

A VISÃO DO COMPANHEIRO DA MULHER COM HISTÓRICO CÂNCER DE MAMA

THE PARTNER VISION OF THE WOMEN WITH HISTORY OF BREAST CANCER

VISIÓN DEL COMPAÑERO DE LA MUJER CON HISTORIA DE CÁNCER DE MAMA

Sumaya Giarola Cecílio ¹
Jacqueline de Barros Sales ¹
Naiara Pinto Alves Pereira ¹
Luciana de Lourdes Queiroga Gontijo Netto Maia ²

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ),
Campus Dona Lindu/CCO. São João Del-Rei, MG – Brasil.
² Enfermeira. Professora Mestra da UFSJ, Campus Dona Lindu/CCO. São João Del-Rei, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Sumaya Giarola Cecílio. E-mail: sumayacecilio@hotmail.com
Submetido em: 16/02/2012 Aprovado em: 07/11/2012

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, baseado nos depoimentos de companheiros de mulheres com histórico de câncer de mama, do município de Divinópolis-MG. O objetivo foi conhecer o sentimento desses parceiros no processo natural da doença, tratamento e cura. A análise do conteúdo das falas dos parceiros resultou em cinco categorias: os sentimentos vivenciados ao longo do processo natural da doença: a convivência com a companheira mastectomizada, a crença nos avanços da ciência, a confiança depositada na equipe de saúde e a fé como suporte na trajetória da doença para a cura. Como impacto da doença nos parceiros, destaca-se a presença de sentimentos ambíguos, como medo, tristeza, esperança, fé e alegria, de acordo com cada etapa vivenciada. Os resultados estimulam a criação de estratégias de suporte para esses parceiros e para a família na tentativa de conseguir manter uma sólida base familiar que possa assegurar o bom andamento do tratamento e cura dessas mulheres.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Relações Familiares; Cônjuges; Percepção; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

This is a descriptive and qualitative study based on the perceptions of the spouses of women with a history of breast cancer who lives in Divinópolis, Minas Gerais, in order to know the partners' feelings about the natural process of disease, treatment and cure. The content analysis from partners' speeches has resulted in five categories: feelings experienced during natural process of disease, living with a partner submitted to mastectomy, the belief in the progress of science, trust in the health team and faith to support the course from disease to cure. The spouses impact of the disease included the presence of mixed feelings as fear, sadness, hope, faith and joy, according to each step of the experience. The results encourage the development of strategies to support these partners and family members on maintaining the family basis in order to ensure a good progress of treatment and cure for these women.

Keywords: Breast Neoplasms; Family Relations; Spouses; Perception; Qualitative Research.

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo cualitativo a partir del testimonio de compañeros de mujeres con historial de cáncer de mama. La investigación fue realizada en el municipio de Divinópolis, Minas Gerais, con el objetivo de conocer los sentimientos de dichos compañeros durante el proceso natural de la enfermedad, su tratamiento y cura. El análisis del contenido de las declaraciones de los compañeros dio como resultado cinco categorías: sentimientos vividos a lo largo del proceso natural de la enfermedad; convivencia con la compañera mastectomizada; confianza en los avances de la ciencia; confianza en el personal de salud y la fe como apoyo durante el tratamiento de la enfermedad para la cura. Como impacto de la enfermedad en los compañeros se destacan los sentimientos ambiguos como miedo, tristeza, esperanza, fe y alegría, dependiendo de la etapa vivida. Los resultados estimulan la creación de estrategias de apoyo a estos compañeros y sus familias con miras a mantener una base familiar sólida que garantice éxito en el tratamiento y cura de las mujeres.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama; Relaciones Familiares; Esposos; Percepción; Investigación Cualitativa.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de mama é a principal causa de morte por câncer na população feminina,¹ respondendo por 23% dos casos novos a cada ano,² sendo sua taxa de mortalidade elevada, muito provavelmente, porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados.³ Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (Inca), as estimativas de novos casos de câncer de mama são de 52.680 em 2012 para o Brasil, 29.360 para a Região Sudeste e, para o Estado de Minas Gerais, há previsão de serem diagnosticados 4.700 novos casos.

Os fatores de risco referentes a essa neoplasia, segundo o Ministério da Saúde, são, na maioria das vezes, relacionados com a vida reprodutiva da mulher: menarca precoce (antes dos 11 anos), nuliparidade (mulher sem histórico de gestação), primeira gestação acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia, após os 50 anos, e utilização de terapia de reposição hormonal, com destaque para a idade acima dos 50 anos.⁴ O histórico familiar de câncer de mama ou ovário em pelo menos um parente de primeiro grau também é considerado um fator de risco para o desenvolvimento da doença.⁵

