

Capítulo I - INTRODUÇÃO

O Cancro da Mama é uma das doenças com maior prevalência na mulher contemporânea. É uma doença transversal às diversas gerações da nossa sociedade e surpreende as mães, as amigas das nossas mães, esposas, primas, irmãs, tias e avós.

Por todo o mundo, o Cancro da Mama é considerada a doença com maior taxa de mortalidade feminina (Pisco, 2006) e Portugal não é excepção. Só no ano de 2001 ocorreram 1653 óbitos por Cancro da Mama, tendo no ano de 2006 esse valor diminuído ligeiramente para os 1450 óbitos (INE, 2009). Independentemente disso, sabe-se hoje que o Cancro da Mama é uma doença estigmatizante e que provoca alterações na auto-imagem, auto-estima, desempenho de papéis, identidade pessoal, sexualidade e qualidade de vida (Pisco, 2006). Atinge a mulher que é confrontada com ele, mas também, e tendo em conta que esta não é um sistema isolado mas antes um sistema aberto e em interacção, a sua família e muito concretamente o cônjuge, elemento de primeira linha nas relações afectivas. Sobre este conhece-se hoje que recaem importantes repercussões provocadas pela doença, sendo este impelido a assumir um papel acrescido de cuidador, companheiro e confidente.

A presente investigação intitulada: “Impacto do Cancro da Mama no Casal: análise em espelho das perspectivas de ambos os cônjuges”, tem como objectivo geral compreender o impacto do Cancro da Mama na dinâmica conjugal bem como os processos de ajustamento/adaptação que a mulher e o seu cônjuge desenvolvem para lidar com este problema que inesperadamente invade as suas vidas.

A importância e pertinência deste estudo surge das evidências científicas que indicam que os processos de ajustamento à doença, tanto da mulher como do cônjuge, são

cruciais para a adesão e eficácia dos tratamentos instituídos, e conseqüentemente para a sobrevivência destas pacientes, sem esquecer a qualidade de vida e o bem-estar subjectivo que promovem.

Trata-se ainda de uma investigação original, tanto pela metodologia qualitativa utilizada que permite dar voz directa aos atingidos pelo problema, como pela inclusão do cônjuge como elemento imprescindível no processo de recuperação da doença.

Hoje, uma melhor compreensão deste fenómeno e respectiva divulgação poderá permitir que os diferentes Profissionais de Saúde que contactam com estes casais possam planear e desenvolver intervenções mais qualificadas, intervenções essas que visem a compreensão de ambos os cônjuges de que este acontecimento stressante exige a reestruturação da sua vida conjugal e familiar e que o sucesso da sua relação dependerá dos processos de ajustamento face a este desafio.

Capítulo II - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Cancro da Mama – Aspectos Fisiológicos

O Cancro é uma doença que surge devido a alterações nas células do organismo que crescem a uma velocidade fora de controlo, células essas que formam uma massa anormal que se designa por tumor (American Cancer Society, 2007).

Segundo a Liga de Protecção Contra o Cancro (2005), o Cancro da Mama é um tumor maligno e é assim designado por afectar a mama e se desenvolver nas células do seu tecido (tecido mamário). É segundo a mesma fonte, o tipo de cancro mais frequente no sexo feminino; podendo, no entanto, atingir também o sexo oposto (ainda que numa percentagem muito reduzida).

Segundo Dias (1997) esta forma de cancro na mulher contemporânea representa um grave problema de saúde quando constitui uma das maiores causas de morte feminina.

Anatomia e Fisiologia da Mama

As mamas são um par de glândulas cuja principal função é a produção de leite durante o período de latência (Seeley, 1997). Localizam-se anteriormente aos músculos peitorais e estendem-se como uma estrutura convexa da borda lateral do esterno à borda anterior da axila (Jacob, Francone & Lossow, 1980). Segundo Williams, Warwick, Dyson e Bannister (1995) são constituídas de tecido glandular, tecido adiposo, fibroso, lobos e lóbulos glandulares, assim como vasos sanguíneos, vasos linfáticos e nervos.

Em ambos os sexos, para Souza (2001) as mamas apresentam à superfície o mamilo (ligeiramente proeminente em relação à mama) rodeado por uma aréola circular e pigmentada, cujo aspecto visual é rugoso devido à presença de glândulas sebáceas.

Na mulher adulta, cada glândula mamária é composta por 15 a 20 lobos, que se encontram divididos em lóbulos. Os lobos de cada glândula mamária formam uma massa cónica, com o mamilo situado no vértice. Cada lobo possui um único *canal galactóforo*, que termina à superfície do mamilo, dilatando-se para formar o *seio galactóforo* ou *ampola galactófora* que tem como função acumular o leite durante a fase de aleitamento. O canal que se segue ao seio galactóforo subdivide-se, formando então os lóbulos (canais mais pequenos) que terminam nos *alvéolos* ou *ácinos* (Seeley, 1997).

De acordo com o mesmo autor, para além destas estruturas, a mama também é constituída por vasos sanguíneos (função de transporte de sangue à glândula) e por vasos linfáticos que drenam os líquidos (linfa) produzidos por vários órgãos. Estes vasos confluem nos gânglios linfáticos que se localizam em inúmeras regiões do organismo, nomeadamente na axila e em ambos os lados do esterno.

Segundo Lawson & Lawson (2000), cerca de 90% dos câncros da mama iniciam-se nas células dos ductos mamários, estando os restantes 10%, na maior parte dos casos, situados nas células dos alvéolos produtores de leite. São raros os câncros da mama que surgem noutras partes do tecido mamário, como é o caso do tecido conjuntivo.

Factores de Risco

As causas subjacentes ao Cancro da Mama continuam por ser identificadas mercê da heterogeneidade da doença que a faz desenvolver pela acção de múltiplos factores que variam de mulher para mulher. Apesar disso, conhecem-se hoje esses mesmos factores designados por factores de risco e que se encontram associados a uma maior incidência desta patologia relativamente à sua ausência (Otto, 2000).

São factores de risco do Cancro da Mama:

- Sexo e idade – O cancro mamário apresenta uma maior prevalência nas mulheres comparativamente aos homens, ocupando os 31% dos câncros invasivos nas mulheres e

apenas 1% nos homens (Otto, 2000). Actualmente, a possibilidade de uma mulher vir a desenvolver este tipo de cancro durante a vida é de 1 para 8. Por outro lado, verifica-se que a incidência do Cancro da Mama aumenta com a idade, sendo mais frequentemente diagnosticado em mulheres com mais de 50 anos (Phipps, Sands & Marek, 2003).

- História pessoal de cancro – As mulheres com diagnóstico prévio de Cancro da Mama, na opinião de Ogden (2004), têm um maior risco de ocorrência de recidiva e assim desenvolverem um segundo cancro na mama contra lateral. Existe aproximadamente 15% de risco no período de vida. Por outro lado, de acordo com o autor, uma história prévia de cancro primário dos ovários ou do endométrio constitui um risco aumentado para o Cancro da Mama.

- História familiar de cancro e genética – Através de diversas investigações e como é salientado por Philip (2003), apenas 10% dos casos do cancro da mama são genéticos. O estudo *Nurses Health Study* referenciado por Lawson & Lawson (2000), demonstra que as mulheres cujas mães tiveram Cancro da Mama diagnosticado antes dos quarenta anos e mulheres cujas irmãs também desenvolveram esta doença oncológica têm o risco de cancro da mama duplicado relativamente às outras mulheres. O risco mantém-se aumentado para mulheres cujas mães tiveram cancro mamário diagnosticado com quarenta anos ou mais.

Para Phipps et al., (2003), o risco aumenta se o familiar directo (mãe, filha ou irmã), tiver antecedentes de Cancro da Mama pré-menopausa ou doença bilateral. Se estas duas últimas situações estiverem presentes, o risco é de uma a duas vezes superior para o familiar directo. Em casos de presença de outras localizações do Cancro (ovário, cólon e útero) o risco também se encontra aumentado.

- Factores ambientais – as taxas de cancro da mama demonstram-se flutuantes relativamente às diferentes populações. Ogden (2004) refere que as mulheres ocidentais (Europa, América do Norte; Austrália e Nova Zelândia) apresentam maior incidência de Cancro da Mama ao invés das mulheres asiáticas ou africanas que têm uma incidência muito baixa.

Lawson & Lawson (2000) vêm apoiar a influência de factores ambientais ao apresentar estudos que demonstram que as mulheres que migram de países em desenvolvimento para países desenvolvidos têm um risco aumentado de desenvolver cancro da mama, ficando ao mesmo nível das mulheres desses países passadas várias gerações.

- Menarca precoce e menopausa tardia – Segundo Otto (2000), o aparecimento da menarca precoce (antes dos doze anos) e a menopausa tardia (após os cinquenta anos) estão ambas associadas ao aumento do risco do cancro mamário. Este facto deve-se ao alargamento do intervalo entre a menarca e a menopausa. O risco aumenta cerca de 5% a 10% em cada ano que a menarca surge precocemente.

- História reprodutiva – O risco de cancro da mama aumenta com a idade em que a mulher engravida e leva a primeira gravidez até ao termo (40 semanas), sendo uma protecção substancial quando a gravidez de termo é numa idade jovem (Lawson & Lawson, 2000).

- Obesidade e dieta rica em gorduras – Acredita-se que os padrões de alimentação durante a gravidez, a infância e a adolescência poderão estabelecer uma relação entre o tipo de dieta e o risco de desenvolvimento do cancro da mama (Lawson & Lawson, 2000). Como referem Phipps et al. (2003), pensa-se que esta correlação esteja associada aos

estrogénios que são armazenados no tecido adiposo do organismo e que se ligam às células cancerosas.

Quanto ao consumo de gorduras, para Lawson e Lawson (2000) as mulheres que têm um consumo elevado de gorduras saturadas têm risco aumentado de 50% quando comparadas com as mulheres com baixo consumo de gorduras.

- Hormonas e Contraceção oral – Investigações recentes demonstram não existir uma relação directa entre um aumento de risco de Cancro da Mama e o uso de contraceptivos orais. Contudo verificou-se que existe um ligeiro aumento do risco de Cancro da Mama quando os contraceptivos orais se iniciam numa idade precoce (no espaço de 5 anos após a menarca) e quando tomados interruptamente durante 10 anos ou mais (Phipps *et al.*, 2003).

- Exposição a radiações – As taxas de Cancro da Mama mais elevadas, segundo Otto (2000), têm sido associadas às mulheres expostas a radiações ionizantes no tratamento da tuberculose ou de mastites pós-parto ou em sobreviventes das bombas atómicas em Hiroshima e Nagasaki. Estudos demonstram que a sensibilidade aos efeitos da radiação é maior na infância (entre os dez e os catorze anos) e quase insignificante aos quarenta anos de idade. Para Lawson e Lawson (2000) quanto mais jovem for a idade de exposição à radiação, maior o risco de cancro mamário.

- Consumo de álcool – Para Otto (2000) o consumo de álcool encontra-se relacionado com um ligeiro aumento do risco de desenvolvimento de Cancro da Mama, segundo Lawson e Lawson (2000) aumenta em 10% a 20% o risco de Cancro da Mama.

Manifestações Clínicas

A manifestação clínica mais precoce do Cancro da Mama é para Redfield e Molbo (1995) uma pequena massa palpável. Quando a lesão já envolveu os tecidos circundantes surgem: covinhas na mama; enrugamento da pele; alterações na cor da pele sobre a lesão; alteração do contorno da mama; distorção do mamilo; corrimento seroso ou sanguinolento no mamilo; formação de escama ou inversão do mamilo.

Prevenção e Métodos de Detecção Precoce

Sendo a causa do Cancro da Mama ainda desconhecida, o meio mais importante para o seu controlo é a detecção precoce e o tratamento precoce. Esta ideia é reforçada por Álvarez et al. (2002), quando referem que muitos estudos têm demonstrado que o diagnóstico precoce do Cancro da Mama diminui a mortalidade uma vez que os tratamentos em estadios precoces são mais eficazes e menos invasivos.

Para Otto (2000) os métodos de detecção precoce incluem o auto-exame da mama, o exame clínico da mama e a mamografia.

- Auto-exame da mama - Segundo o Otto (2000) deverá ser realizado mensalmente, contudo, consoante a idade da mulher, assim irá variar a altura do mês em que este deverá ser realizado. Deste modo, as mulheres na pré-menopausa devem realizar o auto-exame da mama entre o 5º e 7º dia após o período menstrual; as mulheres não menstruadas ou em pós-menopausa podem procedê-lo em qualquer dia do mês, mas preferencialmente o dia deve-se manter para os restantes meses. As mulheres grávidas ou a amamentar também devem continuar a examinar as mamas mensalmente, bem como as mulheres que foram submetidas a intervenção cirúrgica devido a Cancro da Mama, tendo em particular atenção a área da cicatriz e a parede do tórax.

Para Álvarez et al. (2002) o auto-exame da mama ou auto-palpação processa-se em dois passos.

O primeiro passo consiste na inspecção visual, em que a mulher deve-se colocar diante do espelho, sem roupa da cintura para cima, e em três posições diferentes (com os braços ao longo do corpo, na cintura e sobre a cabeça), de modo a permitir a visualização da superfície completa da pele, do complexo do mamilo/auréola e o contorno das mamas. Para Otto (2000), a mulher deve também virar-se ligeiramente de lado, para poder observar se existe alguma evidência de retracção da pele, enrugamento, eritema, proeminência de veias e/ou a presença de outras características. Os mamilos também podem encontrar-se evertidos ou invertidos.

O segundo passo consiste, segundo Álvarez et al. (2002), na palpação das mamas que pode ser realizada na vertical ou na horizontal. Durante a palpação deve-se considerar se está presente o aparecimento de um nódulo na mama que não existia antes, aparecimento de um nódulo na axila e dor na palpação. De um modo geral, e segundo Lawson e Lawson (2000) pode-se afirmar que se deve pesquisar dois sinais durante o auto-exame da mama, nomeadamente qualquer corrimento ou fluído a partir do mamilo e quaisquer pequenas massas ou espessamentos no tecido mamário.

A duração do auto-exame da mama, de modo a ser pormenorizado, deverá ser de aproximadamente vinte a trinta minutos (Lawson & Lawson, 2000).

- Exame clínico da mama - Para Otto (2000) é a técnica de rastreio do Cancro da Mama mais comum, contribuindo claramente para a redução da mortalidade das mulheres na faixa etária dos quarenta aos quarenta e nove anos de idade. Deve ser feito, segundo o mesmo autor, por um profissional de saúde cada três anos em mulheres dos vinte aos quarenta anos e anualmente após os quarenta anos de idade.

Para Lobo (2002) o exame clínico da mama segue uma determinada técnica: a mulher deve estar numa posição ortostática com os membros sobre a cabeça e o profissional deve observar o contorno e simetria das mamas (para detectar modificações

cutâneas ou retracções do mamilo); palpar a mama, auréola e mamilo com a palma da mão; verificar se a massa palpável se encontra aderente ou não aos tecidos profundos; examinar as axilas e por fim palpar as fossas supra-claviculares para identificar possíveis linfadenopatias.

- Mamografia de rastreio - É para Herranz (2001) o único método válido na detecção do Cancro da Mama antes deste poder ser detectado pelo exame clínico ou auto-exame da mama uma vez que permite detectar lesões clinicamente ocultas com menos de 1 mm de tamanho.

Para Otto (2000) consiste geralmente em dois exames em cada mama, um de um lado para o outro (mediolateral oblíquo) e outro de cima para baixo (craniocaudal). Para cada exame, a mama é comprimida para diminuir a espessura e assim permitir uma melhor visualização das estruturas do tecido mamário, contribuindo também para uma redução da quantidade de radiação.

A Sociedade Americana do Cancro preconiza, de acordo com Phipps et *al.* (2003) a mamografia em todas as mulheres com suspeita de Cancro de Mama e em situações de alto risco independentemente da idade, e rastreios anuais em todas as mulheres com mais de 50 anos de idade.

Diagnóstico

A mamografia é o melhor instrumento de diagnóstico para detectar tumores mamários, contudo a sua utilização no diagnóstico do Cancro da Mama é realizada conjuntamente com outros tipos de exames. Também a ecografia pode ser usada como exame não-invasivo, para estabelecer o tamanho da lesão e diferenciar um quisto de conteúdo líquido de uma lesão sólida (Phipps, et *al.*, 2003). Para Otto (2000) a ultrassonografia em conjugação com a mamografia, também se revela de extrema utilidade

na diferenciação de quistos líquidos de massa sólida. A autora supracitada refere ainda a mamocintigrafia como um procedimento da investigação e um exame auxiliar da mamografia, que envolve a injeção de um radioisótopo seguida por uma cintigrafia da mama na Medicina Nuclear. Este tipo de exame permite uma alta especificidade na diferenciação entre lesões malignas e benignas, encontradas inicialmente.

O exame histológico do tecido tumoral por sua vez, só pode ser obtido com a realização de uma biópsia com agulha ou biópsia de excisão ou incisão. A biópsia de aspiração por agulha fina, torna-se a técnica eleita quando as massas dominantes são palpáveis. Esta técnica permite distinguir a presença de necrose gordosa, infecção localizada ou tumor, contudo apresenta a desvantagem de não permitir distinguir se é invasivo ou não invasivo (Otto, 2000). Por outro lado, como referem Phipps et al. (2003) um resultado negativo implica, na presença de uma massa suspeita, uma avaliação suplementar.

Após a biópsia, as amostras do tecido são examinadas quanto ao tipo de células e se a lesão for maligna determina-se, em simultâneo, o estado dos receptores de estrogénio e de progesterona. Os resultados destas provas constituem importantes factores de prognóstico e são bastante úteis no planeamento do tratamento da doente (Phipps et al., 2003).

Para além dos exames referidos, Phipps et al. (2003) mencionam a existência de outros exames de diagnóstico: tomografia de fígado (se os resultados das provas da função hepática estiverem alterados) e Raio- X do tórax para demonstrar o estado pulmonar antes de qualquer intervenção cirúrgica bem como a presença de metástases.

Classificação do Cancro da Mama

O Cancro da Mama pode ser classificado quanto à sua variedade e tipo (American Cancer Society, 2007) como:

- A. Não-invasivos (não infiltrantes)

1. Carcinoma intraductal
2. Carcinoma papilar intraductal
3. Carcinoma lobular *in situ*

B. Invasivos

1. Carcinoma ductal invasivo – não-específico
2. Carcinoma lobular invasivo
3. Carcinoma medular
4. Carcinoma colóide (carcinoma mucinoso)

Existe também um sistema uniforme utilizado universalmente que permite verificar a extensão anatómica da disseminação do cancro que tem como nome “Classificação TNM” (Quadro 1).

O objectivo deste sistema é definir categorias para todos os casos, sendo fundamental uma classificação rigorosa para a determinação dos tratamentos a realizar assim como para o desenvolvimento de experiências clínicas de investigação laboratorial (Phipps *et al.*, 2003).

Tratamento

O tratamento ou tratamentos a realizar devem ser decididos entre a paciente e o seu médico de acordo com o estágio e características da doença, idade da mulher e efeitos secundários/riscos associados a cada tratamento (American Cancer Society, 2007). O tratamento escolhido irá actuar não só sobre a doença, mas também sobre a doente pelo que os efeitos do tratamento são condicionados pelos valores, atitudes, crenças e julgamentos da mesma. Estes influenciarão a sua acção, conjuntamente com o bem-estar psicológico, vida social, estado sócio-económico e profissional da paciente (Ribeiro, 2002).

Quadro 1 - Classificação TNM

Estádio 1	T1	Tumor de 2 cm ou menos
	N0	Não há gânglios axilares palpáveis
	M0	Não há metástases evidentes
Estádio 2	T0	Não há tumor palpável
	T1	Tumor de 2 cm ou menos
	T2	Tumor com menos de 5 cm
	N1	Gânglios axilares palpáveis com provas histológicas de malignidade da mama
	M0	Não há metástases evidentes
Estádio 3	T3	Tumor com mais de 5 cm, pode estar fixado ao músculo ou fáscia
	N1 ou N2	Gânglios fixados
	M0	Não há metástases evidentes
Estádio 4	T4	Tumor de qualquer dimensão com fixação à parede torácica ou à pele; presença de edema, incluindo “casca de laranja”; ulceração; nódulos cutâneos; carcinoma inflamatório
	N3	Gânglios supraclaviculares ou intraclaviculares ou edema no braço
	M1	Presença ou suspeita de metástases à distância

Fonte: adaptado de Redfield & Molbo, 1995

Para Ramos e Rothschild (1995) o tratamento pode dividir-se em locorregional (cirurgia e radioterapia) e sistémico (quimioterapia, hormonas e imunoterapia). O tratamento locorregional tem como objectivo impedir a disseminação nos casos iniciais e evitar recidivas nos casos avançados. A escolha do tipo de cirurgia a realizar será determinada, segundo Otto (2000), pelo estágio clínico da doença (tamanho do tumor,

fixação, histologia, nódulos e metástases), resultados mamográficos, localização do tumor, história do doente, disponibilidade cirúrgica, tamanho e forma da mama e ainda preferência da pessoa.

Para os cancros confinados à mama, de acordo com a autora supracitada, o tratamento é quase sempre cirúrgico. Existem várias opções cirúrgicas, mas a decisão principal oscila entre extrair a totalidade da mama (mastectomia) ou apenas o tumor e uma área de tecido normal circundante (cirurgia conservadora da mama).

A Mastectomia acaba por ser a cirurgia mais utilizada no Cancro da Mama na tentativa de alcançar o controlo local e regional da doença (American Cancer Society, 2007) e evitar a disseminação da mesma (Pinotti & Barros, 1997 cit in Talhaferro, Lemos, & Oliveira 2007).

A cirurgia conservadora da mama pode ser realizada através de vários métodos: tumorectomia, que consiste na remoção do tumor e de uma pequena quantidade do tecido normal circunjacente ou quadrantectomia que implica a remoção de um quarto da mama (Sasaki, 2000 cit in Sampaio, 2005)

Por outro lado, Phipps et al. (2003) referem que os tumores com menos de um 1 cm, geralmente não necessitam da utilização de radiações após cirurgia de conservação da mama uma vez que o risco de metástases é ínfimo e o prognóstico muito favorável.

Quando não estão reunidas condições para se proceder à cirurgia conservadora (quadrantectomia) ou quando o tumor tiver mais de 3 cm de diâmetro, está indicada a mastectomia radical modificada ou mastectomia total com linfadenectomia axilar, preservando-se os músculos peitorais (Ramos & Rothschild, 1995). A Mastectomia radical modificada consiste na remoção de todo o tecido mamário incluindo o mamilo e a auréola. O pequeno peitoral pode ser ou não removido, porém o músculo grande peitoral nunca é retirado (Marques & Ledo, 2003).

De notar que se considera que a mulher que escolhe tumorectomia e radioterapia terá a mesma esperança de vida do que se tivesse escolhido mastectomia (American Cancer Society, 2007).

A terapia por radiação é outro método utilizado no tratamento do Cancro da Mama, desempenhando o seu papel no controlo loco-regional mas também como terapia adjuvante, como é o caso da combinação da radiação com a cirurgia de conservação da mama (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group, 2000 cit in American Cancer Society, 2007). Para Otto (2000) a terapia por radiação proporciona uma redução do risco de crescimento de tumor invasivo em doentes com história de carcinoma ductal. A radioterapia externa de suporte tem a duração de quatro a cinco semanas e inicia-se quando a cicatrização da excisão estiver completa. Para doentes cuja cirurgia não esteja indicada ou em casos que a pessoa não a pretenda, a radioterapia pode ser usada como terapia primária.

Relativamente ao tratamento sistémico, de acordo com a autora supracitada este envolve o uso de quimioterapia ou de hormonas, sendo as últimas utilizadas na prevenção ou retardamento do desenvolvimento de doenças metastáticas após procedimento cirúrgico em que a carga do tumor é pequena (micrometástases). A utilização da quimioterapia adjuvante para Harrison (1999) por sua vez torna-se importante, uma vez que o Cancro da Mama pode disseminar-se para além dos nódulos axilares, a outros locais através da corrente sanguínea (Harrison, 1999).

A diferença entre estas duas terapias, baseia-se no mecanismo de acção, uma vez que enquanto a quimioterapia actua na divisão rápida das células, a terapia hormonal tem a sua acção nas células cujo desenvolvimento depende do estrogénio (Phipps et al., 2003).

Reconstrução mamária

Posteriormente à mastectomia, como refere Ogden (2004), a mulher pode optar pela reconstrução mamária ou pelo uso de uma prótese externa de forma a melhorar a percepção da auto-imagem. Para que possa ser possível a reconstrução mamária, utilizam-se implantes que serão colocados interiormente na pele ou nos músculos peitorais ou ainda retalhos de músculos de outra parte do corpo.

