compreensão da manutenção do laço conjugal para os participantes desta investigação.

Os entrevistados, ao nos contarem sobre o ser marido e ser esposa, nos falaram sobre o papel do marido como uma pessoa forte e o papel da esposa como uma pessoa cuidadora de todos os familiares e da casa.

Os maridos, ao falarem sobre esse lugar, resgataram a vivência do câncer da esposa colocando-o como uma prova de fogo para a manutenção do casamento. Sendo assim, eles suportariam o câncer e somente a morte da parceira poderia justificar o rompimento do laço conjugal. Esses mesmos maridos também reafirmaram esse lugar como sinônimo de responsabilidade, fidelidade e amor eterno. Dessa forma, percebemos que os homens entrevistados não romperiam por eles mesmos o casamento em virtude do câncer de mama da parceira, sendo que apenas a morte poderia justificar a separação deles. Ao nos direcionarmos para as mulheres entrevistadas, verificamos que elas assumiram esse papel voltadas para o

cuidado dos outros e da casa numa tentativa de também como seus maridos cumprirem o esperado de um casamento calcado em valores tradicionais, para o qual o compromisso mútuo assumido de vida a dois é muito importante.

Compreendemos, assim, que os casais participantes tentaram nos reafirmar que permaneceram unidos na vivência do câncer de mama feminino na tentativa de justificar que o amor sentido por eles era para sempre e sendo eterno esse relacionamento deveria perdurar para sempre. Ao se manterem casados e nos contarem que a relação a dois ficou melhor quando comparada ao momento anterior à chegada da doença observamos, também, que foi uma tentativa de demonstrar que eles haviam encontrado a pessoa certa para conviverem a vida inteira e que essa relação era de sucesso.

A manutenção do laço conjugal para os entrevistados ainda esteve pautada em momentos de tensões, nos quais os conflitos de ambos vieram à tona, mas foram velados por eles e, por isso, não revelados constituindo-se numa fronteira a ser respeitada, cujo limite proporcionou também a manutenção do casamento, assim como o compromisso assumido por eles no casamento.

Retomamos a questão da assistência interdisciplinar a esses casais para pontuarmos que no Brasil, ela ainda precisa ser organizada para acolher essa população. Isso porque a mulher doente é o principal foco das equipes de saúde que cuidam dessa população e, os maridos dessas mulheres, na maioria das vezes, recebem as informações repassadas pelas esposas, contribuindo assim para a perpetuação de que doença é assunto feminino.

Além disso, campanhas educativas que visem a desconstrução dos sentidos negativos associados ao câncer também podem ser eficazes para que as pessoas busquem mais cedo e com mais frequência os serviços de saúde.

Não objetivamos com esta investigação demonstrar caminhos pré-estabelecidos para casais cuja parceira recebe o diagnóstico de câncer de mama e, por isso, tecemos algumas considerações. Primeiro, apresentamos uma vivência para este grupo específico de sete casais entrevistados. Sendo assim, como nos aponta o referencial teórico do construcionismo social, estes indivíduos possuem uma história e cultura particulares, os quais participaram das construções dos sentidos por eles relatados. Segundo, em termos de incidência do câncer de mama em mulheres, verificamos que a doença acomete a cada ano mulheres mais jovens. Muitas vezes, essas mulheres não são casadas ou não se casaram ainda, ou quando vivem com algum companheiro geralmente estabeleceram esse relacionamento permeados por outra cultura e talvez pelo modelo de conjugalidade moderno, que é composto de uma moral bastante diferente quando comparada ao modelo de conjugalidade tradicional.

Entendemos que os estudos sobre a vivência do câncer de mama feminino para casais mais jovens que permanecem unidos na vivência do câncer de mama são de suma relevância para compreendermos como eles constroem as saídas para a manutenção do laço conjugal. E tantos outros estudos são importantes como a compreensão dos sentidos dos casais que se separaram a partir da chegada da doença.

Finalmente, compreendemos que os casais participantes que se mantiveram casados na vivência do câncer de mama feminino buscaram dar sentido a essa experiência ancorados na história do câncer e na moral do modelo de conjugalidade tradicional, demonstrando que vivemos construindo sentidos para nossas vidas e seus acontecimentos articulados com as relações sociais que estabelecemos ao longo de nossas histórias de vida.