A doença é temida pelas mulheres, pois seu processo natural repercute-lhes intensamente na condição física, social e emocional.⁵ As modificações biológicas no corpo da mulher são representadas por: abaulamento da mama, retrações do mamilo, pele com aspecto semelhante a casca de laranja, acompanhado ou não de dor mamária.² Existe ainda a possibilidade de uma mastectomia parcial ou total. Diante disso, a mulher com essa patologia sente dificuldade para se relacionar com seu meio social e familiar.⁶ Cada paciente, porém, vivencia de forma individual a experiência do seu diagnóstico e dos aspectos psicossociais envolvidos nesse processo.⁵ Nesse cenário, a presença da família ganha importância para o enfrentamento dessa doença, atuando como suporte social, visto que essa patologia não é problema somente da mulher, mas de seus familiares, amigos e companheiro.⁶ As autoras apresentam relatos de parceiros mostrando que o suporte social oferecido por eles abrange a demonstração de afeto, compreensão da situação vivenciada, incentivo às estratégias de autocuidado e colaboração nas atividades domésticas.⁶

Com a vivência, esse companheiro não pode ser anulado ou visto apenas como um suporte ideal, mas também como um ser que necessita de amparo e compartilhar o momento com mais pessoas. Esses parceiros têm seu ego atingido pelas ameaças da doença e, assim como sua companheira, pode não ter estrutura emocional suficientemente fortalecida para enfrentar a situação.⁵

Além disso, podem sentir desesperança, impotência, intranquilidade e medo de perder a esposa,⁷ mas tendem a pensar positivamente.⁸

No entanto, a mulher, por ser a portadora da doença, desperta maior interesse dos profissionais da saúde para o desenvol-

vimento de estudos visando à compreensão de seus sentimentos, medos e expectativas. Assim, o foco do tratamento e recuperação psicoemocional é, na maioria das vezes, centrado nessa mulher. Diante dessa realidade, optou-se por dar ênfase à participação do companheiro nesse processo, uma vez que este é participante ativo de todas as etapas vivenciadas pela sua companheira, a saber: diagnóstico, escolha do tratamento, realização da intervenção, acompanhamento e controle de cura. O parceiro precisa ser mais bem compreendido e estudado, porque ele, não menos que a mulher, necessita de um suporte social e um bem-estar psicológico para que possa se sentir preparado para enfrentar juntamente com a mulher todas as etapas desse processo.

A compreensão da experiência dos companheiros ao receberem a confirmação da doença, por exemplo, é um tipo de relação para a qual, no Brasil, ainda existem poucos estudos capazes de auxiliar esse entendimento.⁹

Nesse contexto insere-se este trabalho, cujo objetivo foi conhecer os sentimentos dos(as) parceiros(as) de mulheres com histórico de diagnóstico, tratamento e cura de câncer de mama.

Espera-se que os dados deste estudo permitam fazer com que os profissionais de saúde, principalmente da enfermagem, reflitam sobre o assunto e identifiquem estratégias de suporte a essa clientela e ainda atentem para a qualificação profissional no intuito de criar maneiras efetivas de suporte a esses companheiros.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo-exploratório, baseado em entrevistas semidirigidas, realizadas com parceiros de mulheres com histórico de câncer de mama do município de Divinópolis, Região Centro-Oeste do Estado de Minas Gerais, Brasil.

Os sujeitos, residentes em Divinópolis, foram selecionados segundo o critério de ser companheiro de mulher com histórico de câncer de mama, que passaram pelo diagnóstico, tratamento e cura junto da parceira, no período compreendido entre 2005 e 2011, com relação estável nesse período. A cura foi estabelecida como critério para que se tornasse possível uma exploração completa de todas as etapas da doença. A opção por serem entrevistados aqueles com relacionamento estável partiu do pressuposto de que, pelo tempo da união e convivência, o casal teria maiores possibilidades de conhecer as fortalezas e fragilidades de ambos e as formas de ajudar-se para lidar com elas. Para elaborar uma lista de possíveis sujeitos de pesquisa, foram utilizados dados secundários por meio de busca autorizada nos prontuários das mulheres, realizada no hospital de referência de câncer do município, respeitando os critérios predeterminados.

Foram analisados 110 prontuários, dos quais 35 atenderam aos critérios de inclusão. Os prontuários foram selecionados de maneira aleatória, à medida que eram disponibilizados pelo Co-

mitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus. Foram analisados segundo os dados da história da doença das pacientes e demais dados pessoais, como: se eram casadas, solteiras, respectivos logradouros, início da doença, eixo de tratamento utilizado e laudo de cura disponibilizado pelo médico da paciente e arquivado em prontuário. Todos os sujeitos eram casados com suas companheiras, em média, havia dezessete anos, possuíam uma relação estável e tinham dois filhos em média. A média de idade dos homens era de 54 anos e das mulheres, de 49, e o tempo entre a cura e as entrevistas foi, em média, de seis anos.

Esses sujeitos foram convidados a participar do estudo e entrevistados, individualmente, pelos autores desta pesquisa, em sala reservada, na respectiva residência, em data e horário previamente agendados. Por tratar-se de pesquisa envolvendo seres humanos, todos os entrevistados que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após terem recebido informações sobre os objetivos da pesquisa, sua participação, seus direitos e deveres com relação à pesquisa. O projeto de pesquisa que deu origem a este texto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital São João de Deus sob Parecer nº 104/2011, de 16 de agosto de 2011.