Segundo Chambers (1996), a decisão de realizar ou não uma reconstrução mamária, quando esta é possível, depende sempre da mulher. Como tal o médico cirurgião deve aconselhar a pessoa sobre a técnica mais indicada para a sua situação, considerando vários factores:

- a quantidade de tecido removido da mama;
- a quantidade de tecido no local onde a operação irá ser efectuada;
- a possibilidade ou não da pessoa ser submetida a radioterapia;
- o estado de saúde geral e a anatomia da pessoa;
- a escolha ou preferência da pessoa.

Será preponderante para além dessa avaliação física também uma avaliação psicológica que vise compreender quais as expectativas da mulher em relação a esta intervenção e fazê-la entender que não é saudável imaginar que ficará igual a antes da cirurgia uma vez que tal não é possível (Redfield & Molbo, 1995).

O *timing* da intervenção cirúrgica encerra opiniões divergentes por parte da comunidade médica, preferindo alguns médicos realizá-la logo após a mastectomia, enquanto outros consideram que se torna importante esperar alguns meses para a sua realização (Phipps et al., 2003).

Segundo o autor supracitado esta intervenção cirúrgica não vai interferir com os outros tratamentos como a radioterapia, quimioterapia ou terapia hormonal, como é o

receio de muitas mulheres e para além disso, o seguimento da pessoa após mastectomia não vai ser dificultada podendo-se continuar a detectar qualquer recidiva do cancro.

Contudo, apesar de possuir várias vantagens e factores a favor, a reconstrução, de acordo com Chambers (1996), também tem algumas desvantagens: ainda que tente reconstituir o formato da mama, não consegue reproduzir a aparência igual à que a mulher possuía anteriormente e para além disso, a nova mama também não irá ter a sensibilidade da mama natural.

Apesar de muitas mulheres desejarem a reconstrução mamária por possuírem motivações como a necessidade de sentirem completas, poderem usar maior variedade de roupas e verem eliminada a necessidade de usar próteses (Shover, 2008). Muitas pelo contrário, não consideram importante a realização da intervenção por não a sentirem essencial para a sua auto-imagem, sentimentos positivos, feminilidade e sexualidade ou por não desejarem ser sujeitas a uma nova cirurgia onde terão que se confrontar com outra anestesia, dores, perda de tempo e dinheiro (Redfield & Molbo, 1995).

Cancro da Mama – Aspectos Psicológicos

A mama desempenha um importante papel fisiológico em todas as fases do desenvolvimento feminino mas representa também na nossa cultura um símbolo de feminilidade, sensualidade, maternidade (Duarte & Andrade, 2008; Santos, 2003 cit in Talhaferro et al., 2007) e beleza na mulher (Tapadinhas, 2004). De tecido erétil, a mama é também uma região nervosa muito sensível, estando também ela associada à sexualidade (Redfield & Molbo, 1995).

Apesar dos avanços na área da Medicina em relação aos métodos de diagnóstico precoce e tratamentos, o Cancro da Mama continua a ser uma doença de prognóstico incerto cujos tratamentos são intensos e agressivos, interferindo no funcionamento

biológico, psíquico e social das pacientes e das suas famílias (Schover, 1991 cit in Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2002).

Assumindo a dimensão de grande flagelo do mundo contemporâneo, o Cancro da Mama carrega consigo inquietações, medos e depressões, além de distúrbios auto-conceituais, nomeadamente no que se refere à auto-estima e imagem corporal da própria mulher (Cahoon, 1982).

Desta forma o Cancro da Mama assume-se expeditamente como um elemento perturbador das emoções, definidas por Davidoff (2001, p. 369) como:

“...estados interiores caracterizados por pensamentos, sensações, reacções fisiológicas e comportamento expressivo específico”.

Resultado de processos mentais (Frijda, 1982 cit in Ferreira, 2003), as emoções revelam o modo como a paciente percepção cada situação e também como pretende enfrentá-la (Lazarus, 1999 cit in Pacheco, 2002). Desempenha funções muito importantes no dia-a-dia (Oatley & Jenkins, 1996 cit in Feldman, 2001) no sentido em que potencia a paciente para a acção; molda o seu comportamento futuro e contribuí para equilibrar a interacção social (Feldman, 2001).

As emoções sob o ponto de vista social desempenham um papel muito significativo quando influenciam as relações sociais estabelecidas entre os elementos do sistema (mulher, marido e filhos). Têm mesmo uma grande importância no desenvolvimento de uma personalidade saudável, das competências sociais e do eventual aparecimento da psicopatologia (Vaz Serra, 1999).

De acordo com as diversas teorias das emoções, são passíveis de serem vivenciadas emoções diferentes perante um diagnóstico de Cancro da Mama, emoções essas que, por sua vez, seguem uma determinada hierarquia em que cada uma se divide em subcategorias cada vez mais restritas (Quadro 2) (Fischer, Schaver & Carnochan, 1990 cit in Feldman, 2001).

Quadro 2 – Emoções Positivas e Negativas

Emoções	Positivas	Amor	Estima
			Atracção
		Alegria	Alegria
			Contentamento
			Orgulho
			Aborrecimento
	Negativas	Raiva	Hostilidade
			Desprezo
			Inveja
			Solidão
		Tristeza	Agonia
			Culpa
			Dor
			Preocupação
Medo		Horror	

Fonte: adaptado de Feldman, 2001

A vivência do Cancro da Mama encerra consigo emoções negativas, tais como a raiva, a tristeza e o medo. Essa expressão das emoções negativas é no entanto benéfica, uma vez que, segundo estudos de Iwamitsu et *al.*, (2005), mulheres com Cancro da Mama que inibam a expressão de emoções negativas após o conhecimento do diagnóstico sofrem distresse emocional significativamente superior às restantes.

A emoção ansiedade é comumente aceite como uma reacção normal em momentos críticos como na altura do diagnóstico, antes ou durante a realização de exames de diagnóstico ou antes de um novo tratamento (Gonçalves, 2002). Para compreendê-la

segundo Strongman (2004), é preciso ter em conta que um dos seus aspectos essenciais é a incerteza, sendo esse o aspecto que a faz diferir do medo, emoção cujo objecto é real, conhecido e objectivo.

Aquando da notícia do diagnóstico é frequente, segundo Averill (s.d. cit in Strongman, 2004) a eclosão da raiva, associada ao processo de negação vigente numa primeira fase da crise. A raiva surge assim, para o autor supracitado, como uma emoção conflituosa biologicamente relacionada com os sistemas agressivos e a convivência social, o simbolismo e a consciência de si mesmo. Curiosamente para Strongman (2004), esta emoção funciona como reforçadora, organizadora e um sinal social.

A tristeza é também uma emoção frequente durante todo o processo de ajustamento e enfrentamento da doença, devido à percepção de perda real e potencial que a presença da doença implica. Esta emoção tem o efeito de abrandar o sistema e promover a reflexão, indicando que o *self* precisa de ajuda mas que normalmente não é ele o responsável pelo que aconteceu e a situação mesmo que grave, é reversível (Stearns, 1993 cit in Strongman, 2004). De referir apenas que, de acordo com a teoria das emoções de Izard (1991 cit in Strongman, 2004), nesta doença a tristeza é a emoção negativa menos intensa.

Quanto aos medos, emoção cujo objecto é real e objectivo, contam-se o medo do sofrimento físico, o medo de aparecimento de metástases (Voogt et al., 2005 cit in Segrin, Badger, Dorros, Meek & Lopez, 2007), o medo da progressão da doença, o medo da recidiva (Shands, Lewis, Sinsheimer & Cochrane, 2006), o medo da morte e repulsa pela mutilação que despoletam sentimentos de revolta em relação à doença (Dias et al., 2002). Entre as preocupações mais frequentes, surgem as pessoais, aliadas à auto-imagem, sexualidade, intimidade e comunicação (Cooper, 1984; Holmberg, Scott, Alexy & Fife, 2001; Lewis, Ellison & Wodds, 1985; Schover, 1991 cit in Dias et al., 2002).

As respostas emocionais associadas ao diagnóstico de cancro e respectivos tratamentos incluem também sentimentos de horror e desamparo que variam ao longo das

diferentes fases da doença, tendo o seu pico no momento do diagnóstico. Quando começam os tratamentos aos sentimentos de desamparo associa-se a percepção de perda de controlo (Davidson & Baum, 1986 cit in Castro & Maia, 2004).

Um estudo realizado por Talhaferro et al. (2007), vem defender que as emoções mais experienciadas em mulheres submetidas a mastectomia foram o medo da morte e o desespero, enquanto nos cônjuges foi mais verbalizado o medo da morte da mulher (Shands et al., 2006).

Associadas às emoções experienciadas, surgem as perturbações psicossomáticas, o auto conceito negativo e o stress pós-traumático (Massie, 1989; Northouse, 1995; Almeida, Reis & Norton, 2000; Vedhara et al., 2001 cit in Dias et al., 2002) que estão em grande parte dependentes dos significados e interpretações que a mulher relaciona com o Cancro da Mama (Gimenes, 1998 cit in Tavares & Trad, 2005).

A integridade no auto-conceito é um importante factor que influencia a capacidade para o enfrentar os problemas (Roy & Andrews, 1999 cit in Melo, Silva & Fernandes 2005).

Vulgarmente, compete com a integridade do auto-conceito a representação associada ao Cancro da Mama, de doença inglória e estigmatizante avivada pela hipótese de mutilação de uma parte muito importante do seu corpo (Weithermann, 2000).

De facto, o auto-conceito, tal como Palhinhas (2000 cit in Ramos & Patrão, 2005) refere, é fortemente influenciado pela imagem corporal que a mulher tem de si após os tratamentos. E note-se que, de acordo com o mesmo autor, a imagem corporal não se resume apenas à aparência física, mas inclui ainda a integridade corporal, ou seja a percepção que o indivíduo tem acerca do seu corpo como intacto, completo e funcional.

Os tratamentos de cancro de acordo com White (2002), agredem de forma considerável a imagem corporal. Os corticosteróides alteram a aparência da face e provocam aumento de peso; as marcas que se realizam no corpo para assinalar o local das

radiações e as alterações dermatológicas que surgem devido à radioterapia também atormentam as pacientes; os tratamentos que induzem a menopausa, podem induzir alterações bruscas de peso; alguns tipos de quimioterapia provocam queda de cabelo (alopécia) e segundo Shover (2008) quando este volta a crescer pode até ser de cor e tipo diferente do anterior.

Segundo Gaskin, et *al.* (1994 cit in Talhaferro, 2007) em alguns casos, estas alterações relacionadas com a aparência podem perturbar mesmo mais a mulher do que os efeitos secundários dos tratamentos de quimioterapia como as náuseas, insónias, falta de ar e fadiga.

Muito concretamente a perda da mama (resultado da mastectomia) ou parte dela, faz a mulher sentir dificuldades em expressar a sua intimidade e em seleccionar roupas, evitando praticar desportos e actividades que envolvam roupas leves e evidenciem as formas do corpo (Gaskin, Doss, Kelly & Colburn, 1994 cit in Talhaferro, 2007).

Somam-se, de acordo com White (2002) dificuldades em encarar a cicatriz da mama e é frequente as mulheres considerarem-se incompletas. As alterações na imagem, afectam tanto a sua auto-estima que conseqüentemente provocam mudanças na sexualidade (Estapé, 2002 cit in Ramos & Patrão, 2005).

Entre mulheres que fazem diferentes tipos de cirurgias, existem diferenças no ajustamento psicosexual, ou seja no sentimento de atracção, feminilidade e desejo sexual. Aquelas que realizam mastectomia têm mais dificuldades do que as que são sujeitas a lumpectomia (Carver et *al.*, 1998). Schover (2008) vem também defendê-lo referindo que as mulheres que têm a possibilidade de escolher cirurgias conservadoras da mama, têm mais sentimentos positivos acerca dos seus corpos, especialmente a sua aparência quando estão nuas, do que as mastectomizadas.

Há que ter em conta apesar da elevada taxa de incidência da doença, que hoje as mulheres com Cancro da Mama constituem o grupo com maior número de sobreviventes

femininos de cancro com mais de cinco anos de diagnóstico (Stewart & Kleihues, 2003 cit in Ahn, Park, Noh, Nam, Lee, Lee, Kim, Lee, Park & Yun, 2007). Aproximadamente 90% das mulheres tratadas quando a lesão é diagnosticada antes de estar metastizada, têm hipótese de sobrevivência passados cinco anos, em comparação com 40% das que apresentam envolvimento regional na altura do diagnóstico. No entanto, a sobrevivência passados cinco anos não é considerada cura (Redfield & Molbo, 1995).

De acordo com Urcuyo, Boyers, Carver e Antoni (2005) as mulheres que respondam aos incentivos de abertura à experiência desenvolvem experiências positivas mesmo num período de adversidade como é o caso da doença oncológica.

Há mulheres que têm a capacidade de atribuir uma conotação positiva à doença e apesar dos seus aspectos negativos, encaram-na como uma transição psicossocial, um crescimento na forma de olhar e lidar com o mundo (Cordova, et *al.*, 2001 cit in Patrão & Leal, 2004). Tedeschi e Calhoun (1996 cit in Manne, Ostroff, Winkel, Goldstein, Fox & Grana, 2004) atribuíram a este conceito o nome de crescimento pós-traumático que engloba todo o espectro de mudanças positivas que o indivíduo pode experienciar após um evento traumático.

Num estudo desenvolvido por Manne et *al.* (2004) acerca do crescimento pós-traumático nas pacientes, companheiros e casal, concluiu-se que em todas as mulheres o crescimento pós- traumático tem um aumento significativo ao longo do tempo.

Impacto do Cancro da Mama na Qualidade de Vida/Bem-Estar subjectivo

Para a Organização Mundial de Saúde (1994 cit in Ribeiro, 2002) a qualidade de vida expressa-se pela percepção que cada indivíduo tem da sua vida, tendo em conta a cultura, valores, objectivos pessoais, expectativas, padrões e preocupações do ambiente em que está inserido. Dado que cada indivíduo tem uma visão diferente daquilo que considera

importante para a sua qualidade de vida, este conceito é considerado subjectivo (Mainpour et al., 1989 cit in El-Sharkawi, Sakr, Atta & Ghanem, 1997).

Um dos pressupostos para avaliar a qualidade de vida é que esta se baseie na opinião de cada um pelo que as características pessoais de cada pessoa tanto influenciam a sua percepção de qualidade de vida como a própria doença (Ribeiro, 2002).

Para o autor supracitado, a Saúde é o principal componente da Qualidade de Vida sendo que, de acordo com Donovan et al. (1989 ; Schipper, 1990 cit in El-Sharkawi et al., 1997) os aspectos normalmente medidos para avaliar a qualidade de vida dos indivíduos são: o funcionamento físico, a interacção social, o bem-estar psico-emocional, a presença de doenças e efeitos secundários dos tratamentos.

Vêm também apoiar essa mesma conclusão os estudos de El-Sharkawi et al. (1997) que ao incidir sobre a influência do tratamento sobre a qualidade de vida das mulheres com Cancro da Mama, revelaram que o tipo de tratamento, seja ele a quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia ou cirurgia, têm um impacto na qualidade de vida da mulher. Assim, a maioria das mulheres que receberam uma combinação de radioterapia, quimioterapia e mastectomia manifestam graves consequências nas suas actividades de vida diárias, tarefas de casa e níveis mais baixos de qualidade de vida do que as que realizam apenas mastectomia. Os relacionamentos interpessoais (conjugais e sociais) também surgem afectados em 50% das mulheres mastectomizadas e em 90% das que fizeram tratamento combinado, nomeadamente cirurgia, radioterapia e quimioterapia (El-Sharkawi et al., 1997).

Ahn et al. (2007) estudaram a qualidade de vida em 1933 mulheres com Cancro da Mama e verificaram que aquelas que fizeram quimioterapia revelaram pior interacção social, mais insónias e mais problemas económicos, enquanto que as mastectomizadas além de baixa interacção social apresentam piores auto-conceito e imagem corporal.

Os efeitos secundários dos tratamentos, passíveis de serem sentidos a longo prazo, afectam também a qualidade de vida da mulher mesmo nos períodos de remissão da doença (Aziz & Rowland, 2003 cit in Helgesson, Lissner, Mansson & Bengtsson, 2007). A fadiga é um dos efeitos secundários mais duradouros, persistindo por mais de 10 anos em cerca de um terço das mulheres tratadas ao Cancro da Mama. Revelam mais fadiga mulheres com problemas cardiovasculares e sintomas depressivos ou que foram sujeitas a tratamentos combinados com Quimioterapia e Radioterapia (Bower et al. 2006 cit in American Cancer Society, 2007).

Para Cotton et al. (1999, cit in Shapiro et al., 2001) elevados níveis de qualidade de vida nas mulheres com Cancro da Mama, estão relacionados com a coerência da mulher, a qualidade da relação conjugal, o vigor e pelo menos duas maneiras positivas de controlo.

Wan, Counte e Cella (1997 cit in Ribeiro, 2002) concluíram igualmente que quando a paciente estabelece para a sua vida expectativas adequadas e exequíveis também melhora a sua qualidade de vida.

Estudos de El-Sharkawi et al. (1997) identificaram que são as mulheres mais novas que apresentam maior sofrimento devido à doença e efeitos secundários dos tratamentos realizados. Para Ahn et al. (2007) são também as mulheres mais novas que vêm a sua vida social e emocional mais afectada pela doença.

Deste modo, embora as utentes manifestem problemas físicos e psicológicos que envolvem a imagem corporal, a sexualidade e expressem medos e preocupações relacionadas com a sua doença, estas revelam uma qualidade de vida e adaptação à doença satisfatórias. O Cancro da Mama não se encontra assim associado a alterações psicológicas graves ou qualidade de vida baixa (Baltar, Ribeiro & Torres, 2004).

Ao conceito de qualidade de vida encontra-se associado o conceito de bem-estar subjectivo (BES) (Simões et al., 2003), um conceito complexo que integra uma dimensão

afectiva, uma dimensão cognitiva e um campo de estudo que abrange conceitos como a qualidade de vida, o afecto positivo e o afecto negativo (Galinha & Ribeiro, 2005).

Considerado outrora apenas ausência de doença (Ryff, 1995 cit in Jesus, 2006), reconhece-se hoje que o BES é um conceito bastante mais abrangente sobretudo quando se trata, como refere Diner e Diner (2006, cit in Simões et al., 2003) de uma reacção avaliativa que as pessoas fazem da sua própria vida, quer em termos da sua satisfação com a mesma (avaliação cognitiva), quer em termos da sua afectividade (avaliação afectiva).

O BES é então, como defende Sirgy (2002, cit in Galinha & Ribeiro, 2005) um estado afectivo duradouro, a longo termo, composto por duas dimensões: uma dimensão cognitiva (satisfação com a vida), que é relativamente estável ao longo do tempo e uma dimensão emocional, mais marcada pelas alterações contextuais da existência. Claramente subjectivo quando pretende assumir aspectos subjectivos da qualidade de vida (Sirgy, 2002 cit in Ribeiro, 2005), o BES é predito por variáveis como o optimismo, auto-estima positiva, extroversão, relações sociais positivas, sentido de controlo percebido e sentido de significado e propósito da vida Compton (2005, cit in Jesus, 2006).

Assim, como referem Diener e Lucas (1997, cit in Simões et al., 2003), considerar-se-á que uma pessoa possui um elevado BES, quando referir que a sua vida é satisfatória, que experimenta com frequência emoções positivas e que raramente vivencia emoções negativas. Quanto ao facto do sujeito tomar uma posição activa ou não para a obtenção do BES existem teorias contraditórias. Teorias *bottom-up* consideram que o sujeito é passivo para a aquisição do BES, definindo que este resulta apenas da acumulação de experiências agradáveis impelidas pelas variáveis sociodemográficas. Teorias de *top-down*, por sua vez defendem que o sujeito é activo e que o BES dependerá da sua experimentação positiva dos acontecimentos (Wilson, 1967; Deiner, 1984 cit in Jesus, 2006).

Revisões da literatura revelam que os factores socio-demográficos apenas explicam uma pequena parte do BES (Simões et al. 2000; Diener et al., 1999; Deneve & Cooper,

1998; Diener, 1984; Veenhoven, 1984 cit in Simões et al., 2003). A idade, segundo Diener e Suh (1997 cit in Simões et al., 2003) apresenta uma correlação fraca pois a satisfação não revela declínio com a idade, a afectividade positiva diminui ligeiramente e a afectividade negativa mantém-se relativamente estável. O estado civil é a variável socio-demográfica mais fortemente correlacionada com o BES (Simões, 2000; Argyle, 1999; Diener & Suh, 1997; Veenhoven, 1984 cit in Simões et al., 2003), defendendo mesmo Argyle (1999 cit in Simões et al., 2003) que as pessoas casadas ou a viver em união de facto são em média mais felizes e gozam de melhor saúde mental e física do que aquelas que vivem sós, são viúvas, separadas ou divorciadas. Também, ainda segundo o mesmo autor, variáveis como a classe social, a situação de emprego, o lazer e a saúde são aquelas que exercem maior impacto sobre o BES.

Relativamente à Saúde, é importante atentar que a saúde subjectiva, isto é, a percepção que o sujeito tem do seu estado de saúde, é mais importante para o BES do que a saúde objectiva (Simões et al., 2003).

Segundo Aspinwall e MacNamara (2005) perante o aparecimento de uma patologia, o sujeito vive uma situação de tensão em que simultaneamente coexistem emoções positivas e negativas. Perante este acontecimento de vida traumático a maioria dos sujeitos mantém a capacidade de experienciar pensamentos e emoções positivas e são despoletadas variáveis positivas que actuarão no sentido de enfrentar a doença e desenvolver estratégias para combater e lidar com a doença (Ribeiro, 2006).

Os doentes oncológicos não são excepção e a verdade é que apesar de relativamente às outras pessoas sofrerem mais física e psicologicamente, não se diferenciam quanto ao BES (Vanderzee et al., 1996).

Deste modo não será a doença *per si* que ditará o comprometimento do BES, pois esta apenas despoletará emoções positivas que levarão os sujeitos a valorizar e atribuir maior sentido à sua vida, e emoções negativas que tenderão a diminuir a percepção do

sentido em relação à sua própria vida (Aspinwall & MacNamara, 2005; Jim, Purnell, Richardson, Golden-Kreutz & Andersen, 2006), mas antes as características pessoais que ditarão a capacidade dos sujeitos em lidar e adaptar-se às novas condições e assim construir o seu próprio BES (Carr, 2004).

À saúde subjectiva, principal influenciadora do BES, associam-se deste modo as características pessoais das mulheres com Cancro da Mama, nomeadamente a personalidade Staundinger et *al.*, (1999, cit in Simões et *al.*, 2003). Os traços da personalidade exercem influência na expressão de emoções positivas e negativas e consequentemente no ajustamento psicológico dos sujeitos perante a doença oncológica (Quartana, Laubmeier & Zakowski, 2006).

Personalidades neuróticas dotadas de inadaptação e instabilidade emocional ditam a diminuição da presença de emoções positivas, ao contrário da extroversão que traduzindo a quantidade e intensidade das interacções pessoais e a capacidade de experienciar alegria, entre outros, associa-se a níveis mais elevados de emoções positivas (Carr, 2004). A amabilidade e a conscienciosidade, segundo o mesmo autor, também revelam uma correlação positiva com o BES.

Também para Simões et *al.* (2003) tem sido evidente a influência das metas pessoais sobre o BES. Elevados níveis de empenhamento, acessibilidade (oportunidade e recursos disponíveis) e os progressos conseguidos na sua direcção, quando consonantes com a motivação dos indivíduos, são características definitivamente importantes para a elevação do BES (Brunstein, 1993 cit in Simões et *al.*, 2003).

Deste modo, se a mulher com Cancro da Mama definir a longo prazo o anseio de potenciar a cura, a reabilitação e a estruturação familiar, estará assim a definir metas pessoais que se estiverem de acordo com o seu verdadeiro “eu”, “aquilo que realmente é”, contribuirão para a aquisição do BES. Isso acontecerá sempre que sentir que essas metas se

estão a aproximar. Como Simões et al. (2003) referem não se pretende que as pessoas atinjam as suas metas a longo prazo mas que se aproximem delas.

Se presente o suporte social, está de acordo com Dunn, Steginga, Occhipinti & Wilson (1999), diminuída a ansiedade e aumentados os sentimentos superiores de esperança em relação ao futuro. Estará também segundo Coelho e Ribeiro (2000 cit in Santos, Ribeiro & Lopes, 2003) aumentada a resistência psicológica ao stress, manifestando-se níveis de BES mais elevados.

Suporte social

O suporte social consiste nas transacções que o indivíduo estabelece com o meio que o rodeia (Pereira & Lopes, 2002).

Segundo Singer e Lord (1984 cit in Ribeiro, 1999) o suporte social pode ser classificado como informacional, emocional ou instrumental.