REFERÊNCIAS

ALVES, A.M. Família, sexualidade e velhice feminina. In: HEILBORN, M.L. et al. **Sexualidade, família e ethos religioso**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 19-38.

AQUINO, V.V.; ZAGO, M.M.F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, jan./fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 08 mai 2007.

ARATANGY, L.R. **O anel que tu me deste: o casamento no divã**. São Paulo: Artemeios, 2007. 192 p.

ÁVILA NETO, M.I. **O autoritarismo e a mulher: o jogo da dominação macho-fêmea no Brasil**. Rio de Janeiro: Artes & Contos, 1994. 132 p.

BAR-TAL, Y; BARNOY, S.; ZISSER, B. Whose informational needs are considered? A comparison between cancer patients and their spouses' perceptions of their own and their partners' knowledge and informational needs. **Social Science and Medicine**, New York, v. 60, p.1459-1465, 2005.

BERTERÖ, C.; WILMOTH, M.C. Breast cancer diagnosis and its treatment affecting the self: a meta-synthesis. **Cancer Nursing**, Philadelphia, v.30, n. 3. 2007. Disponível em: <<http://www.medscape.com>>. Acesso em: 25 jul. 2007.

BIFFI, R.G. **A dinâmica familiar de um grupo de mulheres com câncer de mama**. 2003. 179 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

_____; MAMEDE, M.V. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n.3, p.262-269, 2004.

BIFFI, R.G. **O suporte social do parceiro sexual na reabilitação da mulher com câncer de mama: a perspectiva do casal**. 1998. 129 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto, 1994. 336p.

BRASIL. Rio de Janeiro, Instituto Nacional do Câncer, 2006. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.org.br>>. Acessado em: 18 out. 2007a.

_____. Rio de Janeiro, Instituto Nacional do Câncer, 2007. Pesquisa de opinião pública dos brasileiros sobre o câncer. Disponível em: <<http://www.inca.org.br>>. Acessado em: 26 mai. 2007b.

CARDOZO, M.C. **Descobrimdo o câncer de mama: um estudo sobre produção de sentidos**. 2002. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Faculdade Frassinetti do Recife, Recife, 2002.

CERQUEIRA, A. **A dinâmica conjugal em situação de câncer de mama**. 2004. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2004.

COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983. 282 p.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Health Com Agency for Internacional Development, 1994.

DINIZ NETO, O.; FÉRES-CARNEIRO, T. Psicoterapia de casal na pós- modernidade: rupturas e possibilidades. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.22, n.2, p. 133-141, 2005.

DORVAL, M. et al. Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a prospective investigation. **J Clin Oncol.**, Quebec, v. 20; 23, n.15, p. 3588-3596, 2005.

_____. Marital stability after breast cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, Quebec, v. 33, n. 1, p. 54-59, 1999.

EPPING-JORDAN, J.E. et al. Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. **Health Psychology**, Vermont, v. 18, n. 18, p. 315-326, 1999.

FELDMAN, B.N.; BROUSSARD, C.A. Men's adjustment to their partner's breast cancer: a dyadic coping perspective. **Health Soc Work**, Washington, v.31, n. 2, p. 117-27, 2006.

FERREIRA, C.B. **Representações sociais de mulheres frente à admissão hospitalar para a realização da cirurgia por câncer de mama**. 2003. 160 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

GERGEN, K.J. The place of the psyche in a constructed world. Disponível em: <<http://www.swarthmore.edu>>. 1997. Acesso em: 06 de ago. 2005.

_____. **Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social**. Barcelona: Novagràfik, 1996. 398 p.

GOMES, R.; SKABA, M.M.V.F.; VIEIRA, R.J.S. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 197-204, 2002.

GRADIM, C.V.C. **Sexualidade de casais que vivenciaram o câncer de mama**. 2005. 182 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

HEILBORN, M.L. **Dois é par: gênero e identidade sexual em contexto igualitário**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. 217 p.

KEBBE, L.M. **Desempenho de atividades e imagem corporal: representações sociais de um grupo de mulheres com câncer de mama**. 2006. 158 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

KILPATRICK, M.G. et al. Information needs of husbands of women with breast cancer. **Oncol Nurs Forum**, New York, v. 25, n. 9, p. 1595-601, 1998.

KLEINMAN, A. **The illness narratives**. New York: Basic Books, 1988. 269 p.