Os nomes dos entrevistados foram substituídos pelo código "A" seguido de numeração sequencial, determinada aleatoriamente, a fim de garantir o anonimato. A pesquisa foi conduzida de acordo com padrões éticos exigidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os critérios de voluntariedade, equidade, confidencialidade das informações, beneficência e não maleficência, confiabilidade e privacidade.

Como instrumento de pesquisa utilizou-se a entrevista semiestruturada individual aberta e gravada, conduzida pela questão norteadora: "Fale sobre os sentimentos os quais você, como companheiro, vivenciou durante a doença da sua mulher nas diferentes etapas: ao receber a notícia do diagnóstico de câncer de mama; ao receber a notícia de que seria realizada a mastectomia; ao primeiro contato com sua mulher mastectomizada durante a quimioterapia (ou outros adjuvantes); e ao receber a notícia sobre a cura da doença". Todos os sujeitos consentiram a gravação da entrevista.

Para a determinação do número de entrevistados foi usado o critério de saturação: quando os relatos se tornaram-se repetitivos as entrevistas foram finalizadas.^{10,11} Para análise, as entrevistas foram transcritas e, após analisadas pelo conteúdo segundo referencial de Bardin,¹² autora que utiliza técnicas organizadas e sistematizadas para traduzir discursos, objetivando maior entendimento do pesquisador na interpretação de material qualitativo. Por meio desse referencial, o pesquisador tem melhor compreensão para a classificação dos depoimentos, relevando os aspectos mais importantes com fidedignidade na tradução dos relatos. Foram excluídos os casos em que o par-

ceiro optou por não participar do estudo, sem nenhum tipo de prejuízo para ele ou para a mulher. Foram entrevistados 12 sujeitos, todos do sexo masculino.

A análise do conteúdo das falas dos parceiros das mulheres com histórico de câncer de mama resultou em cinco categorias, identificadas e organizadas por seus núcleos de sentido, apresentadas e discutidas a seguir: os sentimentos vivenciados ao longo do processo natural da doença, a convivência com a companheira mastectomizada, a crença nos avanços da ciência, a confiança depositada na equipe de saúde, a fé como suporte na trajetória da doença para a cura e a crença em que tudo acabará bem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

OS SENTIMENTOS VIVENCIADOS AO LONGO DO PROCESSO NATURAL DA DOENÇA

Mediante a análise e a categorização das entrevistas realizadas com os parceiros das mulheres com diagnóstico e cura de câncer de mama, alguns sentimentos vivenciados se destacaram, como preocupação, tristeza, choque, angústia, transtorno, tensão e medo da perda da parceira.

Com a confirmação do diagnóstico do câncer de mama, percebeu-se que havia um misto de sentimentos envolvendo os parceiros das mulheres nessa situação. Diante do novo, esse indivíduo tende a desenvolver maior exigência sobre suas atitudes diante da companheira e da família, uma vez que sente que terá de manter a imagem da força, do apoio e da superação da doença, ocultando, por vezes, seus reais sentimentos, com a intenção de poupar suas parceiras de mais essa preocupação e de lhe dar forças na aceitação da doença:

Quando eu recebi a notícia que ela tava com câncer de mama eu fiquei muito preocupado, fiquei muito triste, me deu a impressão que tinha caído um caminhão em cima de mim. [...] Eu sofri muito dentro destes quatro dias [...]; foi um sofrimento enorme pra mim. (A-05)

Ah, eu ficava preocupado com ela [...], mas, com ela eu agia normal, como se não tivesse preocupação nenhuma, ficava só pra mim mesmo. (A-12)

Olha, foi um sentimento assim, muito desagradável, não esperava por isso, até porque a gente não espera, né? Mas, foi um choque muito grande que eu tive, [...] foi uma coisa, assim (medo), de perda mesmo [...]. A gente toma um baque na hora, mas a gente sabe que tem que ter uma força pra poder passar uma tranquilidade pra pessoa que tá com este tipo de problema, né? Mas a gente não deixa de ficar sentido. (A-06)

Eu achei ruim. Uma doença ruim. Ruindade, né? Ela ter tido essa doença... Eu não desejo isso pra ninguém. Isso é ruim demais. (A-03)

Foi um transtorno muito grande. Eu recebi a notícia [...] e fiquei quase doido. (A-10)

Ênfase maior se dá à presença dos sentimentos de tristeza e preocupação diante da doença da companheira, fato que foi notado em todas as falas dos parceiros entrevistados, permitindo criar uma relação com a gravidade da doença, uma vez que o câncer é associado à vivência de morte e dor:

Fiquei triste com a notícia, fiquei angustiado, mas, ao mesmo tempo, eu não podia me abalar muito porque eu tinha que ser o apoio dela. (A-09)