O suporte informacional refere-se a toda a informação útil e relevante para o doente que deverá ser disponibilizada ao mesmo, como por exemplo, efeitos secundários e tipos de tratamento. O suporte instrumental por sua vez diz respeito a toda a ajuda específica que pode ser fornecida pelos outros, tal como ajuda financeira e prestação de cuidados. Já o suporte emocional engloba a atenção e o apoio ao permitir a partilha de pensamentos e sentimentos íntimos (Cobbs, 1976; House, 1981 cit in Pereira & Lopes, 2002).

Consoante a fase de tratamento, assim são necessários diferentes tipos de suporte social. No momento do diagnóstico é mais importante o suporte emocional, por sua vez no período de tratamento e reintegração adequa-se mais o suporte instrumental. Por outro lado, quando a situação entra numa fase não controlável o apoio afectivo é o único benéfico (Patrão & Leal, 2004).

O suporte social é tão importante para as mulheres na altura do diagnóstico e no desenvolvimento da doença que é considerado pelas próprias uma necessidade básica

(Limdop & Cannon, 2001 cit in Patrão & Leal, 2004). Segundo Bloom, Kang e Romano, (1991 cit in Pereira & Lopes, 2002) reflecte-se mesmo de forma significativa na saúde, contribuindo para a recuperação, trazendo melhorias efectivas no sistema imunitário (Baron et *al.*, 1990 cit in Wagner, Bigatti & Storniolo, 2006) e um melhor ajustamento psicológico nas mulheres com Cancro da Mama e respectivos companheiros (Wagner et *al.*, 2005).

A satisfação das mulheres em relação ao suporte social percebido constitui assim um papel importante na redução do mal-estar das mesmas (Sarason et *al.*, 1985 cit in Ribeiro, 1999) pelo que o suporte social assume-se como uma variável associada à satisfação com a vida Hohaus & Berah, (1996 cit in Ribeiro, 1999).

Bloom (1986, cit in Pereira & Lopes, 2002) chega mesmo a referir que doentes com suporte social adequado são mais felizes, têm menor probabilidade de adoptar estratégias de *coping* desadequadas, menor probabilidade de desenvolver perturbações mentais, maior auto-estima e maior percepção de eficácia. Quando o suporte social é forte, como Malin e Birch (2005) salientaram, até o stresse extremo pode ser ultrapassado.

O Suporte Social pode ser percebido pelo indivíduo como a forma de ver se é querido, amado, estimado e valorizado dentro do seu núcleo (Patrão & Leal, 2004) pelo que a família (cônjuge e filhos) constitui o primeiro recurso ao qual o indivíduo recorrerá no sentido de encontrar suporte social (Radley & Green, 1986; Spinetta & Deasy- Spinetta, 1981 cit in Dias et *al.*, 2002). Assim sendo, é no seio da família que as pacientes procurarão a subsistência para a adaptação e ajustamento à doença (Dorval, Maunsell, Taylor-Brown & Kilpratck, 1999; Northouse, 1984, 1995; Northouse, Dorris & Chareon-Moore, 1995; Peterson, 1979 cit in Dias et *al.*, 2002).

O cônjuge tem assim um papel fundamental durante todas as fases do tratamento, sendo imprescindível a sua interacção com a paciente durante todo o processo (Aran et *al.*, 1994 cit in Talhaferro et *al.*, 2007). Na maioria dos casos o companheiro, é mesmo a

principal ou única fonte de suporte social da mulher (Pereira & Lopes, 2002). Sobre este porém não recai uma tarefa fácil, uma vez que o seu papel acarreta um elevado grau de responsabilidade, simultaneamente pela proximidade e intimidade com as doentes, pela urgente necessidade de se tornarem cuidadores principais (Wagner *et al.*, 2006), assim como mediadores entre a doença e os filhos, entre a paciente e os profissionais de saúde e entre a paciente e os restantes familiares e amigos (Dias *et al.*, 2002). Acresce-se ainda a adicional responsabilidade de desempenhar tarefas que as suas mulheres sempre desempenharam ao longo da vida, como seja cuidar da casa e atender às necessidades de outros familiares (Mantani, Saeki, Inoue, Okamura, Daino, Kataoka & Yamawaki, 2007).

Apesar dessa dificuldade acrescida, estudos realizados por Biffi e Mamede (2004), identificaram que o suporte social oferecido pela maioria dos parceiros significou demonstração de afecto, compreensão da situação vivenciada pelas suas esposas mesmo que de forma silenciosa, incentivo às estratégias de auto-cuidado e colaboração nas actividades domésticas.

No mesmo estudo foram também identificados cônjuges que não foram capazes de prestar o apoio desejado ou necessário às suas mulheres ainda que em minoria. Para Feather e Wainstock (1989, cit in Biffi & Mamede, 2004) isso pode dever-se à falta de habilidade para lidar com situações difíceis e de conversar sobre temas como a morte e o medo da recorrência da doença. Foi identificada a falta de responsabilidade pelas actividades domésticas acrescentadas às suas anteriores funções (Biffi & Mamede, 2004).

Impacto do Cancro da Mama no Cónjuge

A imprevisibilidade das mudanças que subitamente ocorrem devido ao Cancro da Mama potencia uma crise na família que se vê confrontada com as alterações no padrão de vida (Alarcão, 2000). Uma crise, sendo um momento de impasse e stresse é também uma ocasião de crescimento e evolução Minuchi (1979 cit in Alarcão, 2000) em que a estrutura

familiar nuclear é sujeita a uma reestruturação, onde regras, papéis, e funções exigem um *feed-back* dos elementos para que se consiga atingir um novo reajustamento (Dias et al., 2002).

A crise para ser bem sucedida deve ser resolvida no presente e para isso o sistema família deve ponderar elementos do passado e futuro e estabelecer uma coerência entre a estrutura passada e a que se encontra em elaboração (Alarcão, 2000).

Na resolução da crise, o mesmo autor refere que o grau de flexibilidade com que o sistema familiar o enfrenta, é extremamente importante pois este tem de operar as transformações necessárias para ocorrer nova adaptação, isto é, novo equilíbrio.

Ao cônjuge, elemento primordial desse sistema, exige-se ainda maior flexibilidade de modo a responder de forma positiva e equilibrada a todas as novas solicitações. Para Dorval et al. (2005), a reacção do marido face à doença é de primordial importância para a mulher, reflectindo-se no processo de ajustamento/adaptação. Esta reacção dependerá do modo como este vai responder ao estímulo externo, ou seja ao stress (Selye, 1974 cit in Pacheco, 2002).

A verdade é que, embora seja conhecido que determinados acontecimentos são stressores, não existe linearidade nas reacções ao stress pois as pessoas lidam de formas diferentes com o mesmo tipo de situação, dependendo do significado que lhes atribuem (Ferreira, 2003). Deste modo, um acontecimento de vida, é considerado stressor, se for percebido pelo indivíduo como uma ameaça, se tiver um grande impacto na vida da pessoa ou se este tiver dificuldade em lidar com ele (Hilakivi et al., 1993 cit in Patrão & Leal, 2004).

O Cancro da Mama quando percebido como acontecimento stressor, exigirá ao cônjuge a elaboração mental de uma avaliação em que decide se foge, nega a ameaça ou procura alterar as circunstâncias. No processo de decisão sobre como lidar com a situação stressante, o parceiro mobiliza as suas capacidades, avalia características do meio que o

rodeia e as várias opções disponíveis no sentido de escolher a mais adequada (Ferreira, 2003).

Assim, o stresse dependendo da forma como o acontecimento stressor é percebido pelo cônjuge, pode ser classificado como *eustresse* ou *distresse*. É considerado *eustresse* se o acontecimento stressor for tido como um desafio e contribuir para a realização pessoal do indivíduo. Ao invés, se percebido como negativo e constituir um problema, sendo a sua resolução desgastante para o indivíduo, definir-se-á como *distresse* (Pacheco, 2002).

Será precisamente o *distresse*, referido por Wagner et al. (2006) como *distresse* funcional, aquele que maior influência terá sobre a qualidade de vida dos companheiros das mulheres com Cancro da Mama. Vivenciando-o os parceiros das mulheres com Cancro da Mama estão sujeitos a experienciar dificuldades psicológicas associadas ao papel de cuidadores (Grunfeld et al. 2004; Pitceathly & Maguire, 2003, cit in Segrin et al., 2007). Este *distresse* funcional surge então como a causa-efeito para alguns dos problemas de saúde mental identificados nos maridos das mulheres com Cancro da Mama (Wagner et al., 2006). As consequências deste *distresse* são obviamente a ansiedade e em última instância a depressão (Northouse, 1990; Northouse, 1994 cit in Segrin et al., 2007). Quanto maior a ansiedade vivida pela sua companheira, maior probabilidade de o marido apresentar *distresse* psicológico e vice-versa (Segrin et al., 2007).

Perante todas as exigências a que o companheiro é sujeito, este pode ter ou não estrutura psicológica para suportar o stresse (Dias et al., 2002). Estudos realizados por Northouse e Swain (1987) e Omne-Ponten et al. (1993 cit in Mantani et al., 2007) revelam que os parceiros apresentam tanto stresse como a própria paciente, e outros estudos defendem que estes apresentam maiores níveis de stresse que a paciente (Baider, 1984; Kornblith et al., 1994 cit in Mantani et al., 2007). Os autores Mantani et al. (2007) referem

que os parceiros devem por isso mesmo ser considerados “pacientes de segunda ordem”, por todas as implicações que o cancro tem na sua organização mental.

Zarit *et al.* (1986 cit in Wagner *et al.*, 2006) vêm defender essa mesma opinião ao afirmarem que os parceiros podem sofrer de “caregiver burden”, ou seja, a sua saúde física, bem-estar psicológico, vida social e condições económicas podem ser afectadas pela doença da paciente.

Diversos estudos que também se debruçaram sobre os maridos das mulheres com Cancro da Mama concluíram que independentemente da resposta do cônjuge em relação à doença da mulher, todos eles, assumindo o papel de cuidadores informais, revelam níveis elevados de fadiga (Haley *et al.*, 2001; Teel & Press, 1999 cit in Wagner *et al.*, 2006), diminuição de apetite, perturbações do sono Wellish *et al.*, (1978 cit in Wagner *et al.*, 2006) e diminuição da concentração interferindo com a capacidade de trabalho Wellisch *et al.*, (1978 cit in O’Mahoney & Carroll, 1997).

A qualidade de vida definida pela Organização Mundial de Saúde (1994 cit in Ribeiro, 2002) como a percepção que cada indivíduo tem da sua vida, tendo em conta a cultura, valores, objectivos pessoais, expectativas, padrões e preocupações do ambiente em que está inserido, surge portanto tanto mais elevado quanto mais os companheiros considerarem que a doença afectou as dimensões da qualidade de vida a que atribuem maior importância.

Apesar de todas as dificuldades, segundo Manne *et al.* (2004), os companheiros manifestam alterações positivas após o Cancro da Mama, pelo que também se pode falar em crescimento pós-traumático no companheiro. De facto este processo designado crescimento pós-traumático não se limita à pessoa que tem o problema, mas também se estende aos familiares mais próximos. Naturalmente os parceiros apresentam valores de crescimento pós-traumático inferiores aos das mulheres pois as causas mais potenciadoras do crescimento como a quimioterapia e a cirurgia, afectam directamente a mulher. Apesar

disso, conhece-se hoje, depois de apresentado um estudo desenvolvido pelos autores supracitados, que na maioria dos companheiros o crescimento pós traumático aumenta significativamente ao longo do tempo.

Relação Conjugal após Cancro da Mama

O relacionamento conjugal envolve o querer, a habilidade de amar, respeitar e valorizar os outros, bem como o aceitar e responder ao amor, ao respeito e ao valor dado pelos outros (Roy & Andrews, 1999 cit in Melo et al., 2005). Assume características específicas ao possuir uma estrutura de comunicação e interacção entre parceiros única e diferente dos demais sistemas sociais devido à presença de intimidade. Na intimidade influem características como a segurança, a confiança, a proximidade emocional e a proximidade psicológica (Blom & Bijk, 2007).

Todas estas características que confluem para a intimidade do casal são de extrema importância para a delimitação de estratégias e condutas potenciadoras da reestruturação de papéis, responsabilidades e funções, assim como para a reorganização da dinâmica conjugal (Andersen, 1992), Melito (1985, cit in Melo et al., 2005).

As estratégias que cada casal adopta para ultrapassar o stress causado pelo Cancro da Mama, denominam-se *coping*, que pode ser preferencialmente focado nas emoções ou nos problemas. O *coping* focado nas emoções, é uma forma de lidar com o stress evitando as emoções negativas presentes (Lazarus & Folkman, 1984 cit in Malin & Birch, 2005) ou recorrer a mecanismos de defesa (evitamento, negação, repressão, projecção, racionalização, reacção à informação) para evitar a confrontação directa com a ansiedade associada ao problema. Desta forma, para Malin e Birch (2005), existindo uma distorção da realidade e o evitamento do problema apenas ocorrerá um alívio temporário. Usar drogas ou beber álcool, são respostas (in)adaptativas focadas nas emoções, que mascaram o problema por pouco tempo sem contribuírem para a sua resolução.

Este *coping* focado nas emoções pode contribuir para a diminuição de depressão e hostilidade e aumento da satisfação de vida durante o primeiro mês nas mulheres com Cancro da Mama, mas tem o efeito contrário nos homens (Stanton et al., 1994 cit in Folkman & Moskowitz, 2004).

Apesar do *coping* focado nas emoções parecer adaptativo a curto prazo, se persistir ao longo do tempo, pode-se tornar “ruminativo” e conseqüentemente pouco benéfico no ajustamento à doença (Folkman & Moskowitz, 2004).

Ao invés, o *coping* focado nos problemas, constitui uma forma directa de lidar com a situação stressora no sentido de encontrar orientação e reformular planos/projectos de vida (Lazarus & Folkman, 1984 cit in Romero, Lindsay, Dalton, Nelson & Friedman, 2007). Neste caso, segundo Moos (1993 cit in Romero et al., 2007) o *coping* é considerado de aproximação, assistindo-se a uma busca de informação e reinterpretação positiva dos elementos stressantes (Vaz Serra, 1999 cit in Pacheco, 2002).

O *coping* focado nos problemas inclui diversas formas de gestão do stresse, nomeadamente avaliação cognitiva, gestão do tempo, assertividade e relaxamento/meditação e biofeedback. Na avaliação cognitiva, os indivíduos reflectem a situação stressora e procuram soluções para resolver o problema. Por sua vez, na gestão do tempo os indivíduos planeiam o que é possível realizar durante um dia, ou durante a semana e procuram não desperdiçar tempo, estabelecem prioridades e trabalham no sentido da concretização dos objectivos. A assertividade consiste em saber dizer não, sem magoar o próximo, ou seja, dizer o que se deseja sem ser agressivo. O relaxamento/meditação ajuda a libertar preocupações e ansiedades e por fim o biofeedback consiste em ensinar às pessoas a controlar os sintomas do stresse. Este último método é controverso pois há quem defenda que apenas mascara a situação stressora não ajudando a resolvê-la (Malin & Birch, 2005).

Tal como o *coping* adoptado pode incidir na emoção ou no problema, o mesmo se verifica com a comunicação presente na relação. Quando o casal se centra na emoção, assiste-se ao desabafo das emoções, à denegação do problema, a uma comunicação deficitária que conduz à redução do stresse emocional mas em contrapartida a adaptação do casal à doença é menos eficiente a longo prazo. Por outro lado, quando o casal se foca no problema, assiste-se a uma busca de informação e à reinterpretação positiva dos elementos stressantes. Esta última estratégia de *coping* é a mais adaptativa e benéfica a longo prazo (Lazarus & Folkman, 1984 cit in Dias et al., 2002).

De acordo com a sua frequência e reciprocidade, segundo Romero et al. (2007) a comunicação pode-se classificar em: procura/evitamento, evitamento mútuo e comunicação construtiva mútua. Se adoptado o estilo procura/evitamento um dos parceiros pressionará o outro para discutir um assunto seguindo-se o seu afastamento; se estabelecido o evitamento mútuo ambos os elementos evitarão discutir acerca do problema e por último se adoptado o estilo de comunicação construtiva mútua ambos os elementos discutirão o problema e conseguirão resolvê-lo em conjunto. Diversos autores concluíram que os estilos de comunicação Procura/evitamento e Evitamento mútuo estão associados ao aumento do distresse, sendo o estilo de comunicação construtiva o que promove maior ajustamento à crise.

Sabe-se através de estudos de Walsh, Manuel e Avis (2005) e Pistrang e Barker (1992 cit in Manne et al., 2007) que após o diagnóstico de Cancro da Mama as mulheres referem ter problemas de comunicação com os seus parceiros.

O ideal é que, na intimidade do casal, ambos os elementos expressem os seus sentimentos e informações relevantes ao outro e em resultado disso estes se sintam válidos, compreendidos e acarinhados (Reis & Shaver, 1988; Reis & Patrick, 1996 cit in Manne et al., 2007).

Os doentes oncológicos têm tendência para suprimir as suas emoções (Eysenck, 1988 cit in Pereira & Lopes, 2002) e os seus cônjuges embora profunda e emocionalmente envolvidos também tendem a esconder suas preocupações (Dias et *al.*, 2002).

A justificação para os casais não partilharem abertamente as suas preocupações um com o outro tanto como desejariam Hinton (1981 cit in Manne et *al.*, 2007), reside na tentativa de evitar aborrecer ou preocupar o cônjuge (Manne et *al.*, 2007) e no medo de se exprimirem, de se revelarem, de passarem por fracos e/ou cobardes, de ser inconvenientes, de desiludirem, de interpretarem mal o seu novo papel, de serem rejeitados, de pronunciarem palavras que magoam e assim comprometerem o futuro da relação (Tenenbaum, 2000).

Para Dias et *al.* (2002) esta omissão de sentimentos e informação denomina-se conspiração silenciosa e pode desencadear sentimentos de angústia e promover o afastamento e desconfiança da díade conjugal. Esta ocultação de emoções origina igualmente sentimentos de rejeição e insensibilidade por parte da paciente causando distanciamento e desconfiança no casal (Dias et *al.*, 2002).

O grau com que as pacientes partilham as suas preocupações com o seu companheiro é portanto considerado um importante papel no ajustamento psicológico da mulher ao Cancro da Mama (Northouse et *al.*, 1995; Pistrang & Barker, 1995 cit in Manne et *al.*, 2007), assim como no ajustamento dos próprios companheiros (Northouse, 1988 cit in Manne et *al.*, 2007).

Para a adopção do estilo de comunicação construtiva, assume importância a empatia do casal, ou seja a capacidade de identificar as emoções do outro e saber expressar as próprias. Os casais que não possuem empatia não exprimem as suas emoções e dificilmente obtêm apoio, acabando por arruinar a respectiva saúde mental (Penebaker, 1997 & Rime, 1999 cit in Mantani et *al.*, 2007), aumentar o nível de distress nas suas vidas (Iwamitsu et *al.*, 2005 e Watson et *al.*, 1991 cit in Mantani et *al.*, 2007) e os mal-

entendidos acerca do ajustamento e também comprometer a capacidade de cada um responder às necessidades do outro (Romero et al., 2007).

Dependentemente dos comportamentos adoptados, *coping* e a própria comunicação, assim será o apoio prestado pelo cônjuge, nomeadamente *protective buffering* ou compromisso activo (Hinnen, Hagerdoorn, Sanderman & Ranchor, 2007). O primeiro constitui uma forma de prestar apoio negando medos, preocupações e evitando qualquer tipo de experiências negativas e é considerado pouco eficaz na ajuda à paciente. Em contrapartida, o comportamento do tipo compromisso activo, envolve a paciente nas discussões, procura saber como se sente e utiliza outras estratégias focadas nos problemas e emoções, de modo a proporcionar um apoio efectivo (Coyne & Smith, 1991; Hagerdoorn et al., 2000 cit in Hinnen et al., 2007).

Conflitos anteriores ao surgimento da doença, contribuirão indescritivelmente para o estabelecimento de um apoio inadequado e conseqüentemente dificuldades conjugais em ciclos fragilizados podendo levar à separação do casal. Contudo a doença oncológica *per se* não poderá ser considerada responsável pelo desfecho da relação conjugal (Dias et al., 2002).

Alguns autores como Cárter & Cárter (1994) e Taylor-Brown et al. (2000 cit in Corney, 2005) defendem que casais com problemas anteriores consideram o Cancro da Mama uma experiência que os afasta ainda mais e que aqueles com uma qualidade relacional pobre quando se deparam com um acontecimento stressante como o Cancro da Mama não têm capacidade emocional para sobreviver ao trauma e apoiar-se mutuamente, gerando-se então a insatisfação, desilusão e *distresse* em ambos os cônjuges.

Assim, casais com baixa qualidade da relação têm uma dificuldade acrescida em gerir a alteração da imagem corporal da mulher, ocorrendo a diminuição da auto-estima e mudanças ao nível da sexualidade (Ramos & Patrão, 2005), pelo que tendem a rever as suas vidas e prioridades e a decidir se mantêm o relacionamento (Corney, 2005).

O *coping* adoptado pelo casal, enquanto forma para lidar com determinado acontecimento, assumirá uma importância fulcral para a conduta de todo o processo e em última instância deterá o sucesso/insucesso da relação e da doença (Ferreira, 1993 cit in Pacheco, 2002).

Para Aran, Zahar, Delgado, Sousa, Cabral e Viegas (1994 cit in Talhaferro, 2007) o diagnóstico de Cancro não significa contudo que o relacionamento sexual ou intimidade com o parceiro terminem.

Estudos realizados por Frank et al. (1978, cit in Ramos & Patrão, 2005) defendem que após a cirurgia e os tratamentos, é vulgar ocorrerem alterações na sexualidade do casal mesmo em casais que apresentavam uma vida sexual satisfatória antes da doença. Essas alterações devem-se ao stresse emocional, dor, fadiga, alteração da imagem corporal e baixa auto-estima frequentes após diagnóstico e tratamento do cancro (Segal, 1994 cit in Talhaferro, et al., 2007).

Há que ter em conta, de acordo com Murat e Cordioli (1984 cit in Biffi & Mamede, 2004) que os *timings* de adaptação emocional à cirurgia diferem entre o homem e a mulher. Geralmente o homem sofre um grande impacto durante ou imediatamente após a cirurgia, enquanto na mulher, o impacto pode durar até um ano após a mesma (Biffi & Mamede, 2004). Essa diferença temporal na adaptação emocional, segundo os autores supracitados, pode ser motivo de problemas na sexualidade, potenciando o distancionamento do casal.

Um estudo qualitativo desenvolvido por Melo et al. (2005) sobre o relacionamento conjugal após a mastectomia vem contrariá-lo ao concluir que o diagnóstico e tratamento da doença, embora responsável por um impacto inicial, a longo prazo representa um elo de união para o casal. Outro estudo elaborado por Dorval et al. (2005) em que participaram 399 casais cujas mulheres apresentavam diagnóstico de Cancro da Mama, vem de encontro a essa opinião. No referido estudo a maioria dos indivíduos (42%) defenderam que o

Cancro da Mama os aproximou, contra os 6% em que um dos elementos do casal referiu sentir que a relação se distanciou e apenas 1% em que ambos os elementos referiram que o Cancro da Mama os afastou. Segundo estes autores, o Cancro da Mama não está portanto associado à ruptura do casamento.

Também Lichtman *et al.* (1987; O'Mahoney & Carrol, 1997 cit in Ramos & Patrão, 2005) defendem que a maioria dos casais apresenta um bom ajustamento marital após o diagnóstico de cancro, referindo até alguns sentir melhoria na qualidade da relação. Esses casais que se tornam mais próximos e íntimos após a doença referem que ultrapassar a doença e o trauma do Cancro da Mama juntos, enriqueceu a sua relação conjugal.

Para Weiss (2004 cit in Corney, 2005) este processo que conduz ao fortalecimento da relação, enquadra-se no conceito do crescimento pós-traumático e ocorre devido ao aumento da comunicação e intimidade do casal (Dias *et al.*, 2001 cit in Ramos & Patrão, 2005).

Dorval *et al.* (2005) identificaram como aspectos predictores da aproximação dos elementos: as indicações dadas pelas pacientes aos maridos sobre como lidar com o diagnóstico de Cancro da Mama; o acompanhamento do marido aquando da cirurgia; a consciencialização por parte do marido de que a paciente é sua confidente bem como aumento das demonstrações de afecto e carinho por parte do marido. Outro factor identificado por Corney (2005) e Ramos e Patrão (2005) é a qualidade da relação antes do diagnóstico de Cancro da Mama.

Neste seguimento, Manne *et al.* (2004) defendem que este não é um processo individual e que os casais que revelam maior crescimento são aqueles cujos companheiros são mais comunicativos e que demonstram maior disponibilidade para uma comunicação aberta, permitindo que a paciente discuta as suas preocupações. Os casais que procuram dar significado à experiência que atravessam, são portanto os que apresentam maiores

níveis de crescimento pós traumático (Tedeschi & Calhoun, 1995; Taylor, 1983 cit in Manne et *al.*, 2004).