LÉVI-STRAUSS, C. A família. In: SHAPIRO, H.L. (Org.). **Homem, cultura e sociedade**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1966. p. 308-333.

LYONS, A. Shaping health psychology: qualitative research, evaluation and representation. In: MURRAY, M.; CHAMBERLAIN, K. (Ed.). **Qualitative Health Psychology**. London: SAGE Publications, 1999. p. 241-255.

MANNE, S.L. et al. Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. **Pshycho-Oncology**, Chichester, v. 15, p. 234-247, 2006.

_____. Couples' support-related communication, psychological distress, and relationship satisfaction among women with early breast cancer. **Consult. Clin. Psychol.**, Washington, v. 72, n. 4, p. 660-70, 2004a.

_____. Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. **Psychosom. Med.**, New York, v. 66, n. 3, p. 442-54, 2004b.

MATHIELSON, C.M. Interviewing the ill and the healthy. In: MURRAY, M.; CHAMBERLAIN, K. (Ed.). **Qualitative Health Psychology**. London: SAGE Publications, 1999. p. 117-132.

MAYAN, M.J. Una Introducción a los métodos qualitativos. Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Disponível em: <<http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>>. 2001. Acesso em: 20 de nov. 2004.

MONTEIRO, A.M. Avanços no estudo da conjugalidade: os casais de dupla carreira. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 10-19, 2001.

NOGUEIRA, V.L.S.C. **O diagnóstico de câncer de mama e a interação social da mulher**. 2004. 81 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

NORTHHOUSE, L.; TEMPLIN, T.; MOOD, D. Couples' adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. **Journal of Behavioral Medicine**, Michigan. v. 24, n. 2, p. 115-136, 2001.

NÚCLEO DE ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA NA REABILITAÇÃO DE MASTECTOMIZADAS. **Manual de orientação para mulheres com câncer de mama**. Ribeirão Preto, 1999. 20 p.

OLIVEIRA, E.B. Direito de família no novo código civil. Disponível em: <<http://www.pailegal.net>>. 2007. Acesso em: 21 de ago. 2007.

O'MAHONEY, J.M.; CARROLL, R.A. The impact of breast cancer and its treatment on marital functioning. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, Chicago, v. 4, n. 4, p. 397-415, 1997.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, 2003.

PICARD, L. et al. Coping strategies among couples adjusting to primary breast cancer. **Journal of Psychosocial Oncology**, Binghamton, v.23, n. 2-3, p. 115-35, 2005.

PINHEIRO, O.G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000. p. 183-215.

POTTER, J. Discourse analysis and constructionist approaches: theoretical background. Disponível em: <<http://www.lboro.ac.uk>>. 1996. Acesso em: 11 de mar. 2005.

PRIORI, M.D. **História do amor no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2005. 330 p.

RASERA, E.F. **Grupo como construção social: aproximações entre a terapia de grupo e o construcionismo social**. 2004. 188 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

_____.; VIEIRA, E.M.; JAPUR, M. Influence of gender and sexuality on the construction of being hiv positive: as experienced in a support group in Brazil. **Families, Systems & Health**, Washington, v. 22, n. 3, p. 340-51, 2004.

RITO do matrimônio. Disponível em: <<http://www.cobra.pages.nom.br>>. Acesso em: 12 de mar. 2007.

ROMANELLI, G. **Famílias de camadas médias: a trajetória da modernidade**. 1986. 343 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

ROSSI, L.; SANTOS, M. A. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, v. 23, n. 4, 2003. Disponível em: <<http://www.pol.org.br>>. Acesso em: 26 abr. 2005.

RYAN, H. et al. How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. **European Journal of Cancer Care**, Londres, v. 14, n. 1, março. 2005. Disponível em: <<http://www.periódicos.capes.br>>. Acesso em: 17 jun. 2005.

SAEGROV, S.; HALDING, A.G. What is it like living with the diagnosis of cancer? **European Journal of Cancer Care**, Londres, v. 13, n. 2, maio. 2004. Disponível em: <<http://www.periódicos.capes.br>>. Acesso em: 24 jun. 2005.

SANT'ANNA, B.D. A mulher e o câncer na história. In: Gimenez, M.G.G. (Org.). **A mulher e o câncer**. Campinas: Psy, 1997. p. 43-70.