Olha, eu fiquei muito tenso, sabe, e triste em saber que essa doença veio visitar minha família. Eu fiquei muito tenso, muito preocupado. (A-02)

O papel da esposa como cuidadora do ambiente familiar e dos filhos reflete a presença dos sentimentos de tensão e medo da perda. O prenúncio de uma possibilidade de ausência da companheira acabaria por desequilibrar a dinâmica do lar, no cuidado com a casa e com a família. Esse sentimento pode ser confirmado na fala a seguir:

Perder (ela) é ruim pra gente... Tem a menina deficiente pra olhar, como é que faz? Ruim demais, nossa! Nem pensava isso! (A-03)

Outro sentimento apresentado também foi a de acomodação com a situação vivida, denotando certa adaptação aos revezes constantes que a vida lhes proporciona. A convivência contínua com contratempos acaba por desenvolver nessas pessoas a tranquilidade e a confiança necessárias para dar seguimento com serenidade às demais etapas do tratamento de doenças como o câncer de mama. Esses fatos podem ser confirmados nas falas:

Você tem aquele susto na hora. Mas quando é aos poucos, gradativo, você não chega nem a sentir coisas muito diferentes, porque é normal, coisas da vida, não é? Então você não leva muito por esse lado. Não ficamos satisfeitos, lógico. Um pouquinho contrariado, mas neste caso, ela fica mais. (A-01)

Senti normal. [...] A notícia é comum. Nessa idade (mais avançada) a gente [...] vai vendo tanta coisa e vai acostumando com as coisas. Todo mundo está sujeito a essas coisas, né? (A-07)

Fiquei tranquilo, achei normal... Não desesperamos, não. Enfim, é uma notícia muito difícil para a gente, para família da gente, mas eu tinha certeza que a gente ia sair dessa. (A-12)

Olha, o sentimento desse processo é o seguinte, entre o processo de doença e tratamento: a primeira coisa a pessoa tem que estar é tranquila; mesmo que ela perca aquela tranquilidade, a gente tem que passar tranquilidade pra pessoa que esteve doente. Senão, os problemas vão aumentando mais. Mas é um sentimento, assim, de espera de cura. (A-06)

Em contrapartida, os sentimentos vivenciados com a notícia da cura das companheiras foram de caráter satisfatório. Os companheiros expressaram emoções intensas de alegria e felicidade:

Depois que ela operou, foi só alegria. (A-10)

É... eu fiquei muito feliz com a cura dela, com o tratamento, os resultados, os exames posteriores que nós fizemos e todos davam conta da cura dela. (A-09)

Ah, foi uma alegria muito boa! Coisa assim que a gente... olha, nem tem jeito de explicar, é coisa da gente. (A-06)

Eu fico feliz em saber que ela terminou que ela vai ter uma vida normal. (A-08)

Os anseios alcançados pelos parceiros confirmam a afetividade vivida pelo casal e o desejo de seguir a vida da mesma maneira precedida à doença. Autores, como Melo Silva e Carvalho¹³ confirmam o que foi presenciado nos significados dessa categorização, trazendo, assim, a realidade do sentimento de tristeza na vivência do processo natural da doença, além do receio dos cônjuges e familiares diante das mudanças acarretadas pela doença em questão, envolvendo seus procedimentos terapêuticos.

Esses sentimentos podem ser justificados pelo fato de que vivenciar uma doença grave não afeta somente o doente em questão, mas todo o seio familiar e social, em especial o companheiro, que vivencia intimamente todos os sentimentos ao longo do processo natural da doença.¹³

A CONVIVÊNCIA COM A COMPANHEIRA MASTECTOMIZADA

É consenso que a mulher mastectomizada, por vezes, tem sua autoestima alterada após a cirurgia. A mama, quando removida, por compor a vaidade feminina, leva a paciente a se sentir em falta com sua feminilidade. Ela passa a se sentir envergonhada na

presença do parceiro sexual, uma vez que a fragilidade psicológica do momento não contribui para uma atitude diferente. Entretanto, os companheiros abordados neste estudo se mostraram antagônicos a esse pensamento de supervalorização da mama:

Eu disse que isso é coisa à toa, um quarto (da mama) não vai fazer diferença, não. (A-06)

Não demonstrei nenhum pânico, não tive rejeição... O relacionamento continua o mesmo. [...] Fisicamente para mim não mudou nada. (A-12)

Vamos ficar chateados, mas a gente reforma depois. (A-11)

Esses parceiros ainda se solidarizam e ficam tristes pelas companheiras, pois reconhecem a importância que a falta da mama representa para as mulheres, compreendendo a vaidade feminina e todo seu significado cultural, além da necessidade de apoio e carinho que deveriam ofertar:

A (mama) dela não foi preciso retirar, só mesmo o nódulo [...]. Se tivesse que tirar a mama (não seria bom) pra mulher ou pro homem. Ver a companheira sem os seios (não é agradável) porque os seios para a mulher que é vaidosa é uma parte do corpo muito importante e então [ver] a mulher perdendo os seios (não é bom) ela não vai se sentir feliz. (A-08)

Então eu fiquei mais preocupado, embora sabendo que tinha recurso com a prótese que ela colocou e que ficou perfeita... mas você não deixa de ficar triste. Eu fiquei mais triste foi por ela, por se tratar de uma parte que é muito importante para a mulher, para a auto-estima, e isso me deixou triste por ela. (A-09)

Abracei, beijei, fiz carinho. Pra mim é normal, não tenho diferença. Pra mim é a mesma pessoa ela tem os mesmos seios, fez uma diferença no seguinte: passei amar ela mais, passei a cuidar dela mais. (A-05)

Por outro lado, a reação de susto e receio ao receberem a notícia de que seria realizada a mastectomia foi predominante nos depoimentos dos parceiros, fato esperado, pois, por mais simples que seja o procedimento cirúrgico, ele gera ansiedade e angústia tanto no paciente quanto no acompanhante:

Olha, eu fiquei, preocupado. Quando se trata de uma cirurgia, principalmente nesse caso de câncer, a gente fica muito preocupado. (A-02)

Opetei por tirar a mama toda, tirou tudo nossa, fiquei chocado pra caramba. (A-10)

Os cônjuges expressam alegria com a superação da doença, encarando a mastectomia como uma possibilidade real de restabelecimento da saúde. Os parceiros ficam felizes com o resultado positivo da cirurgia, mas se mantêm cautelosos com a forma de abordar suas companheiras daí por diante:

Procurei encarar com realidade. Eu, em primeiro lugar, fui muito otimista, fiquei muito satisfeito de saber que foi um sucesso a cirurgia. Correu tudo bem, então eu coloquei em primeiro lugar a saúde dela. Eu não preoquepei com isso. (A-05)

A gente ficou feliz porque sabia que ia poder recompor e ficar normal. Mas é uma cirurgia que choca. É difícil lidar com isso, mas eu me senti forte para apoiá-la porque eu sabia que depois ia ter o recurso que é a prótese. (A-09)

Em nada que acontece com a gente, você pode agir de supetão, você tem que ter calma até para falar as coisas. (A-01)

Silva¹⁴ confirma essa passagem dizendo que a maioria dos companheiros é unânime no que diz respeito ao companheirismo e união em relação às suas esposas. A autora confirma, ainda, o fato de que o corpo físico não altera o relacionamento do casal, fato encontrado neste estudo.

Ao primeiro contato com a sua mulher mastectomizada, apesar de muitas vezes se sentir desconfortável com a situação, o parceiro se mostra carinhoso e amável e mais uma vez preocupado com a maneira de demonstrar seus sentimentos, sendo reservado em seus comentários ou falas a respeito da nova condição física de suas companheiras.

Outros estudos, porém, trazem companheiros com comportamentos diferentes dos encontrados nesta pesquisa, apresentando situações em que se afastam das mulheres, deixando-as carentes, desamparadas e inseguras. Molina¹⁴ descreve que em algumas uniões os companheiros chegam a ter comportamentos hostis a ponto de terem relações extraconjugais, fato que pode levar a um desgaste severo, ocasionando uma separação. O autor reflete que a doença influencia com mais peso aqueles relacionamentos já abalados. Retomando a análise dos dados desta investigação, pode-se inferir que eles talvez decorram da característica dos casais que foram selecionados para participar do estudo, uma vez que, pelos depoimentos, demonstravam vivenciar o casamento de forma mais saudável, respaldando-se no diálogo, na confiança e na cumplicidade. Assim, os dados desta investigação não podem ser generalizados,

pois se referem a um grupo de casais que, além de terem uma união estável, as esposas haviam sido consideradas curadas:

Um dia a gente pode até ter falado alguma coisa, mas nunca falei nada (que pudesse magoar). Eu acho que ela ficou diferente com aquela (mama) faltando. A verdade é esta: mesmo que seja mais murcho, desculpa a expressão, o mamá enfeita a moça, né? [...] Posso até pensar numa coisa dessas, mas nunca comentei com ninguém. Sabe como é, depois [...] ela não quis fazer [...] a reconstituição. Ela se sente assim, deformada (e nós sabemos), que fica mesmo. Mas fazer o quê? Eu nunca falei nada que pudesse prejudicar ela. Por exemplo, a gente nota, a gente não é burro. Não falo nada que vai constranger. A pessoa estando assim, uma palavrinha que você fala, a pessoa leva pra outro lado, né? Então [...] você fica assim (suspiro). (A-01)