Estes casais acabam por descrever alguns efeitos positivos como fazendo parte do crescimento pós-traumático entre os quais, a aquisição de comportamentos mais saudáveis, o desenvolvimento de relações mais próximas com os outros, o maior gosto pela vida, o auto-conhecimento acerca das suas qualidades e força, maior compreensão de assuntos espirituais (Manne et *al.*, 2004) e mudança de objectivos de vida (Park et *al.* 1996 cit in Folkman & Moskowitz, 2004).

Assumindo ou não efeitos positivos, a verdade é que o diagnóstico do Cancro da Mama e todas as alterações e repercussões que ele impele influenciam a relação conjugal, exigindo uma reestruturação urgente e a definição de novos valores e conceitos, e colocam à prova a relação que dependentemente da sua qualidade se transformará ou anulará.

Capítulo III - METODOLOGIA

Objectivo

O presente estudo tem como objectivo compreender o impacto do Cancro da Mama na dinâmica conjugal tal como os processos de ajustamento/adaptação que a mulher e respectivo cônjuge desenvolvem para lidar com o problema que inopinadamente invadiu as suas vidas.

Questões de investigação

O diagnóstico de Cancro da Mama por ser um evento altamente stressante, causa várias alterações na vida dos sujeitos e na dinâmica dos casais. Essas alterações justificam o objectivo do estudo e motivam diversas questões de investigação, nomeadamente:

- Quais as reacções dos elementos do casal face à notícia do diagnóstico?
- Qual o tipo de comunicação desenvolvido durante o processo de ajustamento/adaptação à doença?
- Qual a percepção dos elementos do casal acerca do apoio prestado pelo cônjuge?
- Quais as alterações que ocorrem ao nível da intimidade do casal?
- Quais as expectativas que cada um dos elementos do casal tem sobre o outro?
- De que modo a mulher e o companheiro percebem as alterações da imagem corporal da mulher?
- Qual a reflexão que os elementos do casal efectuam acerca das suas vidas?
- Quais as expectativas de vida futura?

Tipo de Investigação

A presente investigação é um estudo qualitativo, transversal e descritivo, exploratório, que enfoca vivências e problemas enfrentados pelo casal no seu quotidiano.

Indicado para o estudo de fenómenos humanos e relações humanas (Thorne, 1997 cit in Streubert & Carpenter, 2002), o presente estudo denomina-se qualitativo por se basear no pressuposto que o conhecimento dos indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana, tal como vivenciada pelos próprios (Polit & Hungler, 1995 cit in Talhaferro et al., 2007).

É transversal na medida em que fornece dados acerca das mudanças e relações entre fenómenos num dado momento e os dados são recolhidos a partir de vários grupos de pessoas que se encontram em diferentes estádios da experiência do fenómeno (Parahoo, 1997), neste caso específico em diferentes fases após o diagnóstico do Cancro da Mama.

Como estudo descritivo exploratório que é, não elabora hipóteses a serem testadas e define antes objectivos, recolhe depoimentos e o máximo de informações acerca de um determinado assunto para conhecê-lo o melhor possível e proporciona diversos dados acerca de um determinado assunto (Oliveira, 2003 cit in Talhaferro et al., 2007), no presente caso sobre o impacto do Cancro da Mama na vida da mulher e do seu cônjuge.

Amostra

A Amostra foi obtida por conveniência, sendo seleccionadas mulheres diagnosticadas com Cancro da Mama seguidas no serviço de Oncologia, Hospital de Dia e Senologia do Hospital de Faro, Associação Oncológica do Algarve e outras mulheres conhecidas em contactos profissionais e pessoais anteriores.

Foram considerados critérios de inclusão, mulheres diagnosticadas com Cancro da Mama que de momento não estivessem a realizar quaisquer tratamentos de quimioterapia ou radioterapia e que pelo menos tivessem decorrido dois meses após o último tratamento.

Ambos os cônjuges teriam que aceitar participar no estudo e o elo de ligação, fosse ele casamento ou união de facto, teria de ser prévio ao diagnóstico da doença.

Optou-se assim por escolher uma amostra constituída por vinte casais, um número adequado para um estudo do tipo exploratório. Fortin (2003) considera mesmo que num estudo exploratório uma amostra que inclua entre dez a trinta elementos é aceitável.

As participantes deste estudo têm idades compreendidas entre os 28 e os 72 anos e habilitações literárias variam entre o ensino básico (n=8), ensino secundário (n=9) e o ensino universitário (n=3). Das vinte participantes, duas têm relações conjugais com duração inferior a dez anos e outras duas com duração entre os dez e os dezanove anos. Em oito delas, a relação conjugal tem uma duração igual ou superior a vinte anos até aos vinte e nove anos, sendo que nas restantes oito a relação conjugal mantém-se há trinta ou mais anos.

Quanto ao tempo decorrido desde o último tratamento, o mínimo foi de três meses e o máximo de 60 meses. Os tratamentos sejam eles quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia ou cirurgia surgem vulgarmente combinados em 19 participantes referindo apenas uma ter realizado somente cirurgia. Dos tratamentos referenciados, a radioterapia é aquele a que mais participantes foram submetidas (n=17), seguido da quimioterapia (n=13) e por fim a hormonoterapia (n=3). Das submetidas a cirurgia (n=18), seis participantes realizaram mastectomia radical e 12 tumorectomia.

Para proceder à análise em espelho, ou seja, à comparação entre mulheres e companheiros definiu-se que a amostra se dividiria em dois grupos em que um seria constituído por todas as mulheres e o outro por todos os companheiros.

Instrumentos de pesquisa

Com vista à obtenção de dados mais precisos e exactos possíveis optou-se por recorrer ao questionário e entrevista semi-estruturada.

Questionário

Um questionário, segundo Fortin (2003) tem como objectivo obter informações factuais acerca dos indivíduos, acontecimentos ou situações que tenham ocorrido com os mesmos. No presente estudo, o questionário (Anexo 1) visa a caracterização sócio-demográfica das participantes em categorias nomeadamente: sexo; idade; habilitações literárias; estado civil; data do diagnóstico e tratamentos realizados.

Entrevista semi-estruturada

As entrevistas semi-estruturadas têm a vantagem de permitir a compreensão de um acontecimento ou fenómeno na perspectiva do entrevistado pelas suas próprias palavras (Field & Morse, 1985; Munhall & Oiler, 1986 cit in Fortin, 2003). Neste tipo de entrevista, o entrevistador se considerar relevante pode solicitar ao entrevistado para desenvolver mais a sua ideia ou opinião (Fortin, 2003).

A entrevista semi-estruturada surge assim para este tipo de estudo como o mais adequado instrumento de colheita de dados ao permitir a expressão das emoções, sentimentos e opiniões do participante.

Com o intuito de responder às questões de investigação anteriormente enunciadas foi elaborado um guião condutor para a entrevista à mulher (Anexo 2) e um em espelho para o companheiro (Anexo 3). O referido guião inclui doze questões que visam a aquisição de informações sobre as diferentes dimensões a estudar nomeadamente: Reacções face ao diagnóstico; Balanço de Vida; Imagem Corporal; Relação Conjugal e Expectativas de Vida (Quadro 3).

Com a prévia autorização por escrito dos participantes, as entrevistas foram registadas em áudio por um gravador de voz e posteriormente transcritas no sistema operativo *Word*.

Quadro 3 – Objectivos das Dimensões do Guião da Entrevista

Categoria	Objectivos específicos
Reacções face ao diagnóstico	Identificar reacções à notícia do diagnóstico
Balanço de Vida	Identificar aspectos positivos e negativos inerentes à doença.
Imagem Corporal	Conhecer os sentimentos dos sujeitos face ao corpo da mulher após os tratamentos; Identificar a opinião do cônjuge sobre o corpo da mulher após os tratamentos.
Relação Conjugal	Identificar tipos de comunicação; Compreender o apoio prestado pelo cônjuge após a doença; Perceber alterações na intimidade após a doença; Compreender as expectativas do cônjuge
Expectativas de Vida	Compreender as projecções no futuro feitas por cada um dos cônjuges.

Procedimentos

Para a presente investigação começou-se por contactar as Comissões de Ética e Administrações do Hospital de Faro, EPE (Anexo 4), Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE (Anexo 5) e Associação Oncológica do Algarve (Anexo 6) a solicitar autorização para a realização do presente estudo.

Negada autorização por parte da Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE mesmo após segundo pedido de autorização a justificar a pertinência do estudo, foi colocada de parte a realização do estudo na referida Instituição.

Aceite a realização do estudo por parte da Comissão de Ética do Hospital de Faro, após solicitação dos instrumentos de recolha de dados e autorização por parte da Directora Clínica do serviço de Oncologia e Presidente do Núcleo de Senologia, procedeu-se então à selecção da amostra por conveniência, recrutando para a mesma, mulheres que reuniam os critérios de inclusão previamente definidos, e à obtenção dos respectivos contactos telefónicos.

Sem resposta por escrito por parte da Associação Oncológica do Algarve, procedeu-se então à solicitação de uma entrevista com a Direcção. Uma vez apresentado o estudo e aceite a colaboração por parte da instituição, foram disponibilizados contactos telefónicos das mulheres que reuniam os critérios de inclusão para o estudo.

Obtidos os contactos telefónicos, efectuaram-se então os telefonemas para as potenciais participantes a fim de convidá-las a participar no estudo. Depois de informadas acerca dos objectivos do mesmo e assegurada a sua confidencialidade, foi disponibilizado tempo aos casais para conversarem sobre o assunto e decidirem se queriam participar no mesmo. Mais tarde, voltaram a contactar-se as potenciais participantes para confirmar as participações e combinar data e local para as entrevistas.

Finalmente foram agendados encontros com os participantes e os respectivos companheiros para rubrica do consentimento informado (Anexo 7), preenchimento do questionário sócio-demográfico e realização das entrevistas. Estas últimas norteadas por um guião delineado *a priori* foram gravadas com um gravador de voz e posteriormente transcritas em processador de texto.

De notar que por se tratar de um estudo científico, foram cumpridos todos os procedimentos ético-legais exigidos, respeitados os direitos dos participantes e assegurada a confidencialidade dos seus testemunhos.

Tratamento dos Dados

Após a transcrição das entrevistas em *Word*, iniciou-se um processo que incluiu várias fases e que permitiu que as informações fossem transformadas em dados passíveis de análise.

Primeiramente, procurou-se identificar as unidades de significado que emergiam do texto (Anexo 8). Para Fortin (2003) estas assumem importância por permitirem passar do vivido (experiência do entrevistado) para o conceito (estrutura do fenómeno em estudo).

Posteriormente, as questões da entrevista foram dirigidas às áreas que se pretendiam estudar (Reacções face ao diagnóstico, Relação Conjugal, Imagem Corporal, Balanço de Vida e Expectativas de Vida), delineando-se categorias pré-definidas para as quais foram definidos critérios para a inclusão dos excertos obtidos.

Assim, na categoria Relação Conjugal foram reunidos todos os excertos em que os participantes se referiam à dinâmica da respectiva relação conjugal. Na categoria Imagem Corporal incluíram-se os comentários e opiniões da mulher e companheiro acerca da imagem corporal da mulher após os tratamentos do Cancro da Mama. Por sua vez os excertos que englobam a mudança vivenciada após o Cancro da Mama expressa em aspectos positivos e negativos foram reunidos na categoria Balanço de Vida. Os desejos e ambições para o futuro foram organizados na categoria Expectativas de Vida e por último, na categoria Reacções Face ao Diagnóstico foram reunidos sentimentos e atitudes dos participantes no momento do diagnóstico.

Durante a análise dos excertos verificou-se que as unidades de significado apontavam para diferentes níveis de especificação da categoria em questão, pelo que, foram definidas subcategorias.

O grande número de excertos e a necessidade sentida de tornar a discussão dos resultados mais clara, motivou a sintetização dos excertos com o mesmo significado em

expressões reduzidas, posteriormente enunciadas como indicadores. Os indicadores apurados em cada categoria e subcategorias serão apresentados em quadros com o respectivo valor de número de referências no próximo capítulo.

Capítulo IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Embora de carácter qualitativo, o presente estudo pautar-se-á por algumas observações de carácter quantitativo no sentido de compreender a relevância de cada categoria nas respostas dos participantes. A análise dos testemunhos permitiu retirar 489 excertos que se distribuem em cinco categorias de análise, nomeadamente: Relação Conjugal, Imagem Corporal, Balanço de Vida, Expectativas de Vida e Reacções Face ao Diagnóstico.

A categoria de análise *Relação Conjugal* (RC) representa 48% do total de referências observadas (183 valor absoluto), *Imagem Corporal* (IC) 20% (83 em valor absoluto), a categoria *Balanço de Vida* (BV) 12% (51 em valor absoluto), *Expectativas de Vida* (EV) 11% (44 em valor absoluto) e por último *Reacções Face ao Diagnóstico* (RFD) 9% (38 em valor absoluto) (Figura 1).

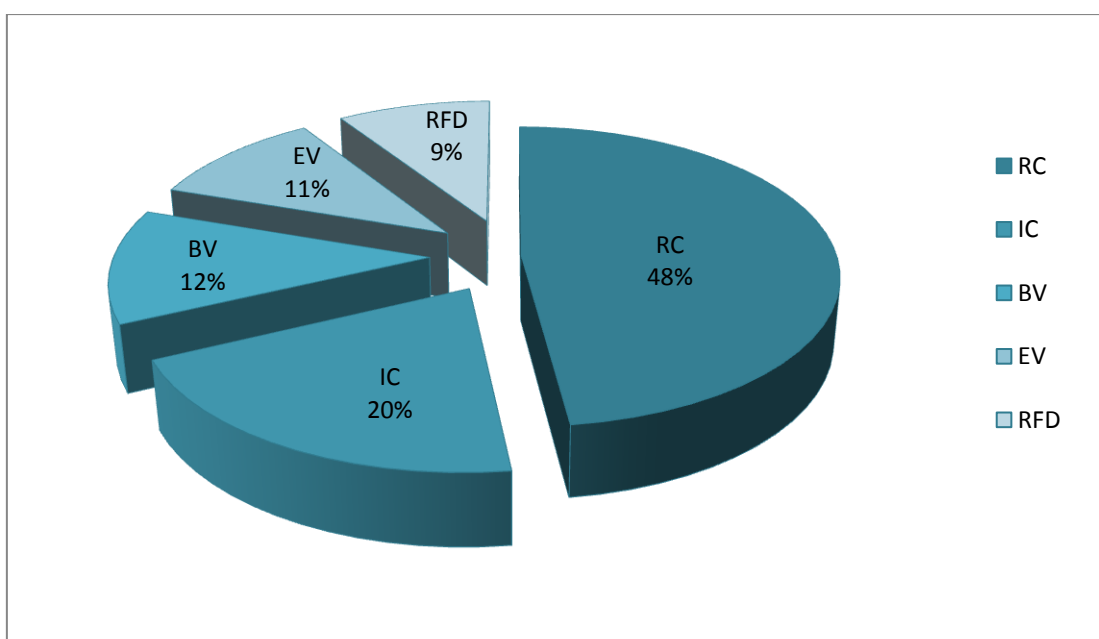


Figura 1 – Percentagem do total de referências das Categorias de Análise

Cada categoria merece um estudo detalhado pelo que de seguida serão analisadas individual e sequencialmente de acordo com a percentagem do total de referências identificadas em cada uma. A sequência de apresentação é a seguinte: Relação Conjugal, Imagem Corporal, Balanço de Vida, Expectativas de Vida e Reações Face ao Diagnóstico.

Categoria Relação Conjugal

A categoria *Relação Conjugal* que inclui considerações de carácter geral proferida a propósito desta dimensão, foi aquela em que existiu um maior número de referências (199 em valor absoluto), valor representativo da importância que os participantes atribuem a esta dimensão, e reveladora do impacto que o Cancro da Mama tem na relação conjugal.

A diversidade inerente às respostas obtidas bem como a sua observação em diferentes níveis de especificação motiva o desdobramento da categoria em cinco subcategorias que foram denominadas da seguinte forma: *Tipos de Comunicação* (TC); *Apoio do Cônjuge* (AC); *Alterações na Intimidade* (AI) e *Expectativas sobre o cônjuge* (EC) (Quadro 4).

Quadro 4 – Subcategorias da Categoria Relação Conjugal

Categoria de Análise Relação Conjugal	
Subcategorias	Tipos de comunicação
	Apoio do cônjuge
	Alterações na intimidade após a doença
	Expectativas sobre o cônjuge

A subcategoria *Tipos de Comunicação* inclui comentários de carácter genérico acerca da comunicação do casal e representa 23% (40 em valor absoluto) do total de referências. A subcategoria *Apoio do Cônjuge* que inclui referências ao tipo de apoio, persistência e entrega do cônjuge inclui 25% (42 em valor absoluto) das referências obtidas na categoria relação conjugal. Na subcategoria *Alterações na Intimidade* são incluídas as vivências da intimidade e sexualidade do casal e representa 23% (39 em valor absoluto) do total de referências. Por último 29% da totalidade das referências constituem a subcategoria *Expectativas Sobre o Cônjuge* em que as mulheres e os companheiros expressam claramente o que esperam dos respectivos cônjuges num futuro próximo ou não (Figura 2).

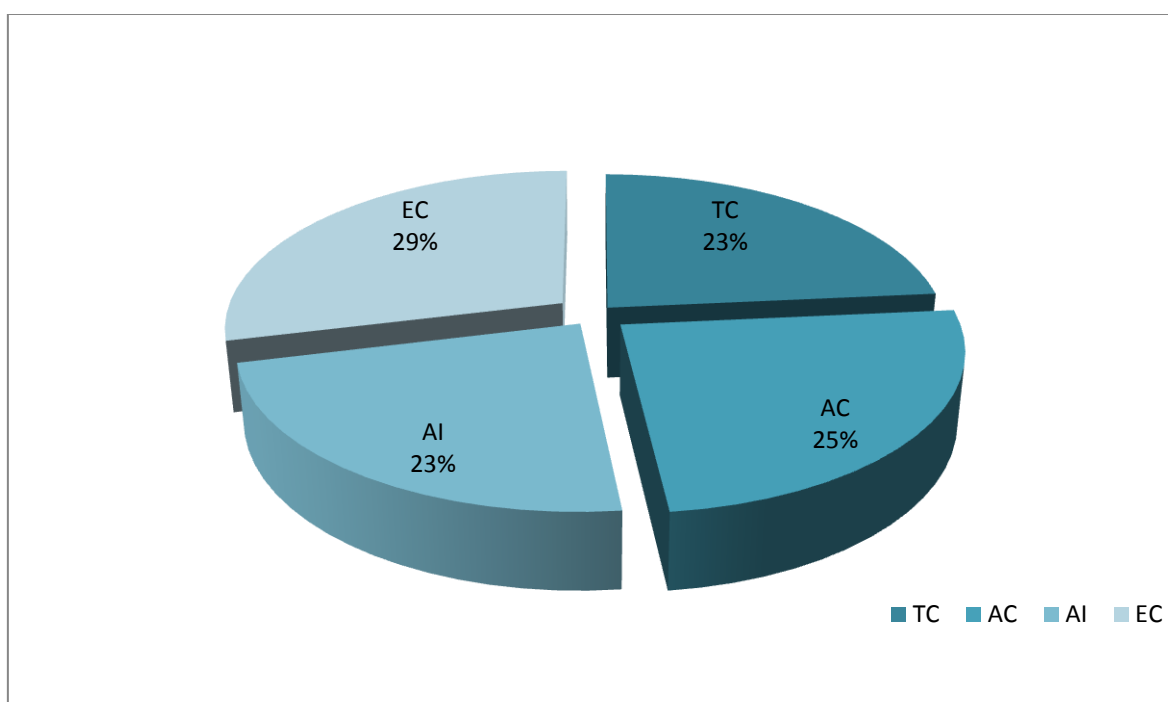


Figura 2 – Percentagem das Subcategorias da Categoria Relação Conjugal

As subcategorias são apresentadas seguidamente, enunciando-se os critérios de inclusão das referências bem como os indicadores identificados em cada uma delas.

Subcategoria Tipos de Comunicação

A subcategoria *Tipos de Comunicação* inclui referências que remetem para os vários tipos de comunicação desenvolvidos pelo casal quando confrontados com o Cancro da Mama. Nesta subcategoria averiguou-se se a mulher e o cônjuge enquanto díade, abordam a questão da doença e das alterações a ela associadas. Constatou-se quais os mecanismos utilizados por parte dos cônjuges no processo de comunicação e consequente ajustamento/adaptação à crise.

A constatação de problemas ao nível da comunicação, emoções suprimidas ou pelo contrário, a partilha das preocupações mútua, foi também analisado na presente subcategoria. Foram reunidos indicadores que expressam o tipo de comunicação auto-percecionado por parte das mulheres e dos seus companheiros. Estes indicadores foram denominados como enunciado no Quadro 5.

Quadro 5 – Indicadores da Subcategoria Tipos de Comunicação

Categoria de Análise Relação Conjugal		
Subcategoria	Indicadores mulheres	Indicadores companheiros
Tipos de Comunicação	Comunicação construtiva mútua (n=14)	Comunicação construtiva mútua (n=13)
	Procura/evitamento (n=3)	Procura/evitamento (n=4)
	Evitamento mútuo (n=3)	Evitamento mútuo (n=3)

Na amostra, o tipo de comunicação mais referenciado tanto por parte da mulher (n=14) como dos companheiros (n=13) foi a comunicação construtiva mútua, o que nos revela que a maioria dos casais apresenta uma comunicação aberta, em que existe partilha dos sentimentos e informações relativas ao outro e à doença propriamente dita. Este tipo de comunicação conduz à resolução dos problemas, alivia medos e aproxima os casais. Verificou-se também, ainda que em menor número, a existência de casos em que a

comunicação não é a mais adequada, estando presentes estilos de comunicação como a “Procura/Evitamento” (n=3 nas mulheres e n=4 nos homens) e o “Evitamento Mútuo” (n=3 nas mulheres e n=3 nos companheiros).

Analisando o tipo de comunicação percebido pelas mulheres durante este processo verificou-se que a maioria (n=14) considera não ter sentido dificuldades em comunicar com os seus companheiros pelo que foram incluídos no indicador “comunicação construtiva mútua”. É exemplo o seguinte excerto:

“...nunca tive dificuldades em falar com o meu marido. A nossa relação sempre se baseou na comunicação aberta e com o aparecimento da doença isso não mudou. Fazia-me e faz-me bem falar abertamente sobre a doença com ele pois isso alivia-me e ajuda a afastar eventuais tabus que pudessem aumentar a dor que à doença está associada.” (M6)

Os companheiros, também eles, perceberam a comunicação desenvolvida com a sua companheira da mesma forma (n=13) sendo incluídas no mesmo indicador “Comunicação construtiva mútua”. A maioria refere mesmo falar abertamente sobre a doença e apreciar essa abertura como exemplifica o seguinte excerto:

“Nesse aspecto não houve problemas, sempre falámos sobre tudo. Deitávamo-nos ali no sofá, juntos, chorávamos os dois, falávamos e sabíamos o que os dois sentíamos. Estar com ela e falar ajudava, porque era tudo novo” (C10)

O indicador “procura/evitamento” surge em consequência de testemunhos que indicam que um dos parceiros pressiona o outro para discutir um assunto e depois se afasta. Registou uma frequência baixa, tendo na investigação três mulheres e quatro companheiros referido sentir que quando falavam do assunto com os respectivos companheiros estes não

prosseguiam com a conversa. Foi referido também que habitualmente os cônjuges não tinham iniciativa para conversar sobre a doença.

“Eu não sinto (dificuldades), mas sei que quando falo com ele sobre isso ele sente-se constrangido...às vezes eu estou a falar com outras pessoas e ele... por eu ver isso, é que eu evito de falar às vezes, porque ele levanta-se e vai-se embora...” (M4)

“Havia momentos que eu acima de tudo precisava de ser escutada, mas custava muito... às vezes eu gostava que ele falasse um bocadinho mais.” (M17)

A comunicação do tipo evitamento mútuo e que deu nome ao indicador com o mesmo nome, foi percepcionada por três casais. Nestes casos verificou-se um claro evitamento em discutir o problema, como fica expresso no seguinte excerto:

“Acabo por não falar muito com o meu marido, porque ele não é muito amigo de falar (...) mas também não falo muito nesses assuntos.” (M7)

“Ela não falava muito, acho que para não me preocupar, mas eu também não perguntava.” (C12)

Os indicadores apurados nesta subcategoria distribuíram-se pelos diferentes tipos de comunicação, descritos por Romero et al. (2007) a saber: comunicação construtiva mútua, procura/evitamento e evitamento mútuo.