SANTI, L.N. **Cuidando da saúde bucal do filho: o significado para um grupo de mães**. 2003. 173 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SCHIFFRIN, D. **Approaches to discourse**. Massachusetts: Blackwell, 1994. 470 p.

SILVA, R.M.; MAMEDE, M.V. **Conviver com a mastectomia**. Fortaleza: Editora da Universidade Federal do Ceará, 1998. 155 p.

SILVERMAN, D. **Interpreting qualitative data: methods for analysing talk, text, and interaction**. London: Sage, 2001. 325 p.

SONTAG, S. **Doença como metáfora, aids e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. 161 p.

SPINK, P.K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.15, n.2, p. 18-42, 2003a.

SPINK, M.J. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, 2003b. 339 p.

SPINK, M.J.. A onipresença do câncer na vida das mulheres – entendendo os sentidos no fluxo das associações de idéias. In: _____. **Psicologia social e saúde; práticas, saberes e sentidos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p. 276-294.

_____. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000. 296 p.

_____; FREZZA, R.M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In: SPINK, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000. p. 17-39.

_____; LIMA, H. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In: SPINK, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000. p. 93-122.

_____; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000. p. 41-61.

_____; MENEGON, V. M. **A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos**. In: SPINK, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000. p. 63-92.

TEIXEIRA, J.J.V.; LEFÈVRE, F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 2, p. 159-166, 2007.

TITAN, S. Aspectos técnicos no atendimento de casais. In: RAMOS, M. (Org.). **Terapia de casal e família**. São Paulo: Brasiliense, 1998. p. 17-32.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 176 p.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 133 p.

VIORST, J. **Casamento para toda a vida**. São Paulo: Melhoramentos, 2004. 284 p.

VIEIRA, C.P.; QUEIROZ, M.S. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 63-70, 2006.

WIMBERLY, S.R. et al. Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: impact on psychosocial and psychosexual adjustment. **J Consult Clin Psychol**, Washington, v. 73, n. 2, p. 300-11, 2005.

YALOM, M. **História do seio**. Lisboa: Teorema, 1998. 364 p.

ANEXO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
 FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0174/2005

Ribeirão Preto, 19 de dezembro de 2005.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua **82ª Reunião Ordinária**, realizada em 15 de dezembro de 2005.

Protocolo: nº 0609/2005

Projeto: **Re-significação do Relacionamento Conjugal após o Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama**

Pesquisadores: **Ana Maria de Almeida** (Orientadora)
Cíntia Bragheto Ferreira (Doutoranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Claudia Benedita dos Santos
 Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmª. Srª.

Profª. Drª. Ana Maria de Almeida

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

APÊNDICE

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: Re-significação do relacionamento conjugal após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama

Pesquisador responsável: Cintia Bragheto Ferreira. CRP Nº06/57858

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Maria de Almeida. COREN Nº13742

Patrocinador que apóia financeiramente a pesquisa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES por meio de bolsa de doutorado

Vocês estão sendo convidados a participar de uma pesquisa que será realizada no REMA – Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas. Esta pesquisa busca entender se os casais que vivenciam o câncer de mama feminino: passam a dialogar, de forma diferente, sobre a relação do casal; identificar os significados que os casais dão à relação conjugal após essa experiência e, descrever as saídas que eles construíram juntos para conviver com essa doença.

Caso aceitem participar, assumimos o compromisso de não revelar suas identidades, bem como as informações a respeito do estudo que vocês nos derem. Para sua participação é necessário que vocês aceitem ser entrevistados juntos, numa entrevista com duração média de uma hora, sendo que ela será realizada no REMA ou no local de sua preferência. Solicitamos ainda que aceitem que a mesma seja gravada. Estaremos prontas para ouvi-los e, caso tenham alguma dúvida, podem nos perguntar.

Caso concordem em participar da pesquisa asseguramos que a mesma não implica em riscos e vocês não terão custos adicionais, porque estaremos aproveitando a vinda ao REMA para atendimento, e quando a entrevista for realizada no domicílio as pesquisadoras arcarão com os custos. Vocês poderão deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo na continuidade da assistência que vocês precisarem.

Por meio das informações coletadas nesse estudo, poderemos avaliar se há necessidade de etapas com participação do casal no processo de reabilitação da mulher com câncer de mama, e propor outras práticas que complementem a assistência prestada.