Da mesma forma, sabe-se que, além da mastectomia, a quimioterapia acelera o desconforto com relação à autoimagem, por conter efeitos colaterais que afetam a mulher física e psicologicamente, potencializando a queda da autoestima e de sua autoimagem.^{15,16} Em resposta aos questionamentos sobre os sentimentos na etapa da quimioterapia ou do tratamento adjuvante, a maioria dos parceiros transpareceu tranquilidade e esperança nesse momento, seja por fatores ligados à espiritualidade e ao crédito na ciência, seja pelo fato de terem se firmado no ânimo da companheira. Outros apresentaram reações esmeradas de apoio à mulher naquela situação:

Ela ficou muito triste, eu tomei iniciativa, fui lá e raspei meu cabelo também e fiquei careca primeiro que ela, pra ela poder se sentir mais confortável e saber que isso não é tão importante. Ela foi perdendo cabelo e toda vez que caía ela chorava muito, ficava muito deprimida e eu aconselhei ela mais no final acabar de rapar todo o cabelo e ficar logo careca. (A-09)

Eu senti que era um tratamento muito forte, sabe? Mas devido à coragem que ela tinha, nos deixou assim mais tranquilo também. (A-02)

Fiquei chateado com a notícia, acha ruim e tudo. A gente sabe que o tratamento não é fácil, mas sempre tinha esperança que ela ia tratar que ia se recuperar. Fiquei torcendo e sabendo que ia ter a recuperação. (A-08)

A CRENÇA NOS AVANÇOS DA CIÊNCIA

Diante da doença de suas companheiras, os sujeitos da pesquisa se mostraram confiantes com relação ao tratamento proposto pela equipe de saúde. Essa confiança encontra respaldo no

inquestionável avanço tecnológico e científico da medicina nos últimos tempos, que faz com que as pessoas passem a acreditar na cura da doença e na simplificação do processo. Essa crença nos avanços da ciência pode ser observada na fala dos parceiros:

(É preciso) acreditar naqueles que estão trabalhando pra curar a doença. (A-02)

Eu (acredito) na medicina, também, que graças a Deus é bastante avançada. (A-04)

(Com o tratamento) começou uma parte de tranquilidade, porque correu tudo bem. Eu não tive assim, aquele desespero... porque já, houve uma melhora muito grande dessa parte (da ciência). (A-06)

Eu fiquei mais tranquilo, fiquei muito tranquilo porque ia ser uma coisa simples. (A-05)

A gente não pensa por esse lado (da gravidade da doença), não é todo câncer que mata! [...]. Antigamente 90% (das pessoas com câncer) morriam e 10% que se salvavam. Mas hoje é quase o contrário, né? É 90% que sara e 10% que morre, mas muita pessoa morre nem é só por causa do câncer. (A-01)

Foi um tratamento muito bom, muito tranquilo (a equipe), era excelente. [...] Vem correndo tudo normal... sem problema nenhum. Deu tudo certinho, tem que fazer o tratamento, né? (A-06)

Esse achado confirma o de Lobo *et al.*,¹⁷ quando mostram que 52% das mulheres, participantes de um estudo quantitativo sobre o câncer, acreditam e confiam no tratamento que fazem.

Essa confiança pode ser confirmada pelo estudo de Teixeira e Lefèvre,¹⁸ que afirmam que o uso de técnicas cirúrgicas avançadas, o tratamento com radioterapia e quimioterapia e outras terapias adjuvantes no tratamento do câncer resultam na cura de mais de 50% dos pacientes diagnosticados com a doença, não podendo deixar de lado a possibilidade de reconstrução da área retirada cirurgicamente.

No caso específico do câncer de mama, esse índice de curabilidade sobe para 95%, nos casos de tumores invasivos sem comprometimento axilar de até 2 cm (estádio I), e os tumores não invasivos e o carcinoma *in situ* apresentam índice de curabilidade próximo de 100% em cinco anos de seguimento. Todas as companheiras dos sujeitos desta pesquisa foram sujeitas a mastectomia, na maioria dos casos foi feita a retirada total da mama e em todos os casos houve necessidade de tratamentos adjuvantes, como a radioterapia e a

quimioterapia. Os parceiros compreenderam essa etapa com naturalidade, pois todos os tratamentos foram aceitos em busca da cura. Não é demais lembrar que os tumores diagnosticados precocemente são passíveis de cura, na maioria dos casos, e permitem tratamento não mutilador, melhorando os índices de sobrevivência.^{2,4}

A CONFIANÇA DEPOSITADA NA EQUIPE DE SAÚDE

A mesma confiança nos avanços da ciência é demonstrada pelos parceiros, com relação à equipe de saúde, no processo de tratamento e cura de suas companheiras, uma vez que os profissionais demonstraram conhecimento sobre a doença e tratamento, além da relação de empatia e respeito dispensada aos usuários do serviço de saúde:

Uma coisa que me tranquilizou muito foi ver o tratamento da (equipe), dos médicos, do carinho com as pessoas, com os pacientes [...], o que nos trouxe muita segurança. Eu observei muito isso, dá muita força pra gente. (A-02)

A gente confiou muito na equipe, que também é muito bem preparada. (A-04)

Procurei informações de vários médicos, a médica ficou muito amiga minha; antes de minha esposa estar perto de mim, ela conversou comigo, nós dois. Falamos claramente um para o outro que ela ia tirar só um quarto da mama. (A-05)

Eu observei, também, a evolução da medicina e do tratamento, (mas) o carinho do povo que (nos atendeu) trouxe uma outra confiança e segurança, sabe? (A-02)

Os achados referentes a essa categoria encontram respaldo em estudo realizado por Gargiulo *et al.*,¹⁹ que apontam a necessidade do profissional de saúde identificar as necessidades do cliente e família e as possíveis formas de resolvê-los, para atuar de forma holística e humanizada.