Confrontando os resultados em ambos os grupos, verificou-se que a sua distribuição é semelhante, o que na realidade faz sentido uma vez que esta subcategoria se reporta à comunicação entre os dois elementos do casal.

Os dados obtidos vêm contrariar os estudos de Walsh et al. (2005) e Pistrang e Barker (1992 cit in Manne et al., 2007) que referem que após o diagnóstico de Cancro da Mama as mulheres afirmam ter problemas de comunicação com os seus parceiros.

Na presente investigação, treze das vinte mulheres questionadas referiram ter desenvolvido a comunicação construtiva mútua, evitando assim os referidos problemas de comunicação com os seus companheiros. As conclusões obtidas vêm também de encontro ao defendido por Romero *et al.* (2007) que o estilo de comunicação construtiva promove o ajustamento à crise, enquanto o estilo de comunicação Procura/Evitamento e Evitamento Mútuo estão associados ao aumento de distresse.

Outra conclusão importante é a de que os casais deste estudo que evitam falar da doença e do que os magoa, como explica Eysenck (1988 cit in Pereira & Lopes, 2002) suprimem as suas emoções para não preocuparem o outro ou para não se aborrecerem.

Subcategoria Apoio do cônjuge

A presente subcategoria integra referências onde se avalia o tipo de apoio desenvolvido por parte do cônjuge à mulher e simultaneamente analisa a percepção do mesmo sobre o apoio prestado. Passível de análise, o apoio percebido pela mulher e autopercebido pelo cônjuge é expresso em indicadores que foram denominados: “Apoio Efectivo”, “Falta de Apoio” e “Apoio ao cônjuge” (Quadro 6).

Quadro 6 – Indicadores da Subcategoria Apoio do Cônjuge

Categoria de Análise Relação Conjugal		
Subcategoria	Indicadores mulheres	Indicadores companheiros
Apoio do Cônjuge	Apoio Efectivo (n=18)	Apoio Efectivo (n=18)
	Falta de apoio (n=2)	Falta de apoio (n=1)
	Apoio ao cônjuge (n=2)	Apoio da mulher (n=1)

Os resultados obtidos foram esclarecedores. Foi evidente que a maioria das mulheres (n=18) refere ter tido apoio do tipo “Apoio Efectivo” por parte do seu cônjuge. Neste sentido ter-se-á estabelecido um compromisso de ligações intrínsecas fortes expresso por

um apoio incondicional, preditor da aproximação dos elementos do casal e que conduz ao fortalecimento da relação e em última instância ao processo do crescimento pós-traumático.

Nos excertos seleccionados é possível identificar referências enunciadas pelas mulheres relativas ao comportamento dos cônjuges e que parecem ter contribuído para o desenvolvimento deste tipo de apoio, nomeadamente: “disponível”, “amigo”, “preocupado”, “importante”, “companheiro”, “incansável”, “presente” e “fantástico”. São exemplos do “apoio efectivo” prestado pelos companheiros os seguintes excertos:

“Sim, sempre. E como é lógico este apoio constituiu uma grande força para mim. Estava sempre a dizer que ia correr tudo bem, não havia problemas e pronto, mesmo que fosse mentira não é, mas sabia bem ouvir estas palavras positivas. É uma espécie de conforto no meio de tanta coisa má (...) ele é que carrega as compras, ajuda mais na lida da casa.” (M19)

“Sempre senti muito apoio... foi o meu marido que me cortou o cabelo... já éramos muito próximos, sempre fomos e continuamos a ser. Mas a base, suporte familiar é muito bom. Porque se não houver suporte familiar é impossível, a mulher a lutar sozinha e o marido a borrar-se, do tipo: “organiza-te”. Mas felizmente, Graças a Deus tive um bom suporte familiar, tive e tenho, o que é muito bom.” (M9)

Das referências obtidas foi possível também verificar que a qualidade da relação antes do diagnóstico, tal como refere Corney (2005), é um elemento importante para o desenvolvimento do apoio efectivo. As mulheres referenciam-no nos seus depoimentos, tal como o acompanhamento dado pelos seus maridos, (comunicação aberta, demonstrações de afecto e carinho), factores importantes para o desenvolvimento deste apoio. Estes últimos aspectos referenciados, foram identificados por Dorval et al. (2005) como aspectos predictores da aproximação dos elementos do casal.

Desta forma com os dados obtidos na amostra é possível destacar que o apoio do cônjuge é fundamental em todas as etapas do processo para as mulheres na luta contra o cancro, ideia essa que vai de encontro ao defendido por Aran et al. (1994 cit in Talhaferro et al. 2007). Também as opiniões de Bloom et al. (1991 cit in Pereira & Lopes, 2002) que defendem que o suporte social reflecte-se de forma significativa na saúde do indivíduo contribuindo para a sua recuperação, são apoiadas neste estudo quando as mulheres associam o suporte social a referências como: “força”, “positivismo”, “conforto” e “redução do mal-estar”. Também no que se refere aos cônjuges, a grande maioria (n=18) autopercepcionou o seu apoio como efectivo, referindo disponibilidade, presença e a tentativa de fazer o possível para ajudar a mulher. Estas referências potenciam a classificação do apoio prestado pelo companheiro como “apoio efectivo”, sendo exemplos os seguintes excertos:

“Eu pelo menos fiz todos os possíveis, não sei se consegui atingir os níveis mais altos, mas penso que sim, no geral sim. Mas acho que sim, mais não conseguia fazer... Mas sempre que eu podia, estava sempre com ela, nos tratamentos e tudo acho que fiz tudo mesmo que realmente consegui, dar-lhe o meu apoio, o meu carinho, o meu amor incondicional a toda a doença dela, muitas vezes sentia no meu corpo quase a doença dela, cheguei a sentir a doença dela no meu corpo ...ela pode-me pedir o que quiser que eu estou cá sempre para ela.” (C5)

“Eu tentei apoiá-la sempre. Tive o cuidado de abdicar de um dos meus trabalhos de forma a poder dar mais apoio, e sempre que havia uma consulta ou tratamento tentei sempre acompanhá-la. Apoiei-a como sabia apoiar. Se foi ou não da melhor forma isso não sei dizer, mas que dei o meu máximo, isso posso confirmar. Amo-a imenso e apercebi-me disso quando senti que podia perdê-la.” (C6)

“Sempre a apoiei, não valia a pena ajudar mais daquilo que ajudei, se não ela corria comigo de tão chato que era. E é assim que tem de ser, porque se ela estiver bem, eu também estou bem.” (C11)

Este apoio do tipo efectivo vem assim denunciar a autopercepção da importância do cônjuge e o estabelecimento de transacções positivas com o companheiro que culmina com a oferta de suporte social adequado. Esta percepção por parte do cônjuge é apoiada pelos estudos realizados por Biffi e Mamede (2004) que identificaram que a maioria dos parceiros oferece suporte social ao demonstrar afecto, compreensão da situação, incentivo às estratégias de autocuidado e colaboração nas actividades domésticas

Contrariamente à maioria, um dos cônjuges referiu ter sido incapaz de prestar apoio à sua esposa e duas das mulheres da amostra referem ter sentido essa falta de apoio. Para Feber e Wainstock (1989 cit in Biffi & Mamede, 2004), essa incapacidade de prestar apoio por parte do cônjuge, surge associada à dificuldade em lidar com situações difíceis e conversar sobre temas como a morte e o medo de recorrência da doença. A “falta de apoio”, embora menos frequente que o desenvolvimento do “apoio efectivo”, também ocorre nos casais que experienciam o Cancro da Mama, tendo sido identificadas também nos estudos dos autores atrás referenciados, cônjuges que não foram capazes de prestar o apoio desejado ou necessário às suas mulheres. O facto de duas das mulheres terem referenciado ter sentido falta de apoio e apenas um dos cônjuges o ter auto-percebido parece apontar para potenciais dificuldades de auto-percepção e reflexão por parte do cônjuge e eventualmente para o desenvolvimento de um *coping* focado nas emoções, expresso pelo recurso a mecanismos de defesa, que segundo Lazarus e Folkman (1984 cit in Malin & Birch, 2005) são promotores da distorção da realidade e do evitamento do problema.

Há que referenciar também dois casos em que as mulheres referiram que, apesar dos maridos terem prestado o apoio que elas sentiram ser necessário, em certas alturas também elas tiveram de apoiar o companheiro:

“...logo no princípio, eu é que tinha de dar apoio a ele.” (M4);

“ Mas às vezes ele ainda ficava pior que eu. Vivia mais o problema que eu.” (M10)

Esta necessidade de apoio por parte do companheiro manifestada pelas duas mulheres que constituem a amostra vem de encontro à opinião de Northouse e Swain (1987) e Omne-Ponten et al. (1993 cit in Mantani et al., 2007) de que os parceiros apresentam tanto stresse como a própria paciente, uma opinião reforçada por Mantani et al. (2007) quando referem que estes devem até ser considerados “pacientes de segunda ordem”. Apesar desta necessidade de apoio por parte do cônjuge não fica invalidado o apoio que estes ofereceram e que se pautou pela ajuda mútua, compreensão e carinho. É importante referir contudo que se observou que somente um dos companheiros destas mulheres têm a auto-percepção de que necessitou de apoio por parte da sua mulher. O motivo pelo qual isto aconteceu é difícil de justificar pois factores como timidez, vergonha, factores sociais/culturais e falta de confiança com o investigador, poderão influenciar o resultado, inibindo a expressão da necessidade deste apoio.

Subcategoria Alterações na Intimidade

Esta subcategoria possui referências do domínio de uma área delicada da relação conjugal, a intimidade. Considerou-se interessante recolher informações em ambos os grupos que visassem a comparação da percepção de cada um deles acerca das alterações na intimidade aquando da doença (Quadro 7).

As informações obtidas acerca da percepção da intimidade, permitiram formular indicadores que sintetizam a ocorrência ou não de uma mudança com a doença, assim como se esta foi uma mudança negativa transitória (com repercussões no período dos tratamentos mas ultrapassada no presente), uma mudança negativa persistente (com

repercussões no presente), ou pelo contrário uma mudança positiva com consequente aumento da proximidade/intimidade.

Quadro 7 – Indicadores da Subcategoria Alterações na Intimidade

Categoria de Análise Relação Conjugal		
	Indicadores mulheres	Indicadores companheiros
Subcategoria Alterações na Intimidade	Não ocorreram mudanças (n=10)	Não ocorreram mudanças (N=12)
	Ocorreu aumento da proximidade/intimidade (n=5)	Ocorreu aumento da proximidade/intimidade (n=8)
	Ocorreram mudanças negativas transitórias (n=3)	Ocorreram mudanças negativas transitórias (n=5)
	Ocorreram mudanças negativas persistentes (n=3)	Ocorreram mudanças negativas persistentes (n=1)

Como os dados comprovam, o maior número de referências enunciadas pelas mulheres (n=10) e pelos companheiros (n=12) foi “não ocorreram mudanças” ao nível da intimidade. Comprovam-no os excertos abaixo transcritos:

“ Não mudou nada...só de me lembrar que até pensava que estava grávida!!” (M10)

“Nada, tudo igual, como se não tivesse acontecido nada, só mais o cuidado de não fazer determinados esforços, mas de resto tudo igual.” (M19)

“...a nossa intimidade não mudou por ela ter uma mama, ou nenhuma mama. Continuou tudo igual.” (C8)

“Ficou tudo na mesma, ela só evita mostrar a cicatriz.” (C15)

Três referências manifestadas pelas mulheres e cinco enunciadas pelos homens reportam a ocorrência de uma mudança transitória durante a fase dos tratamentos. São

testemunhos das mulheres que revelam a ocorrência de mudanças transitórias ao nível da intimidade após diagnóstico de Cancro da Mama:

“Por vezes sinto-me mais cansada, mas damos a volta à situação, fica para outra hora, ou descanso e depois é que pode acontecer. Na altura dos tratamentos houve bastante compreensão da parte dele, não havia apetite para nada, mas nunca se chateou. A tristeza era dos dois, estávamos juntos nisto...quando se está doente a vontade sexual diminui e éramos os dois.” (M3)

“ Penso que a esse nível as coisas apenas se alteraram um pouco. Quando soube do diagnóstico não me apetecia ter relações sexuais e não as tive. Depois, após a cirurgia, também não!! Talvez a frequência tenha diminuído, mas essa parte não era realmente importante nesses momentos, era mais importante o carinho, a nossa união e a união com os nossos filhos. Hoje estou melhor e talvez a nível sexual as coisas já vão retomando a normalidade mas a seu tempo. Fazer amor para mim e para o meu marido sempre foi mais do que ter relações sexuais apenas.” (M6)

Os companheiros também experienciaram estas mudanças transitórias pois testemunham o seguinte:

“A relação afectiva caiu um bocado nos princípios. Para mim também foi difícil compreender toda aquela situação e ver uma mulher como ela jovem e vê-la como estava não é, diferente, automaticamente ela ficou diferente e ela até nos primeiros tempos escondia-se um pouco mais de mim, por causa daquilo, de lhe terem tirado a mama, e tudo isso. Ao princípio sim alterou-se um pouco, como já disse, a falta da mama, ela não se queria mostrar tanto na intimidade, não se queria mostrar tanto, ... ao princípio sim, afectou bastante, afastou-nos um bocadinho, mas neste momento não, está tudo normal.” (C5)

“Não nego que o cancro da mama tenha abalado a nossa sexualidade. Na verdade, repentinamente tive de me adaptar ao corpo diferente da minha mulher e confesso que ao início tinha medo de a magoar porque a sentia frágil. Mas com calma as

coisas foram-se compondo. Nunca perdi o desejo pela minha esposa, mas o número de vezes em que estávamos juntos diminuíram como poderás compreender. Hoje, a nossa sexualidade vai retomando a normalidade.” (C6)

“Depois da operação parou um bocado, mas acho que deve acontecer com todos os casais nestas circunstâncias, mas agora já está normal.” (C18)

Por sua vez, a ocorrência de mudanças negativas persistentes que ainda actualmente afectam a intimidade conjugal são referenciadas três vezes no grupo das mulheres e uma vez no grupo dos companheiros, como comprovam os excertos seguidamente apresentados:

“ uma pessoa às vezes falta-lhe mais a paciência. Já não tenho tanta paciência para certas coisas.”(M7)

“Hoje não temos vida sexual porque o estado da minha esposa não o permite. Eu compreendo-a e não cobro isso apesar de sentir falta claro porque sou um homem activo e saudável. (C20)

Para estes elementos ocorrerem, tal como Frank et al. (1978 cit in Ramos & Patrão, 2005) referem alterações significativas, sejam elas stresse emocional, dor, fadiga, alteração da imagem corporal ou diminuição da auto-estima, que fragilizaram o elo de união previamente estabelecido por eles. Para Carter e Carter (1994) e Taylor Brown et al. (2000 cit in Corney, 2005) estes casais que consideram ter ocorrido mudanças negativas persistentes ao nível da sua intimidade incluir-se-ão no grupo daqueles cuja qualidade de relação anterior é pobre.

As restantes referências que constituem o indicador “ocorreu aumento da proximidade/intimidade” (n=5 no grupo das mulheres e n=8 no grupo dos companheiros) e que foram expressos tanto pelas mulheres como pelos companheiros, manifestam o

fortalecimento da intimidade da relação conjugal, com consequente aumento da proximidade e união do casal. São exemplo disso os testemunhos que seguidamente se apresentam:

“Ficámos mais próximos...veio fortalecer tudo, veio fortalecer o nosso amor, veio fortalecer a nossa união.”(M1)

“Passámos a viver mais para nós.... Hoje somos mais ligados, amigos e companheiros... Os elos aproximaram-se e acho que tive a confirmação de que ele de facto gosta de mim e que é acima de tudo um bom companheiro ... Curiosamente somos um casal mais equilibrado” (M6)

“Acho que nos aproximámos muito mais os dois, conseguimos dialogar muito mais.”(C5)

“ Depois do cancro da mama, começamos a ter mais tempo para nos ouvir um ao outro. Começamos a aproveitar mais o tempo em que estávamos juntos para pensar em soluções e maneiras de lidar com as mudanças que se adivinhavam. Ficámos mais próximos e passámos a dar importância a outras coisas. Os bens materiais a partir desse momento foram relegados, a nossa relação, a relação com os nossos filhos e a cura da minha esposa era a nossa prioridade. Por estranho que possa parecer a nossa relação conjugal acabou por beneficiar com este acontecimento.” (C6)

“Ficámos mais próximos... temos uma cumplicidade diferente. Não gosto de sair sem ela. Tenho mais cuidado com ela, com o que digo e faço... Agora vivemos os dois um para o outro” (C10)

Estes casais que teceram referências relativas ao aumento da intimidade expressam, como Blom e Bijk (2007) referem, características como o aumento da segurança, confiança, proximidade emocional e proximidade psicológica. Todas características que confluem para a delineação de estratégias e condutas que visam a reestruturação dos

papéis, responsabilidades, funções e em última instância a reorganização da dinâmica conjugal (Andersen, 1992; Melito, 1985 cit in Melo et al., 2005). São casais que desenvolvem o *coping* focado nos problemas, lidando com a situação stressora e procurando soluções para a resolução do mesmo. Uma vez ultrapassadas as dificuldades, descrevem efeitos positivos, sejam eles comportamentos mais saudáveis, relações mais próximas ou maior gosto pela vida, que culminam com o crescimento pós-traumático (Manne et al., 2004).

Numa das participantes foi possível identificar excertos cujas referências estão incluídas em dois indicadores diferentes, nomeadamente, “ocorreram mudanças positivas” e “ocorreram mudanças negativas persistentes”. Esta situação aparentemente paradoxal, surge testemunhada pelos seguintes excertos que se referem respectivamente aos indicadores supra-enunciados:

“Algumas coisas mudou para melhor. O relacionamento...ficámos mais próximos (...) mais presente.” (M4)

“Já não é aquela coisa, já não temos aquela sexualidade, a vida sexual como tínhamos, é diferente, é um bocado diferente... depois ele também não procura, tem medo de me magoar. Tem medo que eu esteja ainda mal, e não procura, às vezes pergunta, mas não insiste.”(M4)

A análise dos excertos possibilita o entendimento das razões pela qual esta participante teceu referências relativas a ambos os indicadores. Às mudanças positivas atribui o facto de se sentir mais próxima afectivamente do seu companheiro que se encontra agora mais presente e disponível. Em contrapartida a sexualidade, uma vez afectada pela doença, não foi passível de ser retomada pelo que a este nível ter-se-á estabelecido uma mudança negativa persistente.

Desta forma, é possível aferir que neste caso específico terão ocorrido simultaneamente mudanças positivas e negativas o que confere à relação conjugal um carácter multidimensional e eclético.

Os resultados obtidos não permitem assim inferir as constatações observadas noutros estudos, tais como os de Lichtman, Taylor e Wood (1987) e O'Mahoney e Carrol (1997 cit in Ramos & Patrão, 2005), que defendem que a maioria dos casais com a vivência do Cancro da Mama tornam-se mais próximos e íntimos, enriquecendo mesmo a sua relação. De facto, no presente estudo foram identificados casos em que esse crescimento pós-traumático ocorreu, no entanto a grande maioria deixou bem demarcado que não ocorreram alterações ao nível da intimidade.

A vivência de dificuldades ao nível da intimidade durante o período dos tratamentos manifestada por alguns, também tem representação em termos teóricos, quando Frank et al. (1978 cit in Ramos & Patrão, 2005) referiram que após a cirurgia e tratamentos é vulgar ocorrerem alterações ao nível da intimidade e sexualidade dos casais.

Por fim há apenas a referir que os resultados, isto é, os indicadores foram semelhantes em ambos os grupos, mas a sua distribuição diferiu ligeiramente, uma vez que no grupo dos companheiros houve mais homens a referir “não ocorreram mudanças” e que mais enunciaram a melhoria da intimidade com as suas esposas. De notar que estas diferenças foram pouco significativas, o que nos indica que a maior parte dos elementos de cada casal estão em comum acordo em relação ao que sentem, pelo que os resultados vão de encontro às referências teóricas que os suportam.

Subcategoria Expectativas do Cônjuge

A subcategoria Expectativas do Cônjuge integra referências relativas às expectativas que os cônjuges têm um do outro. Procura-se analisar a percepção da mulher

acerca do que o seu cônjuge espera ou necessita dela e vice-versa. A análise das referências obtidas permite definir os indicadores expressos no Quadro 8.

Quadro 8 – Indicadores da Subcategoria Expectativas do Cônjuge

Categoria de Análise Relação Conjugal		
	Indicadores mulheres	Indicadores companheiros
Subcategoria Expectativas do Cônjuge	Amizade (n=7)	Presença (n=10)
	Companheirismo (n=6)	Companheirismo (n=5)
	Que a relação não mude (n=4)	Apoio (n=5)
	Luta (n=2)	Saúde (n=3)
	Saúde (n=2)	Que a relação não mude (n=2)
		Luta (n=2)
		Amizade (n=1)

Através da análise das referências há que enunciar à partida a obtenção de um maior número de referências no grupo dos companheiros do que no grupo das mulheres. Esta situação surgiu pelo facto de alguns companheiros referirem mais que uma expectativa que consideram que as mulheres têm deles, expectativas essas que acabam por se complementar. Nesta categoria a maioria dos indicadores identificados foram semelhantes tanto nas mulheres como nos companheiros, são eles: “Amizade”, “Companheirismo”, “Que a relação não mude”, “Luta” e “Saúde”, tendo sido enunciados para além destes pelos companheiros a “Presença” e o “Apoio”.

Apesar disso pode-se considerar que os indicadores mais referenciadas pelas mulheres foram “amizade” e “companheirismo”, tendo sido enunciados por sete e seis vezes respectivamente. Desta forma, a amizade parece surgir como a principal expectativa que as mulheres consideram que os cônjuges têm sobre elas como testemunham os excertos abaixo apresentados:

“Espera que além de esposa e mãe seja uma grande amiga dele. Compreensiva, paciente e corajosa.” (M13)

“Que seja amiga e divertida, para aproveitarmos a vida o melhor possível.” (M10)

O companheirismo surge imediatamente a seguir à amizade, exaltando as mulheres a expectativa de que o cônjuge espera delas, esta característica primordial:

“ Companheirismo, acompanhá-lo enquanto cá estiver... agora o que é que lhe posso dar é companhia e dar-lhe carinho, às vezes bombardear também (risos) faz falta que é para espevitar, o o que ele espera de mim agora, só isso né?! E já é muito bom eu lhe dar isso enquanto cá estiver.” (M4)

“ Penso que ele deseja apenas que seja uma boa companheira, que o saiba respeitar e sobretudo que continue a lutar para vencer a doença e para que finalmente retomemos a normalidade na nossa vida. Enquanto mãe, que ame os nossos filhos, que me interesse pelo seu crescimento físico, mas também psicológico, intelectual e cultural”(M6)

Foi ainda referenciado pelas mulheres como expectativas dos seus cônjuges, que a relação não mude (n=4), que estes continuem a lutar (n=2) e que recuperem/mantendam a saúde (n=2) e noutros casos que os respectivos companheiros não mudem, que continuem a ser como sempre (n=4).

A análise das referências dos companheiros permite verificar que é essencialmente “Presença” (n=10), “Companheirismo” (n=5) e o “Apoio” (n=5) que eles consideram que as suas companheiras esperam deles. A presença, mais vezes enunciada surge associada à crença por parte dos companheiros de que o seu papel é muito importante e que é sua a responsabilidade de estarem presentes e disponíveis física e psicologicamente. Os excertos

retirados sugerem estes sentimentos e expressam bem a sua percepção das expectativas em relação às companheiras.

“Que esteja com ela e seja bem-disposto (...) Que esteja presente quando precisa de mim, só nos temos um ao outro.” (C17)

“Esperava e espera que continue a estar presente, que seja tolerante e compreensivo para com os nossos filhos e que nunca os deixe. No que diz respeito à nossa relação acho que ela quer apenas que lhe continue a dar a mão sem questionar...” (C20)

“O que ela esperava, olhe, que eu esteja mais em casa, que a acompanhe nos tratamentos e que tenha paciência quando ela não está bem por causa dos tratamentos” (C4)

O “Companheirismo” enunciado por cinco vezes é um indicador que assume expressão e fica visível nos excertos que se seguem:

“Enquanto homem ela desejava que me realizasse pessoal e profissionalmente, enquanto marido que fosse sobretudo companheiro e enquanto pai fosse presente.” (C6)

“Penso que espera que eu seja companheiro, paciente, tolerante e que tenha fé.” (C13)

O apoio também ele, foi um indicador referenciado cinco vezes pelos companheiros e assume expressão na crença de que estes julgam ser o pretendido pelas suas mulheres:

“Eu acho que ela espera o meu apoio.” (C8)

“Talvez espere que eu a apoie.” (C1);

Foi também apontado pelos companheiros como esperado pelas suas esposas, que eles continuem a lutar pela relação (n=2), a acompanhá-las na saúde (n=3), que sejam seus amigos (n=1) e que a relação não mude (n=2).