Agradecemos a participação de vocês no estudo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2006

Cintia Bragheto Ferreira

Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário

Ribeirão Preto – SP, CEP 14040-902 Fone (0XX) 16-3602 3432/ 3602 3448

Após ter tomado conhecimento dos esclarecimentos sobre a pesquisa, concordamos em participar da mesma, assumindo que não sofremos nenhuma pressão para tal.

Eu _____

R.G. _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____

esposa

Eu _____

R.G. _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____

esposo

APÊNDICE B

NORMAS PARA TRANSCRIÇÃO*

OCORRÊNCIAS	SINAIS	EXEMPLIFICAÇÃO
Elevação da entonação seguida por uma pausa perceptível	?	
Entonação contínua	,	
Tom animado	!	
Pausa perceptível ou parada no ritmo sem queda na entonação	...	
Prolongamento silábico	-	
Estresse enfático	<i>itálico</i>	
Superposição de falas	[]	A: Você sabe o horário do início [da festa?] B: [seis horas.]
Quando a fala seguinte aparece sem pausa perceptível	z	A: Você sabe o horário do início [da festa?] B: Seis horas z Seis horas.
Incompreensão de fala	()	

*SCHIFFRIN, D. **Approaches to discourse**. Massachusetts: Blackwell, 1994.

APÊNDICE C

MAPA 1

Mapa de associação de idéias relacionadas à vivência do câncer de mama feminino presentes no discurso de Roberto e Nilde (casal 4) (SPINK; LIMA, 2000)

Roberto e Nilde (casal 4)	confirmação da doença	fase do tratamento	ser marido e ser esposa
<p>Roberto</p>	<p>A gente acha que é um troço incurável, que a pessoa num vai resisti por muito tempo, num vai sobrevivê</p> <p>Eu falava pra ela que esse problema de doença isso aí qualqué um de nós tamo sujeito e que devíamos aceitá se era um desígnio de Deus! nós tínhamos que passá por essa provação.</p> <p>Fiquei triste, mais eu coloco tudo aquilo que acontece comigo nos</p>	<p>Procurei dá todo o apoio</p> <p>Procurava fazê vistas grossas ela nervosa coisa e tal</p> <p>Pra você vê eu que levava ela pra fazê esse tipo de tratamento muito pesados, né?</p> <p>Principalmente assim quando ela soube da doença ela procurô se afastá um pouco da vida sexual do casal, né?</p>	

	planos de Deus, então eu aceito, cê entendeu?		Amigo, compreensivo, uma pessoa que se dedica a outra como ela é Nós não nos casamos por casar casamos porque nós nos amávamos, então eu acho assim o amor resolve qualquer problema, todo lar formado com amor cê pode crê que num vai havê problema nenhum, cê vê nós temo todo esse tempo de casado, eu pretendo terminar minha vida junto com ela e nós nos amamos até hoje, cê entendeu?
		Se a gente for ficá vivendo em cima do problema em si se torna mais difícil, né? () então eu procurava fazê que não tinha problema nenhum Assunto da doença nós esquecemos	Ficamos mais próximos É que de primeiro a gente quase num parava pra conversá, só nos momentos de saí assim, mais depois que aconteceu isso, que a gente procurô conversá mais, tá sempre em contato todo momento da vida
Nilde	Eu vô morrê! Dexei tudo a casa em ordem, roupa, porque o dr. disse que eu ia entrá em cirurgia com dez por cento de sobrevida, eu pensei assim, eu morro, vão tê que fazê velório pra		

mim, essa casa toda bagunçada

Ele não admitia que eu chorasse
Eu queria proteção, eu sentia assim
solitária!
Ele queria que eu fosse forte e num
conversava sobre
Ele num dexava eu falá ai! Quando
então eu entrei numa depressão
lascada!
Uma irmã dele que é enfermeira que
veio me dá suporte

Quando eu me casei trinta e sete
anos atrais era imaginava esposa
companheira era... uma forma de
tê assim segurança, incentivo,
amizade, sabe?