Dessa maneira, é salutar que, em suas atividades, os profissionais estejam preparados para prestar cuidado tanto nos comprometimentos emocionais, psicológicos e sociais, quanto no auxílio no processo²⁰ de adaptação às limitações decorrentes da evolução e/ou tratamento da doença.

Para tanto, ressalte-se a necessidade do adequado preparo da equipe de saúde para as demandas de cuidado dessa clientela. Silva e Almeida²¹ afirmam que a equipe de saúde pode oferecer ajuda não somente técnica no tratamento do câncer, mas também emocional, ouvindo a mulher e a família, manifestando solidariedade por meio de manifestações de apoio e com-

preensão. Isso trará grande benefício nesse momento crucial, que é o diagnóstico e o tratamento.

A FÉ COMO SUPORTE NA TRAJETÓRIA DA DOENÇA PARA A CURA

Ao longo da trajetória pela busca da superação da doença, nota-se que os companheiros se apegam à fé em Deus como uma base espiritual para enfrentar o momento de conflito. Dessa maneira, percebe-se que a crença em uma força superior suaviza a dor e aumenta a esperança da cura. Os testemunhos dos companheiros assinalam a confiança em Deus por meio de práticas de agradecimento, orações e pedidos:

Agradecer a Deus, porque eu também orei muito, sabe? É o principal que a gente tem que fazer é colocar nas mãos de Deus e fazer da parte da gente. Lutar contra a doença e acreditar naqueles que estão trabalhando pra curar a doença. Deu certo, graças a Deus. (A-02)

A gente teve os problemas e já que resolveu, graças a Deus ficou tudo numa boa. (A-01)

Sempre agradei a Deus pela cura dela desde o primeiro momento. (A-05)

Como ela era uma pessoa de muitos amigos e de muita amizade, não faltou conforto e não faltou oração. (A-09)

A gente pediu muito a Deus, eu pedi muito a Deus para que ela fosse curada. (A-08)

Confirmando essa premissa, Ferreira e Almeida¹⁰ apontam que todos os sentidos atribuídos à fé são relacionados ao momento de fraqueza diante da triste realidade da doença, do receio à morte, das etapas desgastantes do tratamento quimioterápico acompanhado de seus efeitos colaterais. Logo, esse sentimento leva esses companheiros a acreditarem na superação da doença, que tudo acabará bem:

Eu já sabia que iria passar por um processo que iria chegar ao final feliz como graças a Deus chegou. Eu tinha plena fé que ela seria curada. (A-09)

Eu tava confiante porque eu tenho um Deus que sara um Deus que cura, tem a fé da minha esposa e da minha família. (A-05)

Eu sempre pensava que ela ia recuperar e ficar boa logo, e graças a Deus ela ficou boa. (A-11)

Desde o momento que nós recebemos essa notícia que ela estava com câncer de mama, nós que conhecemos a palavra de Deus, confiamos em Deus, nós declaramos a cura [...]. Não é fácil a doença, mais é fácil quando nós temos a certeza que temos Deus nos nossos corações e sabemos que tudo que vem a nós ele cura, ele sara, ele liberta. (A-05)

Ferreira *et al.*²² também refletem que a prática da fé e o apoio na religiosidade não são iniciados somente no momento em que a doença assola a família, mas, sim, revigorada.

Notou-se, ainda, que essa energia se refazia a cada etapa vivida com resultado satisfatório, dando forças e conforto ao indivíduo e aos familiares no seguimento na trajetória da doença para a cura. Enfim, é importante salientar que a confiança na própria fé foi fator considerado relevante pelos parceiros das mulheres que acompanharam suas companheiras durante todo o processo.

Eu fiquei muito triste com a doença (dela). A minha reação foi essa, mas, no mesmo momento, tive muita fé em Deus, sabe? Ela teve muita fé e encarou a cirurgia, a doença, o tratamento, sabe? (A-02)

A quimioterapia (foi a pior etapa do tratamento), por isso foi uma parte que tive muita fé, correu tudo normal. (A-06)

Ela chorava muito porque o cabelo ia cair, ela ia ficar careca mais foi tudo beleza graças a Deus. (A-10)

(o sofrimento foi muito grande, mas) Deus me confortou, me alimentou e eu soube lidar com isso. (A-05)

Eu tive assim, muita confiança na minha devoção. (A-04)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a confirmação clínica, os sentimentos trazidos à tona com uma afirmativa positiva para o câncer de mama se mesclam, ora de fé e confiança, ora de apreensão, irrealidade, tristeza ou mesmo de rejeição. Esses sentimentos perpassam todos os envolvidos na dinâmica familiar da pessoa doente, incluindo aí os parceiros das mulheres com câncer.