Desta forma, a partir da análise do atrás exposto é possível depreender que enquanto as mulheres acreditam que os maridos desejam amizade e companheirismo durante este processo, os companheiros, por sua vez, acreditam que as suas mulheres esperam deles presença, apoio e companheirismo.

A presença, definida por Figueiredo (1996 a) como um conceito que consiste na existência ou assistência de uma pessoa em determinado lugar, surge justificado na teoria com a importância do papel que é atribuído ao marido durante todo o processo. Desta forma, e tal como Dorval *et al.* (2005) referem, enquanto elemento primordial do sistema, o cônjuge deve marcar a sua presença com uma resposta positiva e equilibrada.

O indicador “Presença” está associado, de acordo com Mantani *et al.* (2007) à nova responsabilidade de desempenhar tarefas que anteriormente as mulheres desempenhavam como cuidar da casa e de outros familiares. Assume ligação também, como Dias *et al.* (2002) refere, com a necessidade de mediação entre a mulher, os filhos, os familiares e os profissionais de saúde e a necessidade de estar perto, mais disponível para o quotidiano e para as relações humanas e sociais. Neste sentido, é justificável que a maioria dos cônjuges expresse este indicador como aqueles cujas mulheres mais esperam e anseiam.

O companheirismo, designado por Figueiredo (1996b) como aquele que acompanha, e referido em ambos os grupos que constituem a amostra (em 6 mulheres e 5 companheiros) englobam programas em conjunto e maior sentimento de cumplicidade entre os dois.

A verdade é que esta temática das expectativas bibliograficamente tem sido pouco desenvolvida, não sendo possível efectuar a comparação dos dados obtidos com outros estudos.

Ainda que no grupo dos homens tenham sido feitas referências diferentes relativamente às expectativas das suas mulheres e que permitiram a elaboração de indicadores também eles diferentes, verificou-se que os indicadores seguem uma distribuição cuja linha é comum e que atribui distinção a valores positivos e socialmente aceites.

Categoria Percepção da Imagem Corporal

A categoria *Percepção da Imagem Corporal* reúne opiniões e sentimentos da mulher e cônjuge face ao corpo da mulher após os tratamentos, explorando a percepção que cada um desenvolveu acerca do que o outro sente/pensa (Quadro 9).

Quadro 9 – Subcategorias da Categoria Percepção da Imagem corporal

Categoria de Análise	Percepção da Imagem Corporal
Subcategorias	Percepção das repercussões dos tratamentos sobre a imagem corporal da mulher
	Opinião do cônjuge sobre o corpo da mulher após os tratamentos

Considerando que a percepção da Imagem Corporal foi observada em diferentes níveis de especificação, esta categoria de análise foi desdobrada em duas subcategorias: “Percepção das repercussões dos tratamentos sobre a imagem corporal da mulher” que inclui referências da mulher e do cônjuge relativas à perspectiva que possuem da imagem corporal da mulher alterada após os tratamentos e a subcategoria “Opinião do Cônjuge sobre o corpo da Mulher após os tratamentos” que inclui o ponto de vista da mulher, expresso pela percepção desta face ao que o cônjuge sente acerca do seu próprio corpo, e ainda o ponto de vista e sentimentos do companheiro acerca do corpo da sua mulher.

Esta categoria de análise representa 18% do total de referências (83 valor absoluto) e por sua vez, cada uma das subcategorias distribui-se da seguinte forma: “Percepção das Repercussões dos Tratamentos sobre a Imagem Corporal da mulher” (PRTIC) 49% (39 valor absoluto) e “Opinião do Cônjuge sobre o corpo da mulher após os Tratamentos” (OCCMT) 51% (44 referências) (Figura 3).

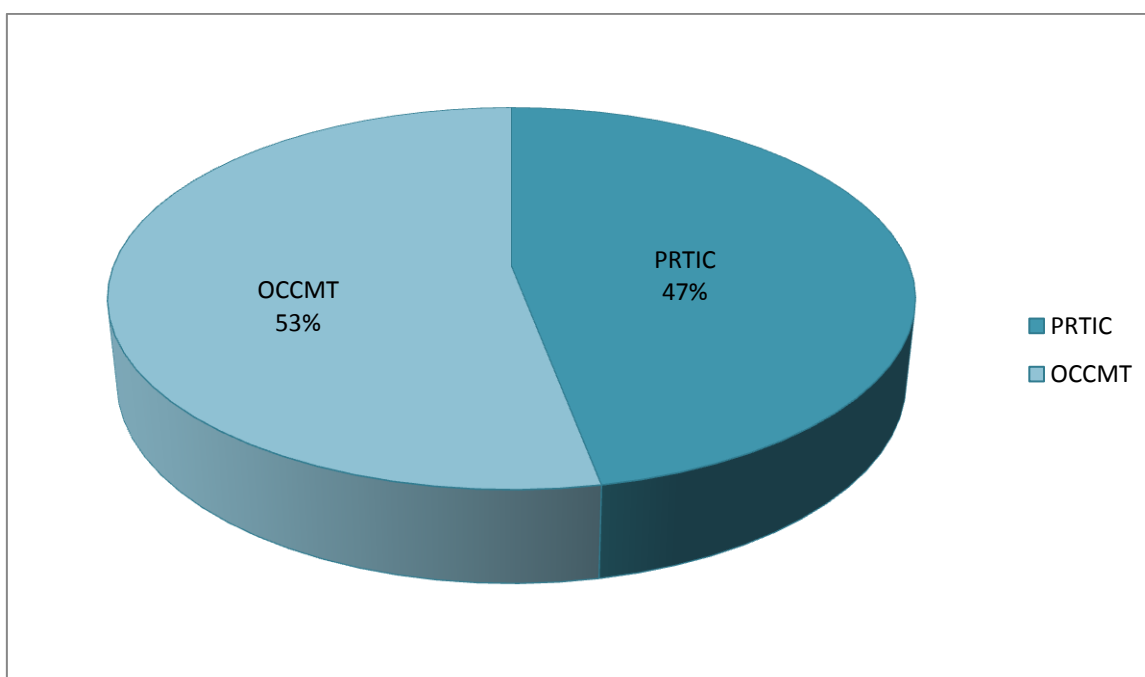


Figura 3 – Percepção da Imagem Corporal – Percentagens das subcategorias de análise

Subcategoria Percepção das repercussões dos tratamentos sobre a Imagem Corporal da Mulher

A presente subcategoria reúne referências que sintetizam a percepção que a mulher e o seu companheiro têm relativamente ao corpo desta depois de submetida aos tratamentos.

Integra referências relativas às consequências físicas que os tratamentos causaram na imagem corporal que mais incomodaram as mulheres, assim como referências dos companheiros acerca dos aspectos da imagem corporal que consideraram mais ter

incomodado as suas esposas quando submetidas aos tratamentos. Desta forma, foram elaborados indicadores de acordo com as referências obtidas que se resumem no Quadro 10.

Quadro 10 – Indicadores da Subcategoria Percepção das repercussões dos tratamentos sobre a Imagem Corporal da Mulher

Categoria de Análise Percepção da Imagem Corporal		
	Indicadores mulheres	Indicadores companheiros
Subcategoria Percepção das repercussões dos tratamentos sobre a Imagem Corporal da Mulher	Não houve repercussões (n=7) Perda do cabelo foi o mais perturbador (n=6) Perda da mama foi o mais perturbador (n=4) O aumento de peso foi o que mais perturbou (n=3)	Perda do cabelo foi o mais perturbador para a minha mulher (n=7) Não houve repercussões (n=6) Perda da mama foi o mais perturbador para a minha mulher (n=3) Todas as repercussões incomodaram a minha mulher (n=2) O aumento de peso foi o mais perturbador para a minha mulher (n=1)

A análise dos indicadores elaborados a partir das referências enunciadas pela mulher permite verificar que das vinte mulheres entrevistadas, sete referem não ter ocorrido repercussões na sua auto-imagem quando submetidas aos tratamentos e treze pelo contrário, consideram que os diferentes tratamentos a que se sujeitaram, tendo causado mudanças físicas na sua imagem corporal, tiveram também um impacto na percepção que estas possuem acerca dela.

Dessas treze mulheres, seis referiram ter sido a alopecia causada pelos tratamentos de quimioterapia o que mais as incomodou, quatro atribuíram à perda da mama a repercussão dos tratamentos mais incomodativa e três delas referenciou como mais incomodativo o aumento de peso. Os indicadores mais vezes referidos pelas mulheres nomeadamente “não houve repercussões”, a “perda do cabelo foi o mais perturbador” e “a perda da mama foi o

mais perturbador”, serão sujeitos seguidamente a uma análise mais detalhada que inclui excertos representativos das mesmas. A ausência de repercussões dos tratamentos sobre a imagem corporal da mulher fica bem expressa nos excertos que a seguir se apresentam:

“Nunca tive preconceitos, sempre fui à praia, sempre usei fato de banho e biquíni, e este ano também vou, adoro praia e não deixo de ir por causa disso. Quer dizer, nunca fugi de ninguém nem de nada, nem nunca deixei de conversar sobre isso, nunca fiz tabu de coisa nenhuma. Sempre usei cavas e tudo, só agora que é Inverno é que não, mas de Verão é só cavas e decotes.”
(M8)

“Pois é, tinha o cabelo comprido muito bonito, mas depois pensei olha vai cair, mas depois vai crescer, era algo temporário, foram seis meses só, no final dos 6 meses começou a crescer, ... Mas superei bem, Graças a Deus. Não nos podemos baixar... Mas sentia-me bem, não tive complexos, felizmente não (...) sinto-me muito bem com o meu corpo.” (M9)

Por sua vez a auto-percepção das mulheres de que a “alopécia foi o mais perturbador”, fica exposta em referências que abordam o choque vivenciado quando o cabelo começou a cair e a dificuldade em verem reflectida no espelho a sua imagem corporal. Essa percepção manifesta-se nos excertos que se seguem:

“...o que mais me incomodou foi a perda do cabelo...quando me começou a cair o cabelo, eu tive 2 ou 3 dias que não me quis ver ao espelho.” (M1)

“a queda do cabelo custou-me mais do que propriamente a operação. ... a pessoa fica desfigurada. ... o rosto fica branco, pálido, os olhos brancos, a pessoa fica toda branca não é?! E depois ainda por cima sem cabelo... No princípio foi difícil, mas tive de me adaptar...Quando começou a cair, agarrava no cabelo e saia muito, então aí joguei a máquina...A minha preocupação nunca foi a mama, foi o cabelo...já viu?

Porque eu não queria mostrar às pessoas que estava doente. Mas eu felizmente acho que com a peruca ajudou....mas no princípio foi um choque muito grande.” (M10)

“O cabelo, porque apesar de terem avisado que vai cair, quando começa é horrível... Comecei a sentir essa impressão, tomar banho, jogar a mão à cabeça e o cabelo cair...horrível.” (M14)

Por último, o desconforto adveniente da perda da mama devido a mastectomia englobado no indicador “a perda da mama foi o mais perturbador”, integra dificuldades em lidar com a nova imagem, tocar na cicatriz, olhar-se ao espelho e até deixar o marido olhar, e é narrado nos seguintes excertos:

“Foi perder a mama o que me custou mais, o cabelo nunca me caiu todo, por isso não me afectou e nunca cheguei a cortar....A gente vê-se mutilada, é uma mutilação, é como faltar um dedo, um braço... a mama é um símbolo feminino, por isso dói mais, custa um bocado, para nós mulheres é ... Eu via-me ao espelho, mas ... era muito complicado, era uma imagem muito feia. Até porque eu antes tinha o hábito de andar por casa à vontade e comecei a tapar mais, para os miúdos também não se aperceberem ...Nem ao meu marido, às vezes eu queria que ele visse. ...mas é um bocado complicado. A gente não se sente bem, falta ali um bocado de nós...” (M5)

“Tive dificuldade em lidar com as alterações do meu corpo sobretudo porque gostava da minha imagem... A perda de uma mama para mim foi algo de muito doloroso, foi como que o destruir anos de luta em busca da imagem perfeita. Tive sempre dificuldade em olhar-me ao espelho e actualmente, inclusive, não o faço para não sofrer. A perda do cabelo quando iniciei os tratamentos de quimioterapia não custou tanto. Gostava de usar lenços e echarpes e com eles na cabeça sentia-me bonita... não ter uma mama é o que mais me custa. Todos os dias sofro com isso e evito ver-me ao espelho nua porque isso faz-me sofrer muito. Infelizmente continuo em lista de espera para a reconstrução mamária...anseio-a imenso porque sei que a reconstrução vai minimizar a minha dor e apagar um pouco este episódio menos feliz da minha vida.” (M6)

A análise dos resultados obtidos pelos testemunhos das mulheres, permite concluir que das vinte mulheres entrevistadas, treze possuem a percepção de que os tratamentos (quimioterapia e mastectomia) por terem causado mudanças físicas (alopécia, perda da mama, aumento de peso) afectaram o modo como percebem a sua imagem corporal, incomodando-as. Estes resultados vão de encontro ao defendido por Gaskin et *al.* (1994 cit in Talhaferro, 2007) que aferem que as alterações relacionadas com a aparência perturbam mais a mulher do que os efeitos secundários advenientes de tratamentos como a quimioterapia, nomeadamente náuseas, vómitos, falta de ar e outros.

A teoria embora aborde a alopecia como um elemento perturbador do auto-conceito da mulher, confere à mastectomia, talvez pelo efeito mutilador de uma parte importante do corpo da mulher que é a mama, símbolo de feminilidade, sensualidade e maternidade (Talhaferro et *al.*, 2007), um impacto muito importante na alteração da auto-imagem associada, como refere White (2002) à percepção de se sentirem incompletas.

Curiosamente, na presente investigação, e contrariamente ao que previamente se poderia antever, a mastectomia não foi a repercussão advinda dos tratamentos que mais parece ter incomodado as mulheres. Esta consideração pode ser analisada de diferentes formas. De facto, estas poderão ter-se sentido menos incomodadas com a perda da mama do que com a perda do cabelo pois a perda deste último é mais visível socialmente, tendo estas que se defrontar com os olhares cruéis da sociedade e os consequentes comentários que associam a queda do cabelo a uma doença inglória e estigmatizante com um desfecho infeliz.

Por outro lado, o facto de doze das mulheres entrevistadas terem sido sujeitas a tumorectomia, ou seja, ter sido removido apenas uma parte da mama e conservado a restante parte poderá também ter influenciado os resultados obtidos. De facto, tal como Schover (2008) refere, as mulheres que possuem a possibilidade de escolher cirurgias

conservadoras da mama têm mais sentimentos positivos acerca da sua imagem corporal do que as mastectomizadas, o que poderá tê-las feito valorizar mais a alopecia do que propriamente a perda de uma parte da mama. Depois o facto desta parte do corpo ser revelada em menos circunstâncias, ou pelo menos, em circunstâncias mais íntimas, poderá também minimizar a sua repercussão.

A análise das referências que se remetem à percepção que os companheiros têm das repercussões que os tratamentos tiveram na imagem corporal das suas mulheres, permite inferir que seis dos cônjuges considera não terem ocorrido repercussões, tendo os restantes treze cônjuges considerado que o Cancro da Mama e os tratamentos a ele inerentes afectaram a imagem corporal das companheiras. De referir que num dos cônjuges entrevistados não foi possível obter referências em relação a esta subcategoria, uma vez que quando confrontado com a questão “Que aspectos da imagem corporal dela actual é que a incomodam mais?” contornou a questão, não respondendo ao assunto pretendido e focando referências não relacionadas com imagem corporal.

Os seis elementos cujas referências demonstraram não terem ocorrido repercussões dos tratamentos sobre a imagem corporal da mulher e permitiram a elaboração do indicador “não houve repercussões”, apresentaram como justificação o facto de algumas das repercussões serem temporárias, pouco significativas ou inexistentes como revelam os seguintes excertos:

“ Nada, ela continua a sentir-se bonita.” (C8)

“Nada, ela sabia que era tudo temporário por causa do tratamento” (C9)

“ Os tratamentos não foram muito agressivos, ela nem teve de tirar a mama, o que foi bom, por isso o corpo dela não mudou quase nada” (C18)

Dos treze cônjuges que indicaram a existência de repercussões dos tratamentos na auto-percepção das suas mulheres relativamente à sua imagem corporal, sete deles consideraram que foi a alopecia que mais as perturbou, três que a perda da mama foi o mais perturbador e um dos elementos referiu o aumento de peso como o efeito com maior repercussão na auto-imagem da mulher. Curiosamente e aqui diferentemente dos indicadores elaborados pelas mulheres, dois deles referiram que todas as repercussões advinentes nos tratamentos com consequências físicas sobre a imagem corporal delas foram perturbadoras.

Seguidamente são apresentados excertos dos dois indicadores mais referenciados pelos companheiros das mulheres que vivenciaram o Cancro da Mama, “alopécia foi para a minha mulher o mais perturbador” e “a perda da mama foi para a minha mulher o mais perturbador”. Se o primeiro foi referenciado por sete dos treze cônjuges que consideraram ter havido repercussões; o segundo, tendo em conta que somente das vinte mulheres entrevistadas apenas seis realizaram mastectomia, o facto de três deles terem referido a perda da mama como um facto perturbador da auto-imagem das suas mulheres assume expressão significativa.

São excertos dos companheiros que revelam a alopecia como momento perturbador:

“Acho que o que a perturbou foi da vez que a quimioterapia fez cair o cabelo, foi um choque para ela.”(C4)

“O cabelo, porque caiu, mas aliás ela reagiu muito mal á quimioterapia no geral... para ela o cabelo é a imagem, não tem a ver só com a parte física, mas também emocional e até social.” (C14)

A perda da mama, auto-percepcionada como perturbadora da auto-imagem das mulheres por três dos companheiros das mulheres mastectomizadas, está patente nos excertos que se seguem:

“Calculo que para ela seja algo de traumatizante, a mastectomia.”(C3)

“Sem dúvida que a perda da mama foi a alteração que a afectou mais quer no passado quer no presente” (C6)

Deste modo, através da análise dos dados obtidos é possível inferir que os companheiros de um modo geral têm a percepção de quais as repercussões dos tratamentos que tiveram maior impacto na auto-imagem corporal das suas mulheres, apontando a alopecia e a perda da mama como os indicadores que mais as perturbaram durante este processo. As distribuições entre os dois grupos inclusive são similares, o que suporta a coerência e consistência dos testemunhos obtidos. A análise dos dados vem reforçar uma comunicação adequada em que ambos os elementos abordam e discutem o problema e as consequências a ele inerentes, apontando para o estabelecimento de um *coping* adequado e adaptativo.

Se esta percepção correcta por parte do cônjuge, acerca das repercussões que os tratamentos têm na auto-imagem que as mulheres possuem do seu próprio corpo, é ou não frequente, é difícil de comparar em contexto teórico uma vez que não foram encontrados estudos que relacionem esta dimensão em ambos os elementos do casal.

Subcategoria Opinião do cônjuge sobre o Corpo da Mulher após os tratamentos

Esta subcategoria compreende referências de ambos os elementos do casal acerca da percepção do cônjuge sobre o corpo da mulher após os tratamentos. Essas referências visam a compreensão da percepção que as mulheres têm relativamente à opinião que os

companheiros possuem acerca do seu corpo, tal como a obtenção da opinião dos mesmos sobre o corpo da sua companheira após serem submetidas aos tratamentos. Para isso foram delineados os indicadores apresentados no Quadro 11.

Quadro 11 – Indicadores da Subcategoria Opinião do cônjuge sobre o Corpo da Mulher após os tratamentos

Categoria de Análise Percepção da Imagem Corporal		
Subcategoria	Indicadores mulheres	Indicadores companheiros
Opinião do cônjuge sobre o Corpo da Mulher após os tratamentos	<p>O meu companheiro não se incomodou com as alterações do meu corpo (n=16)</p> <p>O meu companheiro não se expressa (n=3)</p> <p>O meu companheiro evita olhar (n=1)</p>	As mudanças no corpo da minha mulher não me incomodaram (n=20)

Analisando os dados é possível verificar que na perspectiva da grande maioria das mulheres (n=16), os companheiros não se sentiram incomodados pelas alterações na imagem corporal das suas companheiras causadas pelos tratamentos. Neste indicador denominado “O meu companheiro não se incomodou com as alterações do meu corpo”, a análise das referências permite assim a constatação de que as mulheres percebem que os seus companheiros anseiam o retomar da sua saúde pelo que as alterações no seu corpo não assumem importância quando comparadas à perda de saúde potenciada pelo Cancro da Mama. Comprovam-no os seguintes excertos que simultaneamente apontam para um apoio incondicional e espiritual ao invés da admiração física e superficial.

”Eu sempre fui para a praia com ele e estava à vontade, sei que ele nunca se importou. E a mim não me importava também que ele visse as outras com duas e eu com uma, e depois mais tarde sem as duas....(risos), eu queria era tomar banho no mar.” (M8)

“Ele aceitou bem e apesar de eu não ter uma mama sempre senti que ele continuava a gostar de fazer amor comigo... Ele diz-me muitas vezes que continuo bonita e eu sinto que é sincero da sua parte...” (M6)

“Ele só queria que eu tivesse saúde.”(M10)

Das restantes mulheres entrevistadas, três referiram que “o meu companheiro não se expressa” e apenas um demonstrou que o facto de ter sido mastectomizada perturba o marido pelo que este evita mesmo olhá-la.

Segue-se um exemplo do indicador “o meu companheiro não se expressa” e outro do indicador “O meu companheiro evita olhar”, respectivamente:

“Em relação à falta do seio não se manifesta.” (M3)

“Mudou, porque o meu marido (...) não olha muito, nem quer olhar” (M17)

Esta análise da auto-percepção e consciencialização por parte das mulheres que a opinião do cônjuge sobre o seu corpo é positiva, minimiza as alterações ocorridas devidos aos tratamentos a que foram submetidas. Esta atitude por parte dos cônjuges é de primordial importância para o desenvolvimento, segundo Simões et al. (2003) da saúde subjectiva, isto é, da percepção que as mulheres possuem sobre o estado de saúde e consequentemente para a aquisição do BES.

A análise dos indicadores elaborados a partir das referências dos cônjuges acerca dos seus sentimentos/attitudes desenvolvidos em relação ao corpo das suas mulheres após terem sido sujeitas aos tratamentos, permitiu averiguar que a totalidade da amostra constituída pelos cônjuges (n=20) considera que o corpo da sua mulher depois de sujeito aos tratamentos não os incomodou.

A este nível os companheiros fizeram mesmo comentários que perpassam amor, ternura e presença, revelando que apesar dos muitos complexos que as mulheres possam sentir nesta fase para eles não assumem significado pois o que importa mesmo é o retomar da saúde e em última instância o encontro de um novo equilíbrio.

Nos comentários efectuados é possível encontrar referências relativas à beleza da sua mulher que se mantém e à inalteração do seu corpo. São exemplo disso os seguintes excertos:

”Para mim a minha esposa continua linda! ... Nestes 30 anos aprendi a amá-la e a vê-la não pela forma como se apresenta mas pelo que ela é. E não compreendo mesmo porque é que ela se vê da forma como se vê. Se ela se visse com os meus olhos...” (C20)

“a mim não me afectava, nunca me afectou nada porque eu queria era vê-la bem, com cabelo ou sem cabelo não importava.” (C4)

“a mim não me afectou, ... não me incomodou vê-la sem a mama, para mim ela continuou a ser uma mulher normal e naquela altura era uma mulher normal. Não tinha uma mama, mas pronto, tudo bem! Não me incomodou fisicamente o aspecto, e também não conta só o aspecto.” (C5)

Os resultados obtidos que comprovaram que a totalidade dos cônjuges não se incomodou com as alterações ocorridas no corpo das suas mulheres, vem desta forma sugerir a auto consciencialização por parte destes da imprescindibilidade do seu papel enquanto elemento moderador do sistema, tal como da imprescindibilidade de responderem de forma positiva e equilibrada (Alarcão, 2000).

De notar que o desenvolvimento de uma opinião negativa acerca do corpo da mulher por parte do cônjuge certamente potenciaria reacções de distresse com inevitáveis

dificuldades psicológicas (Grinfeld et al. 2004; Pitceathly & Maguire, 2003 cit in Segrin et al., 2007).

A análise comparativa entre os resultados obtidos no grupo das mulheres e no grupo dos companheiros permite verificar a inexistência de uma discrepância significativa entre os dois grupos. Ambos apontam para a pouca perturbação causada pelas alterações advenientes dos tratamentos, expressando uma atitude positiva e ajustada que não inibe contudo, sentimentos de baixa auto-estima e dificuldade em encarar os seus corpos por parte das mulheres que experienciam o Cancro da Mama.