Hoje eu acho que sê esposa é
muito mais que isso... sê esposa é
cê sabê que cê volta pra casa tem
uma pessoa lá tá que sabe o que tá
aconteceno com você, não precisa
você conversá muito porque já te
conhece, então é mais uma
cumplicidade

MAPA 2

Mapa de associação de idéias relacionadas à vivência do câncer de mama feminino presentes no discurso de Pedro e Guiomar (casal 7) (SPINK; LIMA, 2000)

Pedro e Guiomar (casal 7)	confirmação da doença	fase do tratamento	ser marido e ser esposa
Pedro	Eu sentia meio abatido também porque eu tinha muito medo de perdê-la	<p>O serviço mais pesado passô pra mim porque ela não pode fazê</p> <p>O médico proibiu ela, cê num pode varrê casa, agora o motivo de varrê eu num sei porque a vassoura é leve né?</p> <p>Ela num sabe fazê nada () tá sempre com aquela braçadeira diz que num pode molhá, então o serviço de lavá a louça, de área, passô também pra mim</p> <p>Só falo pra ela, a hora que tivê gente aí dexe o serviço de lado, depois eu faço, perto de gente eu num vô fazê, vai dexano de lado, a hora que a visita vai embora eu começo</p> <p>Eu acho sem graça, né? A pessoa fala: ele que arruma casa, ele que arruma comida, eu acho meio sem graça e outra que pra ela também fica meio chato, né? A pessoa sabê</p>	

Guiomar	<p>Ah, foi aquele gorpe</p> <p>Olha, no início foi barra pesada... porque eu achava até que era um castigo... depois que eu fui vê não Deus é_ num castiga ninguém não, cada qual tem que passá por alguma coisa que_ então, num fui tanto que, no início eu nem falava no assunto com as pessoas, agora não, agora eu converso, falo pra qualquer pessoa</p> <p>Nós não conversamos sobre doença</p>	<p>que ela num tá podeno fazê nada, aí esconde um pouco essa parte</p> <p>Distraía ela com outros assunto</p> <p>Antes eu achava que eu tinha obrigação de fazê, então eu num dava uma chance tudo era eu, fazia uma coisa, fazia outra, agora não, agora ele me ajuda tranqüilamente, lava a louça</p>	<p>Um pai pra mulher, um companheiro, um irmão, é tudo, né?</p> <p>Aproximô bastante, nós já era bastante unido, agora mais ainda por causa desse problema</p> <p>É tudo legal</p> <p>Eu acho que até melhorô, por incrível que pareça, ele agora parece que ele conversa mais</p>
---------	---	---	--

			É tentá fazê as coisa que ele gosta, se ele qué i em algum lugar, sê companheira dele, mais nesse sentido
--	--	--	--

APÊNDICE -D

Quadro 1: Distribuição da caracterização dos casais entrevistados

Variáveis	Casais entrevistados						
	Casal 1	Casal 2	Casal 3	Casal 4	Casal 5	Casal 6	Casal 7
Identificação dos casais (nomes fictícios)	Joana e Raimundo	Lúcia e Paulo	Lourdes e Mauro	Nilde e Roberto	Marta e Valmir	Rute e Júlio	Guiomar e Pedro
Tempo união (anos)	16	38	43	37	37	27	43
Escolaridade							
Mulher	ensino fund. incompleto	ensino fund. incompleto	superior completo	superior completo	ensino fund. completo	ensino médio completo	ensino fund. incompleto
Homem	ensino fund. incompleto	ensino fund. incompleto	superior completo	superior completo	ensino fund. completo	ensino médio completo	ensino fund. incompleto
Profissão							
Mulher	aposentada	do lar	aposentada	aposentada	do lar	vendedora	do lar
Homem	pedreiro	aposentado	aposentado	aposentado	aposentado	comerciante	aposentado
Religião							
Mulher	católica	católica	espírita	católica	católica	católica	católica
Homem	espírita	católica	espírita	católica	católica	católica	católica
Nº. filhos	0	4	2	3	3	3	2
Média idade casal (anos)	61	64	68	62	63	50	68
Classe social*	classe média	classe média baixa	classe média	classe média baixa	classe média	classe média baixa	classe média baixa
Tipo cirurgia (mulher)	quadrantectomia + esvaziamento axilar	quadrantectomia + esvaziamento axilar	mastectomia total + esvaziamento axilar	quadrantectomia + esvaziamento axilar	quadrantectomia + esvaziamento axilar	quadrantectomia + esvaziamento axilar	mastectomia total + esvaziamento axilar
Tempo de cirurgia (anos)	3	4	11	9	3	3	4

*Classe social auto referida.