Neste estudo, mostrou-se a importância em falar sobre a ambivalência afetiva dos companheiros de mulheres com histórico de câncer de mama, uma vez que essas pessoas participam ativamente do processo, vivenciando as diferentes etapas da doença da sua mulher, desde o diagnóstico, passando pelo tratamento, até receber a notícia da cura da doença.

Os sentimentos vivenciados nem sempre podem ser expressos de maneira aberta, como resultado de um fator social que coloca no parceiro e na família o dever de cuidar do ser doente, comportando como esteio, o que leva à necessidade de sufocar as sensações e tormentos que lhe passam no âmago.

Tristeza, preocupação, medo, angústia e choque convivem ao mesmo tempo com a alegria e felicidade, de acordo com cada etapa vivenciada, dando margem ao uso da espiritualidade e da religiosidade como sustentáculo para essa gama de emoções, por vezes contraditórias. Esses sentimentos são vivenciados de maneira concomitante, sendo que a cada momento um ou outro afloram com maior intensidade, dependendo da situação vivida, como no diagnóstico, na expectativa da cirurgia, na convivência com uma mulher mastectomizada, na cura e na incerteza de uma recidiva.

Enfim, neste estudo apontaram-se importantes subsídios para que os profissionais da saúde e da enfermagem possam intervir de forma eficiente e eficaz para tornar menos desgastante e mais salutar a (com)vivência desses parceiros com mulheres com diagnóstico de doença grave como o câncer de mama.

Estratégias de suporte para esses parceiros e para a família devem ser estimuladas, na tentativa de conseguir manter uma sólida base familiar que possa assegurar o bom andamento do processo de tratamento e cura dessas mulheres com doenças graves. As intervenções realizadas nesse sentido têm sua relevância na possibilidade de construção de conhecimentos que permitam auxiliar esses parceiros na reorganização da estrutura emocional e adaptação diante das mudanças que ocorrem nesse período conturbado da vida. Dar suporte a esses sujeitos facilita, sobremaneira, a manutenção do bem-estar e do equilíbrio da família, resultado do empoderamento e da emancipação dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Tavares JSC, Trad LAB. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):1349-58.
2. Instituto Nacional do Câncer. Estatísticas do Câncer. [Citado 2011 nov. 29] Disponível em: <<http://www.inca.org.br>>.
3. CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. *Rev Bras Cancerol*. 2010; 56(2): 227-36.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância Brasil – (Conprev). *Falando sobre o Câncer de Mama*. Rio de Janeiro: MS/INCA; 2002.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer de Mama: documento de consenso. Brasília: MS, Inca; 2004.
6. Ramos BF, Lustosa MA. Câncer de mama feminino e psicologia. *Rev SBPH*. 2009; 12(1):85-97.
7. Biffi RG, Mamede MV. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38(3):262-9.

8. Gradim CVC. Sexualidade de casais que vivenciaram o câncer de mama [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
 9. Cerqueira A. A dinâmica conjugal em situação de câncer de mama [dissertação]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2004.
 10. Ferreira CB, Almeida AM, Rasera EF. Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2008; 12(27):863-71.
 11. Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cad Pesqui São Paulo.* 2002; 115:134-54.
 12. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
 13. Melo EM, Silva RM, Carvalho AMDA. Comportamentos da família diante do diagnóstico de câncer de mama. *Enfermería Global.* 2007; 10.
 14. Molina MAS, Marconi SS. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(4):514-28.
 15. Silva GMC. As vivências do companheiro da mulher submetida à mastectomia. Abel Salazar [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto; 2009.
 16. Bervian PI, Perlini NMOG. A família convivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Rev Bras Cancerol.* 2006; 52(2):121-8.
 17. Lobo RCMM. Crenças relacionadas ao processo de adoecimento e cura em mulheres mastectomizadas: um estudo psicanalítico. *Psicol Hosp.* 2006. 4(1) [Citado em 2012 jan 20] Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v4n1/v4n1a03.pdf>.
 18. Teixeira JJV, Lefèvre F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(4):1247-56.
 19. Gargiulo CA, Melo MCSC, Salimena AMO, et al. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(4):94-101.
 20. Vivar CG, Mcqueen A. Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *J Adv Nurs.* 2005; 51(5):520-8.
 21. Silva PB, Almeida EPM. O estresse vivenciado pela criança/família com câncer e as relações com a equipe de enfermagem. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2003; 1(1):53-61.
 22. Ferreira NML, Dupas G, Costa DB, Sanchez KOL. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. *Ciênc Cuidado Saúde.* 2010; 9(2):269-77.
-