Categoria de Análise Balanço de Vida

Na categoria *Balanço de Vida* foram elaborados indicadores a partir das referências enunciadas pelos dois grupos que constituem a amostra, mulheres e companheiros, referências essas construídas a partir de uma auto-reflexão acerca das suas vidas, da sua maneira de encarar a vida antes e após a doença, assim como dos aspectos positivos e negativos atribuídos à mesma. Ficam referenciados no quadro 12 os indicadores referentes a esta categoria.

A análise da presente categoria pressupõe a categorização dos indicadores face a um balanço de vida positivo ou negativo percebido pelas mulheres ou pelos companheiros.

Analisando o grupo das mulheres é possível verificar que a maioria, nos seus comentários, enunciou referências positivas que permitem a elaboração de indicadores que também eles se remetem a um balanço positivo nomeadamente “Aproveitar mais o dia-a-dia”, “Fortalecer as relações humanas”, “Dar mais atenção à saúde” e “Desvalorizar situações pouco importantes”. Destes indicadores foram precisamente os primeiros dois, “aproveitar mais o dia-a-dia” e “fortalecer as relações humanas” aqueles que obtiveram maior número de referências nomeadamente sete e seis respectivamente.

Quadro 12 – Indicadores da Categoria Balanço de Vida

Categoria de Análise Balanço de Vida	
Indicadores mulheres	Indicadores companheiros
Aproveitar mais o dia-a-dia (n=7)	Aprender a lidar com situações difíceis (n=5)
Fortalecer as relações humanas (n=6)	Aproveitar mais o dia-a-dia (n=3)
Reduzir a actividade profissional (n=4)	Dar mais atenção à saúde da mulher (n=3)
Valorizar aspectos anteriormente não valorizados (n=3)	Fortalecer as relações humanas (n=3)
Dar mais atenção à saúde (n=3)	Não houve nada de positivo (n=2)
Desvalorizar situações pouco importantes (n=2)	Valorizar aspectos anteriormente não valorizados (n=1)
Anular a vontade de viver (n=1)	Dificultar concretização de planos (n=2)
Não houve nada de positivo (n=1)	Acabar com a tranquilidade (n=1)

São excertos em que é referido pelas mulheres passarem a “Aproveitar mais o dia-a-dia”, ou seja, a desfrutar mais cada momento, a não realizarem planos a longo prazo e a terem maior vontade de viver como se lhes fosse dada uma segunda oportunidade que não ousassem desperdiçar, os que seguidamente se apresentam:

“Aprendi a aproveitar e valorizar o dia-a-dia.” (M16)

“Eu faço um balanço positivo, eu digo sempre, o que me interessa é vencer. Eu penso vencer... Aprendi a valorizar o dia-a-dia, eu vivo um dia de cada vez.” (M8)

O “Fortalecimento das relações humanas” por sua vez, encontra-se expresso em excertos que manifestam um evidente aumento da intimidade/proximidade com o cônjuge e os restantes elementos da família, assim como o desejo em passar mais tempo com estes.

“De positivo retiro sobretudo o fortalecimento da minha relação com o meu marido e também da nossa relação com os nossos filhos. Eles também perceberam que

agora estamos mais presentes e temos mais tempo para brincarmos com eles. Hoje somos uma família mais completa e que valorizamos mais as nossas relações. Com o cancro da mama, dei importância a outras coisas, aquelas que realmente são importantes, entre as quais a família e as relações humanas.” (M6)

“Agora vivo mais as coisas, por exemplo antes quando tinha tarefas para fazer em casa e havia algo, ficava a tratar da casa e agora não. Aproveito tudo e quero muito estar com os meus filhos, vê-los crescer e estar presente quando eles fazem aquilo de que gostam... Aprendi a viver mais a vida, desde que fui operada, tenho recebido muito a visita dos amigos. ...gosto muito desse convívio, ... gosto muito de estar com os meus filhos. Por exemplo à segunda-feira já estou desejando que chegue o fim-de-semana para poder passar mais tempo com eles.” (M15)

Foram definidos como indicadores que perpassam uma auto-reflexão negativa que pressupõe consequentemente um balanço negativo, os indicadores “Reduzir a actividade profissional” (n=4), “Anular a vontade de viver” (n=1) e “Não houve nada positivo” (n=1).

A este nível o indicador mais vezes referenciado e que se relaciona com a actividade profissional surge associado à perda/diminuição da actividade a ela inerente como revelam os seguintes excertos:

“Sempre fui uma pessoa muito activa e positiva e isso reflectia-se no meu dia-a-dia. O meu quotidiano era repleto de actividades porque estudava, trabalhava, cuidava dos meus filhos, do meu marido e da casa...com o aparecimento do cancro da mama, aliada à revolta e à negação, o que mais me custou foi ter de parar, de abdicar dessa vida tão activa que tinha e sobretudo de lidar com os meus pensamentos, porque dantes restava-me pouco tempo para pensar.” (M6)

“Depois senti-me impotente sem poder trabalhar sem estar no activo, senti-me triste e neste momento isolo-me um pouco mais, reservo-me o direito de estar mais em casa sem conviver muito no dia-a-dia.” (M12)

Por sua vez, o indicador que expressa uma visão mais negativa das mudanças vivenciadas com o Cancro da Mama “Anular a vontade de viver” foi referenciado apenas por uma mulher deprimida, razão impossibilitadora da auto-reflexão mais positiva acerca do assunto.

A mulher que referenciou não ter havido nada de positivo com a doença e que deu sentido à existência do indicador com o mesmo nome, atribuiu-o ao facto de a doença ter manifestado repercussões e mudanças graves na sua vida, tornando-a difícil e confusa:

“Antes do cancro da mama eu era uma pessoa normal, mais uma entre tantas outras. ...Quando o cancro apareceu, surgiu também a morte, o desespero, o sofrimento. ... Às vezes sinto que tenho uma monstruosidade dentro de mim. Hoje só quero que isto acabe, só quero terminar com isto! Não tirei nada de positivo, aliás a doença só acabou com tudo aquilo que restava de mim, de nós... Matou o pouco que tinha, acabou com a pouca alegria de viver que tinha. Só me trouxe problemas atrás de problemas e em última instância trar-me-á até ao meu fim.”(M20)

A análise dos indicadores elaborados a partir das referências que os companheiros expuseram com a questão “O que retirou de positivo de tudo o que aconteceu relativo à doença?” permite perceber que também eles referiram indicadores positivos e outros negativos.

Das referências obtidas, verificou-se que a maioria (n=15) se distribui em indicadores que manifestam um balanço positivo acerca do vivenciado e potenciado pela doença como “Aprender a lidar com situações difíceis”, “Aproveitar mais o dia-a-dia”, “Dar mais atenção à saúde da mulher” e “Fortalecer as relações humanas” e “Valorizar aspectos anteriormente não valorizados”.

As referências distribuem-se de forma quase homogénea pelos diversos indicadores atrás referenciados, destacando-se apenas um pouco mais o indicador “aprender a lidar com situações difíceis” com cinco referências.

Este indicador influi e destaca a percepção do Cancro da Mama e as repercussões a ele associados como um acontecimento stressor que exige uma elaboração mental em que o cônjuge mobiliza as suas capacidades e avalia características do meio no sentido de escolher o caminho mais adequado (Ferreira, 2005). Uma vez conseguida a escolha desse caminho e ultrapassadas algumas das dificuldades, os companheiros consideram ter aprendido a lidar com o acontecimento stressor e acabam mesmo, como enunciado por Manne et al. (2004), a manifestar alterações positivas, experienciando um processo denominado crescimento pós-traumático. O presente indicador aponta de forma consistente para a experienciação deste processo por parte dos cônjuges.

Vejamos os seguintes excertos:

“Sei lá...positivo, o que é que isto pode ter de positivo, só ensinar alguma coisa que nós não saibamos vá, alguma situação similar que voltasse a surgir nos já sabíamos os passos que devia dar, pronto, a informação é diferente. Ganha-se mais bagagem, mais resistência.” (C14)

“Aprende-se muita coisa, a saber reagir, a ter cuidado e tem-se medo se volta a aparecer a mais alguém próximo ou da nossa família, ou mesmo a nós. Aprendemos a reagir às situações.” (C15)

“Sei lá, talvez faça as pessoas amadurecer mais.” (C16)

Os indicadores que expressam um balanço negativo efectuado pelos companheiros, incluem menos referências (n=5) que os positivos e foram denominados da seguinte forma: “não houve nada de positivo” (n=2), “dificuldade em realizar planos” (n=2) e “acabar com a tranquilidade” (n=1).

Os companheiros que expressaram comentários que permitiram a elaboração do primeiro indicador não especificam com clareza o balanço efectuado, no entanto

expressam com veemência o facto de não ter havido nada de positivo com a vivência do cancro como é evidente nos excertos que se seguem:

“Não houve nada de positivo.” (C7)

“Praticamente nada.” (C13)

O indicador “dificuldade em realizar planos” foi elaborado a partir de referências efectuadas por dois dos companheiros que manifestaram uma evidente preocupação com o facto de, devido à situação instável causada pelo Cancro, não poderem definir projectos a médio ou longo prazo, como testemunha o seguinte excerto:

“Mudou tudo ou quase tudo. A minha vida antes era uma vida normal, que eu considerava normal. A partir daí foi muito diferente, não posso combinar nada porque não sei o futuro. Isto custa muito, então a vida passa a ser muito diferente.” (C1)

Apenas um dos elementos do grupo dos companheiros referem que com o Cancro da Mama veio também o fim da tranquilidade:

“De positivo retiro muito pouco ou mesmo nada, sobretudo porque o cancro da mama veio acabar com a paz e a tranquilidade que tínhamos. Vivíamos de forma confortável, embora não luxuosa, e apesar de tudo éramos felizes à nossa maneira. Com a chegada do cancro houve dificuldade em redefinir papéis, houve stresse e preocupação” (C20)

Em suma, a análise do conteúdo desta categoria ressalta a capacidade que a maioria dos participantes, mesmo vivenciando esta experiência traumática que é o Cancro da Mama, demonstrou em identificar aspectos positivos a ele associados. Estes aspectos indicam que nestes indivíduos este acontecimento traumático contribuiu em certa medida

para o seu crescimento pessoal e permitiu que ambos ultrapassassem de forma saudável este problema (Weiss, 2004 cit in Corney, 2005). Essa capacidade manifestada pelos casais impele, como refere Dias *et al.* (2001 cit in Ramos & Patrão, 2005) para o fortalecimento da sua relação com consequente aumento da comunicação e intimidade entre os cônjuges.

Estes casais, tal como nos estudos de Manne *et al.* (2004), descrevem efeitos positivos que se enquadram como fazendo parte do crescimento pós-traumático entre os quais a aquisição de comportamentos mais saudáveis, o desenvolvimento de relações mais próximas com os outros e maior gosto pela vida.

Os resultados obtidos vão de encontro também ao defendido por Melo *et al.* (1999) que refere que apesar do impacto inicial da doença, esta representa um elo de união para a família. Também os estudos realizados por Lichtman, Taylor e Wood (1987) e O'Mahoney e Carrol (1997 cit in Ramos & Patrão, 2005), quando defendem que a maioria dos casais apresenta um bom ajustamento marital após o diagnóstico de cancro chegando mesmo alguns a sentir melhoria na qualidade da relação, assumem relação com o presente estudo uma vez que o maior número de referências positivas obtidas expressas em indicadores também eles referentes a um balanço positivo, foram as que assumiram maior expressão.

Categoria Expectativas de Vida

A experimentação do Cancro da Mama impele a reestruturação dos pensamentos e desejos pelo que importou a compreensão das expectativas de vida das mulheres e dos seus companheiros quando vivenciada esta experiência. Uma vez questionado “O que espera agora do futuro?” foram obtidas referências reunidas em indicadores que são apresentados no Quadro 13.

As referências enunciadas pelas mulheres e que permitiram a elaboração dos indicadores, reflectem as expectativas que estas possuem para o futuro. Constituem a manifestação dos seus anseios mais genuínos e intimistas e incidem na

aquisição/manutenção da saúde (n=7), no aproveitamento de cada dia (n=5), na possibilidade de continuar a criar os filhos e assim acompanhar o seu crescimento (n=5) e na possibilidade de continuar a desfrutar da companhia do cônjuge (n=2). Incluem também o desejo de serem capazes de enfrentar o futuro (n=1), de realizar a reconstrução mamária (n=1) e o desejo do fim do sofrimento (n=1).

Quadro 13 – Indicadores da Categoria de Análise Expectativas de Vida

Categoria de Análise Expectativas de Vida	
Indicadores mulheres	Indicadores companheiros
Ter saúde (n=7)	Que a minha companheira tenha saúde (n=8)
Aproveitar cada dia (n=5)	Aproveitar cada dia (n=7)
Criar os filhos (n=5)	Desfrutar da companhia da companheira (n=3)
Desfrutar da companhia do cônjuge (n=2)	Que a minha companheira seja capaz de enfrentar
Ser capaz de enfrentar o futuro (n=1)	o futuro (n=2)
Realizar a Reconstrução mamária (n=1)	Criar os filhos juntos (n=1)
Desejar o fim do sofrimento (n=1)	

O indicador “Ter Saúde” foi o mais referenciado pelas mulheres e revela o desejo de manterem o seu estado de saúde, um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença (Organização Mundial de Saúde, s.d. cit in Segre & Ferraz, 1997). Esta expectativa encontra-se expressa nos seguintes excertos:

“Ter saúde, não peço mais do que a que tenho, nos últimos cinco anos até tenho vivido com qualidade.” (M15)

“Que corra tudo bem, que não tenha mais nenhum problema e que tenha saúde.” (M18)

“Que Deus Que Deus me dê Saúde enquanto eu viver para não ficar dependente dos outros e viva feliz.” (M1)

Imediatamente após o indicador “Ter saúde” foram mais referenciadas (n=5) as expectativas referentes ao “Aproveitar cada dia” e “Criar os filhos”.

O primeiro indicador atrás referenciado remete-se a conceitos de bem-estar associado à valorização dos acontecimentos quotidianos e dos momentos felizes a ele inerentes, acompanhados da consciência de que a vida é finita e portanto urge desfrutar cada dia como o último. Foram testemunhos que permitiram a elaboração do indicador:

“Vivo a vida com intensidade.” (M3)

“No futuro, espero poder passear, quando estou cansada descanso, mas quando posso, passeio.” (M8)

“Vejo um dia de cada vez, não faço projectos a longo prazo.... Que as doenças fiquem por aqui, que tenha um futuro risonho, que é isso que eu tenho falta. Que seja vitorioso e que tudo o que tive de passar se torne em vitórias.” (M16)

O indicador “Criar os filhos” é revelador da vontade de continuar a acompanhar o crescimento dos filhos, pessoas pelas quais estão estabelecidas relações afectivas fortes que motivam a sua existência e justificam a luta a travar. Esta vontade encontra-se expressa em comentários efectuados pelas mulheres. São exemplos:

“Ver os meus filhos crescerem e com a vida organizada é o que eu desejo.”(M1)

“Que Deus me dê uns aninhos ainda... O meu maior desejo é ver a minha filha com o curso dela concretizado ...depois o meu segundo sonho maior é o sonho que eu tenho é conhecer os meus netos, para depois ir aí pelos jardins passear os gaiatos.” (M4)

Curiosamente o grupo dos companheiros também referiu expectativas para a sua vida futura muito similares às referenciadas pelas suas mulheres. Com maior numero de

referencias (n=8) surge o indicador “Que a minha companheira tenha saúde” e seguidamente, o indicador “Aproveitar cada dia” com sete referências. Foi também enunciado pelos cônjuges como expectativas de vida “Desfrutar da companhia da minha companheira” (n=3), “Que a minha companheira continue a ser capaz de enfrentar o futuro” (n=2) e por último “Criar os filhos juntos” com uma referência.

Desta forma, a saúde da sua mulher constitui para a maioria dos homens da amostra a sua maior ambição. Anseiam o seu bem-estar completo também para dar fim a todo o sofrimento causado pela vivência do Cancro da Mama e também em última instância para que possam continuar juntos uma vez ultrapassado esse sofrimento. São excertos que o comprovam:

“O que espero do futuro é ir vivendo com calma, que ela dure muitos anos com saúde e continuemos juntos.” (C11)

“Espero que a minha mulher vença a doença definitivamente e que tenha muitos anos de vida e tudo acabe bem.” (C13)

“Que ela tenha saúde para viver muitos e bons anos.” (C19)

O indicador “Aproveitar cada dia” que surge imediatamente a seguir no que se refere ao número de referências proferidas pelos cônjuges, revela um desejo de viver intensamente o dia-a-dia, aproveitando e desfrutando do melhor dele sempre com a consciencialização da sua finitude. Os excertos seguidamente apresentados manifestam essa tentativa de aproveitar o melhor de cada dia, evitando a execução de planos a médio/longo prazo.

“Futuro...viver o melhor possível dentro das nossas possibilidades um dia de cada vez. Não fazer grandes planos, já vimos que não dá... O dia mais longe é o amanhã e logo se vê. Viver um dia de cada vez o melhor possível.” (C10)

“O futuro, como já disse, não há futuro, para nós não há futuro, é o hoje, é o hoje e o amanhã há-de vir... Aproveitar o máximo da vida... para podermos desfrutar de algumas coisas que nós mais gostamos. Mas depois disto tudo passar penso que vamos ter uma vida boa, vamos durar mais uns 60 anos ao lado um do outro.” (C5)

“ Viver cada dia da melhor maneira possível, e dar valor ao que é mais importante, a família e amigos. Viver com tranquilidade, paz e amor.” (C3)

Desta forma e agora analisando comparativamente os dois grupos que constituem a amostra é possível verificar que ambos os elementos do casal estão de perfeito acordo relativamente ao que esperam para a sua vida futura. A saúde surge definitivamente em primeiro lugar sobretudo porque será a sua re aquisição e estabelecimento o principal impulsionador da qualidade de vida do casal e do desfecho positivo que culmina com o processo de ajustamento à doença. O facto de a saúde ser mais vezes referenciada por ambos os elementos, vem assim ao encontro do defendido por Dorvan et al. (1989 cit in El- Sharkawi et al., 1997) que atribuem à Saúde, seja ela objectiva ou subjectiva, o papel de principal componente da qualidade de vida.

O “aproveitar cada dia” assume relação com a vontade de experimentar com frequência emoções positivas e relações familiares e sociais também elas positivas, e em última instância com a aquisição do bem-estar subjectivo, um estado afectivo duradouro precedido como Conton (2005, cit in Jesus, 2006) refere, de variáveis predictoras como o optimismo, auto-estima positiva, extroversão, sentido de controlo percebido e sentido de significado e propósito de vida. Estas variáveis integram o indicador “Aproveitar cada dia” e são todas elas procuradas pelos elementos do casal, pelo que assume significado a sua referenciação com frequência.

A análise das expectativas de vida apontadas quer pelas mulheres quer pelos seus companheiros, permite também aferir a adequação e exequibilidade das mesmas, um critério importante como refere Wan et al. (1997, cit in Ribeiro, 2002) para a melhoria da qualidade de vida. De facto o estabelecimento destas expectativas adequadas e exequíveis que ambos os elementos efectuaram contribuem para a aquisição do BES, sempre que estes se aproximem dessas metas definidas (Simões et al., 2003).

De referir que bibliograficamente não foram encontrados estudos que abordassem as expectativas de vidas das mulheres e respectivos cônjuges pelo que não foi possível comparar os resultados obtidos com outros estudos científicos.

Categoria de Análise Reacções Face ao Diagnóstico

A categoria *Reacções Face ao Diagnóstico* inclui referências relativas aos sentimentos, emoções e reacções percebidas pelas mulheres e pelos cônjuges aquando do diagnóstico do Cancro da Mama. Assume significado o seu estudo para a presente investigação pela capacidade que o Cancro da Mama possui para, tal como Davidoff (2001) refere, se constituir como um elemento perturbador das emoções.

A partir das referências obtidas foram elaborados indicadores apresentados no quadro 14 que sintetizam a diversidade das reacções expressas pelos participantes.

A análise dos indicadores delineados a partir das referências expressas pelas mulheres, permite em primeiro lugar inferir que as suas reacções não foram todas negativas como se poderia considerar *a priori* pela gravidade da doença, tendo havido mesmo cinco referências que expressam reacções positivas. Apesar disso há que constatar que a grande maioria das referências reportam-se a reacções negativas, apontando para estados interiores caracterizados por pensamentos, sensações, reacções fisiológicas negativas ou então para o comportamento expressivo específico também ele negativo. O indicador “Pensamentos sobre morte” é aquele que reúne maior número de referências (n=7), seguido de

“Optimismo” (n=5), e do “Choque” (n=5). Foi enunciado pelas mulheres também referências relativas ao “Medo” (n=3) e ao “Isolamento” (n=2).

Quadro 14 – Indicadores da Categoria Reacções face ao Diagnóstico

Categoria de Análise Reacções face ao Diagnóstico	
Indicadores mulheres	Indicadores companheiros
Pensamentos sobre morte (n=7)	Choque (n=5)
Optimismo (n=5)	Tristeza (n=3)
Choque (n=5)	Optimismo (n=3)
Medo (n=3)	Medo (n=3)
Isolamento (n=2)	Dor (n=1)
	Desespero (n=1)
	Negação (n=1)

Independentemente das reacções negativas e positivas assumirem as listas cimeiras no que às reacções face ao diagnóstico se refere, todas elas apontam para a ocorrência de emoções aquando do diagnóstico e subsequentemente revelam, como refere Lazarus (1999 cit in Pacheco, 2002) o modo como o indivíduo percepção cada situação e também como pretende enfrentá-la.

A maioria das mulheres percepção com a notícia do diagnóstico a morte, vivenciando o medo relativo à finitude da sua vida. Para Dias et al. (2002) este medo é frequente e distingue-se, segundo Strongman (2004) da ansiedade por ter um objecto real conhecido e objectivo, o Cancro da Mama. Assume significado pela elevada taxa de mortalidade feminina a ela inerente e também pelo estigma de doença inglória e fatal (Weitherman, 2000). Os seguintes excertos são testemunho do atrás exposto:

“Senti que a minha vida iria alterar, tudo em torno de mim, os meus filhos iriam ficar sem mim, pois poderei morrer, não era ainda o meu momento! Senti-me

desiludida com a vida, ao fim de tantos anos, poderia tentar ainda ter alguma sorte em viver em paz e sossego, e desta maneira não seria possível.” (M12)

“Assim que soube do diagnóstico senti uma revolta imensa.... Só queria morrer, eu sabia que iria morrer de qualquer forma mesmo e portanto para quê sofrer? O cancro da mama trouxe consigo a morte nua e crua!” (M20)

O indicador “Optimismo”, por cinco vezes referenciado, assume significado pois já teoricamente é defendido por Cordova et al. (2001 cit in Patrão & Leal, 2004) que existem mulheres que têm a capacidade de atribuir conotação positiva à doença. São mulheres que encaram o diagnóstico da doença, como uma transição psicossocial e simultaneamente um crescimento.

As mulheres que manifestaram referências relativas a este indicador expressam com clareza que, apesar dos aspectos negativos percebidos *a priori* facilmente encararam a doença como transitória e ultrapassável como testemunham os seguintes excertos:

“Fiquei um pouco preocupada, mas como sou uma pessoa positiva tentei não pensar o pior, mas sim que iria ficar bem.”(M2)

“Pensei logo que ia para o médico, ia ser operada, que me caia o cabelo, que fazia radioterapia, quimioterapia e que ia vencer o cancro. Foi o que eu pensei.”(M9)

“ Encarei bem, e encarei bem por isto, é uma doença que sempre se tem ouvido falar, ninguém está livre de lhe acontecer, portanto eu penso assim, se me aconteceu, tenho é de me tratar, se me sair bem, que é o que me tem acontecido até agora, tudo bem, se sair mal, nós nascemos e morremos, é a ordem natural da vida.”(M8)

De referir apenas que estas mulheres são aquelas em que se adivinha um maior potencial de crescimento pós-traumático, ou seja, segundo Tedeschi e Calhoun (1996 cit in

Manne et al., 2004) que possuem uma maior capacidade de vir a experienciar mudanças positivas após a vivência do evento traumático.

O “choque” também por cinco vezes referenciado pelas mulheres como a reação experienciada aquando do diagnóstico, surge como uma reação de surpresa implícita a quem não se auto-consciencializou da possibilidade da doença e assume manifesta ligação com a imprevisibilidade das mudanças que se adivinham e que potenciaram alterações na conduta diária. São exemplos de reações de choque face ao diagnóstico os dois excertos que se seguem:

“ Ainda me custa a falar disso... horrível. Um choque, foi um choque horrível. Parecia que tinha levado uma chicotada.” (M11)

“Foi um grande choque quando me disseram que eu tinha um tumor... fiquei sem falar, nem conseguia engolir, mas pronto, depois as coisas tiveram de ser encaradas e pronto.” (M19)

A análise das referências expressas pelos companheiros e que permitiram a elaboração dos diversos indicadores manifesta-se heterogénea, não existindo nenhum indicador que se destaque comparativamente aos outros. Foram apontadas como reações face ao diagnóstico, tendo dado substância a seis indicadores o “Choque” (n=5), a “Tristeza” (n=3), o “Optimismo” (n=3), o “Medo” (n=3), a “Dor” (n=1), o “Desespero” (n=1) e a “Negação” (n=1). Apesar dos indicadores serem diferentes quando comparados com os enunciados pelas mulheres, a sua análise permite inferir que tal como no grupo das mulheres são aqueles que incluem referências relativas a reações negativas os mais enunciados, tendo sido elaborado apenas um indicador positivo “optimismo” que inclui somente três referências.

O indicador “choque” e “tristeza” foram aqueles que reuniram maior número de referências por parte dos cônjuges. O choque assume relação, tal como na mulher, com a incapacidade de, imediatamente após a notícia do diagnóstico do Cancro da Mama, de elaborar mentalmente uma avaliação em que se decide se foge, nega a ameaça, ou procura alterar as circunstâncias (Ferreira, 2003). *A priori* esse processo parece constituir-se como demasiado difícil e o indivíduo experiencia o choque. Ao choque parecem estar associados sentimentos de horror e desamparo que atingem o seu pico no momento do diagnóstico (Castro & Maia, 2004).

São comentários proferidos pelos cônjuges em que é referenciado terem experienciado o choque:

“é um choque muito grande... ela foi à Psicóloga para lhe ajudar, mas eu também precisava de ajuda...mas não se dá muita atenção ao marido.” (C10)

“Parece que o mundo vai acabar naquele momento, naquela hora. E o futuro, a gente deixa de perceber o futuro disso tudo.” (C5)

“ Fiquei muito surpreendido.” (C19)

A “tristeza” foi o indicador também mais vezes referenciado (n=3) e refere-se a uma emoção negativa, a menos tensa das emoções negativas, tal como é apontado por Stearns (1993 cit in Strongman, 2004). A tristeza, segundo este autor é circunstancial, implica perda e tem o efeito de abrandar o sistema, promovendo a reflexão. Lazarus (1999 cit in Vaz Serra, 1999) partilha esta opinião, referindo que a tristeza suscita uma estratégia de inacção que tem finalidades reparadoras. Para Strongman (2004) esta emoção referenciada pelos cônjuges indica que o seu *self* precisou de ajuda, auto-consciencializa-os de que eles não são responsáveis pelo que aconteceu e expressa também que a situação mesmo que grave é reversível.

São excertos que apontam para a vivência da tristeza face ao diagnóstico:

“Quando soube foi pouco tempo antes da operação ... deixou-me um pouco triste.”
(C18)

“Fiquei triste e preocupado, mas com fé, que tudo ia dar certo, tinha de dar certo não é, somos novos, temos filhos...” (C15)

Os restantes indicadores apontados tal como o “optimismo”, o “medo”, a “dor” e a “negação” também surgem em contexto teórico. O optimismo surge associado à capacidade de experimentar pensamentos e emoções positivas que despoletam, segundo Ribeiro (2006) variáveis que actuam no sentido de enfrentar a doença. Revela portanto crescimento e sugere *eustress*, ou seja, a percepção do acontecimento stressor como um desafio que contribui para a sua realização pessoal.

O medo, sentimento de viva inquietação perante a noção do perigo real ou imaginário (Ferreira, 1993 cit in Regis & Simões, 2005) surge associado ao objecto real que é o Cancro da Mama e manifesta-se nas suas mais variadas formas nomeadamente, medo do sofrimento físico (Voog et al., 2005 cit in Segrin et al., 2007), medo da progressão da doença (Shands et al., 2006) e o medo da morte (Dias et al., 2002). Pode gerar, de acordo com Lazarus (1999 cit in Vaz Serra, 1999) estratégias de evitamento ou fuga que permitem evitar ou fugir de uma ameaça real.

Para Stuart e Laraia (2001), pode existir uma estreita correlação entre stresse e conflito e o início ou exacerbação da dor. A dor referida pelos companheiros pode ser entendida como dor emocional manifestando um estado interior de desconforto psicológico e pesar pelo sucedido com quem tem estabelecido uma relação afectiva forte.

A “negação” que um dos companheiros refere ter vivenciado aquando do diagnóstico aponta para o distress funcional, ou seja, para a percepção do acontecimento stressor como

negativo e subsequente resolução desgastante (Pacheco, 2002). Trata-se de um mecanismo de defesa do cônjuge que ao invés de procurar alterar as circunstâncias, nega a ameaça (Ferreira, 2003).

Desta forma, comparando os resultados obtidos com o estudo de Talhaferro *et al.* (2007) em que se observou que as mulheres no momento do diagnóstico sentiram medo da morte e desespero e os homens o que mais verbalizaram foi o medo da morte, parece existir uma relação mais forte no grupo das mulheres do que nos homens. De facto, também no presente estudo os pensamentos acerca da morte constituíram o indicador mais referenciado pelas mulheres, assumindo intrínseca relação com o medo da morte apontado pelos autores supracitados. Já no grupo dos homens o medo da morte não foi o mais apontado como no estudo referido anteriormente, mas antes o choque e a tristeza. Apesar disso e se atentarmos aos excertos obtidos, estes sentimentos/reacções incluem sempre, ainda que de forma implícita, a possibilidade de morte das mulheres pelo que se pode supor que ainda que não verbalizassem de forma explícita esse medo está presente.

CAPÍTULO V – CONCLUSÕES

O Cancro da Mama é um acontecimento traumático que afecta mulheres e cônjuges e que exige deles esforços de adaptação que incluem a reestruturação de regras, papéis e funções (Dias *et al.*, 2002).

Ambos vêm colocada à prova a sua relação afectiva e muito particularmente a coesão desta, e são impelidos a modificar interesses, tempos livres e a reapercepcionar o modo como olham para si, para o seu cônjuge, para a família e em última instância para o Mundo.

Visando a compreensão do impacto do Cancro da Mama na dinâmica conjugal bem como os processos de ajustamento/adaptação desenvolvidos, o estudo incide na análise em espelho de categorias como a Relação Conjugal, Imagem Corporal, Balanço de Vida, Expectativas de Vida e Reacções face ao Diagnóstico.

O estudo revelou que a maioria dos casais entrevistados adoptaram a Comunicação Construtiva Mútua como o estilo de comunicação na sua relação conjugal, mas também foram identificados casos de Procura/Evitamento e de Evitamento Mútuo ainda que constituindo uma minoria em ambos os grupos.

Em relação ao apoio do cônjuge, a maioria das mulheres considera que este reflectiu-se de forma positiva na sua Saúde, constituiu um incentivo à sua recuperação e contribuiu para o processo de ajustamento/adaptação à doença. A restante amostra referiu que o apoio prestado pelo seu companheiro foi insuficiente. Quanto aos companheiros verificou-se que a grande maioria possui a auto-percepção do apoio efectivo que prestaram às suas mulheres e que denuncia o estabelecimento de um compromisso activo com as mesmas.

A maioria dos elementos dos dois grupos que constituem a amostra do estudo, considera que a intimidade na sua relação não se modificou com a vivência do Câncer da Mama. Outros porém, enunciaram a ocorrência de mudanças negativas transitórias ou persistentes ou então a experiencição de mudanças positivas com conseqüente aumento da intimidade/proximidade do casal. No estudo foi observável que dos indivíduos que referenciaram terem ocorrido mudanças positivas, foram os companheiros que mais enunciaram a melhoria da intimidade com as suas esposas.

Relativamente às expectativas do cônjuge, verificou-se no estudo que enquanto as mulheres julgam que os maridos desejam amizade e companheirismo, estes por sua vez acreditam que as suas mulheres esperam deles presença e companheirismo.

Quanto à percepção da imagem corporal, verificou-se que a este nível não existem discrepâncias significativas entre a percepção das mulheres relativamente à sua imagem corporal e a percepção dos cônjuges acerca da imagem corporal percebida pelas suas mulheres. A maioria das mulheres referem ter ocorrido repercussões na sua auto-imagem e a maior parte dos cônjuges possui essa mesma percepção.

O estudo revelou também que uma expressiva maioria das mulheres acreditou que as alterações do seu corpo após os tratamentos não incomodaram os seus cônjuges, crença essa que assume significado para os companheiros. No estudo a totalidade dos companheiros referiu mesmo que as alterações do corpo das suas mulheres não os incomodaram.

Chegada a hora da execução de um Balanço de Vida, ambos os grupos enunciaram mais referências positivas do que negativas, o que impele um balanço positivo com conseqüente introspecção do acontecimento traumático como potenciador do crescimento pessoal e do fortalecimento da relação.

Relativamente às Expectativas de Vida verificou-se que as expectativas são similares nos dois grupos, sendo que a principal expectativa, quer das mulheres, quer dos

seus companheiros, é a aquisição/manutenção da Saúde, principal condição para o restabelecimento do equilíbrio e resolução da crise.

O diagnóstico sempre assustador pelo temor da morte a ele associado, causou maioritariamente reacções negativas no grupo das mulheres. Apesar disso, ainda que em minoria foram também expressas reacções positivas em que as mulheres consideram encarar a doença como uma transição. O mesmo aconteceu com os companheiros que maioritariamente referem ter experimentado reacções negativas, sendo as reacções positivas expressas em minoria.

Este estudo apresenta algumas limitações, que dizem respeito à sua natureza qualitativa, nomeadamente o facto de não ser possível generalizar os resultados obtidos a toda a população devido à reduzida amostra.

Como dificuldades do estudo refere-se a complicada reunião da amostra pretendida, a abordagem directa de uma temática tão íntima e associada a momentos dolorosos com os casais e os insuficientes estudos que analisam as perspectivas do cônjuge aquando da vivência do Cancro da Mama.

Para futuras investigações considera-se de interesse estudar a população das mulheres cujo divórcio ocorreu após o Cancro da Mama, com o objectivo de compreender a correlação existente entre estas duas dimensões. Esse estudo, em certa medida, completaria o presente pela incidência sobre uma amostra complementar da estudada nesta investigação.

Para finalizar, com o presente estudo evidencia-se a necessidade de desenvolver condutas flexíveis e inovadoras por parte dos profissionais de saúde aquando da sua intervenção com os casais que experienciam esta doença. Urge serem planeadas abordagens direccionadas para a promoção de casais saudáveis, com o conhecimento de que a mulher é afectada pela doença, mas também o seu cônjuge, elemento de primordial importância para o processo de ajustamento/adaptação. Neste sentido as intervenções a

adotar devem ser desenvolvidas para ambos os cônjuges e devem alertá-los para a importância do estabelecimento de uma comunicação aberta, com partilha de emoções, medos e expectativas que cada um tem sobre o outro. Importa também um estudo mais aprofundado sobre esta temática no sentido de melhorar as intervenções e consequentemente promover a delimitação de estratégias e condutas potenciadoras da reestruturação de papéis, responsabilidades e funções e em última instância da reorganização da dinâmica do casal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahn, S. H.; Park, B. W.; Noh, D. Y.; Nam, S. J.; Lee, E. S.; Lee, M. K. ; Kim, S. H.; Lee, K. M.; Park, S. M. & Yun, Y. H. (2007). *Health-related quality of life in disease-free survivors of breast cancer with the general population. Annals of Oncology, 18*, 173-182.
- Alarcão, M. (2000). *(des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Álvarez, A., Carreras, I., Eguino, A., Fernández, A., Garcia, G., Marques, C. & Pascual, C. (2002). Câncer de mama: um guia prático. Madrid: Asociación Española Contra el Câncer.
- American Cancer Society (2007). *Breast Cancer Facts & Figures 2007-2008*.
- Aspinwall, L. & MacNamara (2005). Taking positive changes seriously: toward a positive psychology of cancer survivorship and resilience. American Cancer Society. *Cancer supplement, 104*, 11, 2549-2556.
- Baltar, M., Ribeiro, J. L. P. & Torres, A. F. (2004). Qualidade de vida, respostas emocionais e de coping em mulheres com Cancro da Mama Ginecológico. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança*, in Ribeiro, J. L. P. & Leal, I. (coord.). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada: 381- 387.
- Biffi, R. G. & Mamede, M. M. (2004). Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38,3.

- Blom, T. & Bijk, L. (2007). The role of attachment in couple relationships described as social systems. *The Association for Family Therapy and Systemic Practice*. Oxford: 29, 69-87.
- Cahoon, M. (1982). *Enfermagem Oncológica*. (4ªed). Mem Martins: Publicações Europa-América Lda.
- Carr, A. (2004). *Positive Psychology- the science of hapiness and human strenghts*. New York: Brunner- Routjedge.
- Carver, C. S.; Pozo-Kaderman, C. ; Price, A. A.; Noriega, V.; Harris, S. D.; Derhagopian, R. P.; Robinson, D. S. & Moffat, F. L. (1998). Concern About Aspects of Body Image and Adjustment to Early Stage Breast Cancer. *Psychosomatic Medicine*. 60, 168-174.
- Castro, S. A. & Maia, Â. C. (2004). Perturbação de pós-stress traumático no cancro: uma revisão da literatura. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança*, in Ribeiro, J. L. P. & Leal, I. (coord.). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada: 517- 522.
- Chambers, P. (1996). *Understandig breast reconstruction*. Londres: Bacup.
- Corney, R. (2005). The impact of breast cancer on couple satisfaction and quality of life: a review of the literature. *One Plus One*. s.p.
- Davidoff, L. L. (2001). *Introdução à Psicologia*. (3ªed) São Paulo: Makron Books.
- Dias, M. (1997). *A esmeralda perdida: a informação ao doente com cancro da mama*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Dias, M. R.; Manuel, P. , Xavier, P. & Costa, A. (2002). *Territórios da Psicologia Oncológica*, In Dias, M. & Durá, E. (coord.). Lisboa: Climepsi: 303 – 320.
- Dorval, M. ; Guay, S.; Mondor, M.; Mâsse, B; Falardeau, M; Robidoux, A.; Deschênes, L. & Maunsell, E. (2005). Couples Who Get Closer After Breast Cancer: Frequency and

- Predictors in a Prospective Investigation. *Journal of Clinical Oncology*. 23 (15), 3588-3596.
- Dunn, J. ; Steginga, S.; Occhipinti, S. & Wilson, K. (1999). *Evaluation of a peer support program for women with breast cancer- lessons for practitioners. Journal of Community & Applied Social Psychology*, 9, 13-22.
- El-Sharkawi, F.M.; Sakr, M. F. ; Atta, H. Y. & Ghanem, H. M. (1997). Effect of different modalities of treatment on the quality of life of breast cancer patients in Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 3 ,1. 68-81.
- Feldman, R. S. (2001). *Compreender a Psicologia*. (5ªed.). Amadora: McGraw Hill.
- Ferreira, J. M. (2003). *Stress Traumático: aspectos teóricos e intervenção*, in Pereira, M. G & Ferreira, J. M. (coord). Lisboa: Climepsi. 55 – 90.
- Figueiredo, Cândido (1996a). Grande Dicionário da Língua Portuguesa.(25ªed, vol I). Venda Nova: Bertrand Editora.
- Figueiredo, Cândido (1996b). Grande Dicionário da Língua Portuguesa.(25ªed, vol II). Venda Nova: Bertrand Editora.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). *Coping : Pitfalls and Promise*. Annu. Ver. Psychol., 55, 745-774.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ªed). Loures: Lusociência.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 56,3, 218-226.
- Galinha, I. & Ribeiro, J. L. P. (2005) História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6,2, 203-214.
- Gonçalves, F. (2002). *Controlo de sintomas no cancro avançado*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Harrison, (1999). *Medicina Interna: compêndio*. (14^a ed.). Alfragide: Editora McGraw-Hill.
- Helgesson, O.; Lissner, L. ; Mansson, J. & Bengtsson, C. (2007). Quality of life in cancer survivors as observed in a population study of Swedish women. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 220-225.
- Herranz, M. (2001). Autoexploração mamaria, nova controversia se deve suprimir o mudar o conceito. *Senologia*, 14 (3), 91-92.
- Hinnen, C.; Hagerdoorn, M.; Sanderman, R. & Ranchor, A.V. (2007). The role of distress, neuroticism and time since diagnosis in explaining support behaviors in partners of women with breast cancer: results of a longitudinal analysis. *Psycho-Oncology*.16.913-919.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Estatísticas da Saúde 2001*. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística.
- Iwamitsu, Y; Shimoda, K. ; Abe, H.; Tani, T.; Okawa, M. & Buck, R. (2005). Anxiety, Emotional Suppression and Psychological Distress Before and After Breast Cancer Diagnosis. *Psychosomatics*. 46, 1, 19-24.
- Jacob, S. W. ; Francone, C. A. & Lossow, W. J. (1980). *Anatomia e Fisiologia Humana*. (4^aed). Rio de Janeiro: Interamericana.
- Jesus, S. N. (2006). Bem-estar em Psicologia da saúde. In Leal, I. (coord.). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto. 81- 99.
- Jim, H. S.; Purnell, J. Q.; Richardson, S. A. ;Golden-Kreutz, D. & Andersen, B. (2006). *Measuring Meaning in Life following Cancer*. Ohio State University. Texto não publicado.
- Lawson, A. & Lawson, J. (2000). *Cancro da mama: pode prevenir-se?*. Amadora: Editora McGraw. H. H. de Portugal, Lda.

- Lobuono, C. (2002). Como realizar um exame clínico da mama eficaz. *Patient Care*, 73 (7), 40.
- Malin, T. & Birch, A. (2005). *Introductory Psychology*. New York: palgrave.
- Manne, S. L.; Norton, T. R. ; Winkel, G. ; Ostroff, J. S. & Fox, K. (2007). Protective Buffering and Psychological Distress Among Couples Coping With Breast Cancer: The Moderating Role of Relationship Satisfaction. *Journal of Family Psychology*. 21.3.380-388.
- Manne, S.; Ostroff, J.; Winkel, G.; Goldstein, L.; Fox, K. & Grana, G. (2004). *Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner and couple perspectives. Psychosomatic Medicine*. 66. 442-454.
- Mantani, T; Saeki, T.; Inoue, S.; Okamura, H.; Daino, M.; Kataoka, T.; Yamawaki, S. (2007). Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands : role of alexithymia and family functioning. *Support Care Cancer*, 15 , 859-868.
- Marques, S. D. J. & Ledo, V. L. L. (2003). Impacto emocional da mastectomia na mulher. *Nursing*, 173, 7-10.
- Melo, E. M.; Silva, R. M.; Fernandes, A. F. C. (2005). *O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy*. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 5 (3): 219-225.
- O'Mahoney, J.M.& Carroll, R.A. (1997). The Impact of Breast Cancer and its treatment on marital functioning. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 4 (4) 397-415.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pacheco, J. E. P. (2002). *Stress e Coping nos Estudantes do Ensino Básico*. Faro: Universidade do Algarve.

- Parahoo, K. (1997). *Nursing Research Principles, Process and Issues*. London: Macmillan.
- Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde e Doenças. Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (1), 53-73.
- Pereira, M. G. & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Climepsi. Lisboa.
- Philip, T. (2003). La lutte contre le cancer prend un nouvel essor. *Soins*, 673, 24 – 25.
- Phipps, W. J., Sands J. K., & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pisco, R. M. A. (2006). Relação de Ajuda à Mulher com o diagnóstico de Cancro da Mama. *Sinais Vitais*. Coimbra: Formasau. (69) 35-38.
- Quartana, P. Laubmeier, K.; Zakowski, S. (2006). Psychological adjustment following diagnosis and treatment of cancer: na examination of the moderating role of positive and negative emotional expressivity. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 5, 487-498.
- Ramos, A. N. & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3. 295-304.
- Ramos, D. & Rothschild, H. (1995). *Manual prático de diagnóstico e tratamento*. (17ª ed.) Rio de Janeiro: Artes Médicas.
- Redfield, C. S. & Molbo, D. M. (1995). Intervenções em Pessoas com Problemas da Mama. *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (2ªed.), In Phipps, W. J.; Long, B. C.; Wodds, N. F. & Cassmeyer, V. L. (coord). Lisboa: Lusodidacta.
- Regis, M. F. S & Simões, S. M. F. (2005). Diagnóstico de Câncer de Mama: Sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. *Revista Electrónica de Enfermagem*.7,81-86.
- Ribeiro, J. L. P. (2002). *Territórios da Psicologia Oncológica*, in Dias, M. & Durá, E. (coord.). Lisboa: Climepsi.

- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J.L.P (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social. *Análise Psicológica*. 547-558.
- Romero, C., Lindsay, J. E., Dalton, W. T., Nelson, D. V., Friedman, L. C. (2007). Husbands' perception of wives' adjustment to breast câncer: the impact on wives' mood. *Psycho-Oncology* . s.p.
- Sampaio, A. C. P. (2005). Mulheres com Câncer de Mama: Análise Funcional do Comportamento Pós-Mastectomia. Tese de Mestrado (Mestrado em Psicologia Clínica – PUC-Campinas). Campinas. 87.
- Santos, C. ; Ribeiro, J. P. & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4, 2, 185-204.
- Schover, L. R. (2008). The impact of Breast Cancer on Sexuality, Body Image and Intimate Relationships. *CA - A Cancer Journal for Clinicians*. 41, 112- 120.
- Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (1997). *Anatomia & Fisiologia*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Segre, M. & Ferraz, F. C. (1997). *O conceito de Saúde*. Revista Saúde Pública. 31.5.538-542.
- Segrin, C. ; Badger, T; Dorros, S. M. ; Meek, P & Lopez, A. M. (2007). Interdependent anxiety and psychological distress in women with breast cancer and their partners. *Psycho-Oncology*. 16. 634-643.
- Shands, M. E.; Lewis, F.M.; Sinsheimer, J. & Cochrane, B.B. (2006). Core Concerns of Couples living with early stage Breast Cancer. *Psycho-Oncology*. 15. 1055-1064.
- Shapiro, S. L. ; Lopez, A. M.; Schwartz, G. E.; Bootzin, R.; Figueredo, A. J.; Braden, C. J. & Kurker, S. F. (2001). Quality of life and Breast Cancer:relationship to Psychosocial Variables. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 4 , 501-519.

- Simões, A.; Ferreira, J. A. G. A. ; Lima, M. P.; Pinheiro, M. R. M. M.; Vieira, C. M. C.; Matos, A. P. M.; Oliveira, A. L. (2003). *O bem-estar subjectivo dos adultos: Um estudo transversal*. Revista Portuguesa de Pedagogia, 37, 1, 5- 30.
- Souza, R. R. (2001). *Anatomia Humana*. Barueri: Editora Manole.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. (2ª ed). Lisboa: Lusociência.
- Strongman, K. T. (2004). *A Psicologia da Emoção*. (2ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Stuart, G.W. & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. (6ªed). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Talhaferro, B.; Lemos, S. S. & Oliveira, E. (2007). *Mastectomia e suas consequências na vida da mulher*. Arq. Ciências da Saúde. 14 (1). 17 – 22.
- Tapadinhas, A. R. (2004). Alterações do humor face ao adoecer da mama. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança*, in Ribeiro, J. L. P. & Leal, I. (coord.). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada: 551- 557.
- Tavares, J. S. & Trad, L. A. B. (2005). Metáforas e significados do cancro de mama na perspectiva de cinco famílias afectadas. *Caderno de Saúde Pública*. 21, 2, 426-435.
- Tenenbaum, S. (2000). *Viver bem a vida de casal: afectividade psicologia*. Porto: Ambar.
- Urcuyo, K.; Boyers, A.; Carver, C.; Antoni, M. (2005). *Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping and concurrent well-being*. *Psychology and Health*, 20, 2, 175-192.
- VanderZee, K; Buunk, B.; DeRuiter, J.; Tempelaar, R.; VanSonderen, E. & Sanderman, R. (1996). Social Comparison and the subjective well-being of cancer patients. *Basic and Applied Social Psychology*, 18, 4, 453-468.
- Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Adriano Vaz Serra.

- Wagner, C. D., Bigatti, S. M. & Storniolo, A. M. (2006). Quality of life of husbands of women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. (15) 109 – 120.
- Walsh, S. R.; Manuel, J. C. & Avis, N. E. (2005). The impact of breast cancer on younger women's relationships with their partner and children. *Families, Systems & Health*.s.p.
- Weithermann, A. (2000). Usando um referencial cultural para cuidar de mulheres que tiveram câncer de mama. *Texto e Contexto*, 2, 673 – 679.
- White, C. A. (2002). *Body Image: a Handbook of theory, research, and clinical practice*, in Cash, T. & Pruzinsky, T. (coord.). New York: The Guilford Press. 379-386.
- Williams, P. L.; Warwick, R. ; Dyson, M. & Bannister, L. H. (1995). *Gray Anatomia*. (37ªed, vol 2). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.