



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO
FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS DE ASSIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA FACULDADE
DE CIÊNCIAS E LETRAS – UNESP/CÂMPUS DE ASSIS

A CONJUGALIDADE NA INTERFACE COM O CÂNCER DE MAMA

RITA MARIA DE OLIVEIRA GOMES

ASSIS

2023

RITA MARIA DE OLIVEIRA GOMES

**A CONJUGALIDADE NA INTERFACE COM O CÂNCER DE
MAMA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do título de Mestra em Psicologia e Sociedade.

Orientadora: Dr.^a Mary Yoko Okamoto

ASSIS

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ana Cláudia Inocente Garcia - CRB 8/6887

G633c Gomes, Rita Maria de Oliveira
 A conjugalidade na interface com o câncer de mama /
 Rita Maria de Oliveira Gomes. — Assis, 2023
 143 p. : il.

Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual
Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientadora: Profa. Dra. Mary Yoko Okamoto

1. Cônjuges - Aspectos psicológicos. 2. Mamas -
Câncer - Aspectos psicológicos. 3. Mulheres - Doenças.
4. Psicanálise. 5. Saúde pública. I. Título.

CDD 155.3



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Assis



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE RITA MARIA DE OLIVEIRA GOMES, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS - CÂMPUS DE ASSIS.

Aos 12 dias do mês de setembro do ano de 2023, às 14:00 horas, no(a) Sala 4 Prédio de História e Sala Virtual: meet.google.com/hiz-bznf-bac, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de RITA MARIA DE OLIVEIRA GOMES, intitulada **A CONJUGALIDADE NA INTERFACE COM O CÂNCER DE MAMA**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. MARY YOKO OKAMOTO (Orientador(a) - Participação Presencial) do(a) Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/FCL - Assis/SP, Prof. Dr. RODRIGO SANCHES PERES (Participação Virtual) do(a) Programa de Pós-graduação em Psicologia / UNESP/FCL - Assis/SP, Prof. Dr. MANOEL ANTONIO DOS SANTOS (Participação Virtual) do(a) USP - Ribeirão Preto/SP. Após a exposição pela mestranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. MARY YOKO OKAMOTO - *Mary Yoko Okamoto*

À minha amada filha Laura, que em tão pouco tempo me fez ressignificar o sentido e o significado de vincular-se.

Ao Fernando, por compartilhar a vida comigo, por respeitar a minha alteridade, por me ajudar a sonhar e por celebrar cada conquista, que depois de casarmos deixaram de ser só minhas e passaram a ser nossas!

Aos meus pais, por integrarem esse projeto de tornar-me mestra às suas vidas e por me apoiarem até o último instante.

Aos meus irmãos, que, mesmo distantes, se faziam presentes e me fortaleciam para continuar essa trajetória.

AGRADECIMENTOS

[...]
*E eu só quero agradecer por ter vocês
Pra acompanhar minhas loucuras
Me deixar bem mais segura
Daquilo que eu posso ser se eu somente acreditar*
[...]
*Por dar risada de tudo e sempre colorir meu mundo
Com as cores mais bonitas que eu já vi alguém pintar
Por me amarem com a mesma intensidade
E por serem, de verdade, a melhor família que eu pudesse ganhar*
[...]
*E eu só quero agradecer mais uma vez
Por me aguentarem insegura, me tornarem mais madura
E me mostrarem que os sonhos não se devem adiar!*

(Dádiva)
Ana Vilela.

Enfim...

Agradeço à minha mãe, Célia, por tudo e por tanto. Sem ela esse trabalho seria impossível. Por muitas vezes ela me carregou e, assim, tornou realidade esse sonho. Agradeço por me nutrir de garra e fé! Desconheço um ser humano com fé maior!

À minha irmã, Paula, porque com sua coragem e bravura sempre me coloca em movimento, me faz levantar e seguir lutando pelos meus sonhos. Que mulher potente!

À minha filha Laura, pela força que mobiliza em mim. Por me fazer desejar ir além e lutar, não só por uma vida, mas por uma sociedade melhor. Sem dúvidas, ela é a melhor parte de mim.

Ao meu esposo, Fernando, por fazer a minha vida mais leve e mais doce. Por aceitar a criar uma vida a dois a partir do respeito às nossas diferenças.

À Rose, Vanessa, Mirela e Maysa. Vocês foram afagos nas angústias e molas propulsoras que me fizeram chegar até aqui.

À Barbara, minha terapeuta, que me acompanhou na travessia de experiências mortificantes, enquanto realizava este mestrado. Ela me auxiliou a voltar a pulsar e a criar. Que diferença a sua escuta e seu acolhimento fazem em minha vida!

À Mary por orientar este projeto tão importante para mim, o qual se tornou um divisor de águas em minha vida tanto na esfera profissional quanto na esfera pessoal. Quanto aprendizado essa japonesa me proporcionou!

Às mulheres que se dispuseram a compartilhar suas histórias de vida, pois contribuíram para o avanço da compreensão das reverberações do câncer de mama na dinâmica conjugal, bem como no processo de dissolução do laço conjugal.

Aos Professores Doutores Manoel Antônio dos Santos e Rodrigo Sanches Peres, membros da banca do Exame De Qualificação, pela leitura cuidadosa e pelos valiosos ensinamentos que contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos colegas e amigos que conheci no Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Vincularidade (LAPSIVI-UNESP/ASSIS).

GOMES, Rita Maria de Oliveira. A conjugalidade na interface com o câncer de mama. 2023. 138 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2023.

RESUMO

O câncer de mama é uma importante questão de saúde pública em nosso país, devido à sua alta taxa de incidência e morbidade, ocupando o segundo tipo de câncer com maior incidência na população feminina e na doença mais temida pelas mulheres. Essa patologia provoca inúmeras modificações em todas as esferas da vida, incluindo o casamento. A conjugalidade exige um investimento contínuo para a construção e a manutenção de um espaço compartilhado entre sujeitos que possuem diferenças, fator que comporta a potencialidade de criação de cada encontro, bem como exige a integração dos desejos e dos projetos pessoais à vida a dois. Essa complexidade é intensificada em uma situação de adoecimento como o câncer de mama, devido às demandas e temores que se impõem. Desse modo, nesta pesquisa nos interessamos em compreender as reverberações do câncer de mama na conjugalidade de mulheres adultas sobreviventes de longo termo, considerando os processos de manutenção e desvinculamento conjugal e seus desdobramentos para o enfrentamento do adoecimento. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, utilizando a técnica de entrevista semiestruturada, a qual foi realizada com 5 mulheres adultas, que já haviam concluído o acompanhamento de cinco anos pós-tratamento. Dessas participantes, 3 permaneceram casadas em todo o processo de enfrentamento do câncer de mama e 2 se separaram. Os resultados apontaram que o modo de organização da díade antes do adoecimento interferiu na manutenção ou não da conjugalidade bem como no enfrentamento da doença e do tratamento. A participação do cônjuge demonstrou ser essencial para o enfrentamento dos diversos momentos do adoecimento, e a configuração do Reconhecimento, o Respeito, a Reciprocidade, a Responsabilidade, propostos por A. Eiguer, bem como, o manejo das diferenças se configuraram como elementos essenciais em todo o processo, pois delinearam os redimensionamentos que os casais foram capazes de fazer.

Palavras-chave: Conjugalidade; Câncer de mama; Psicanálise.

GOMES, Rita Maria de Oliveira. Conjugalidade at the interface with breast cancer. 2023. 138 f. Dissertation (Masters in Psychology) - São Paulo State University (UNESP), School of Sciences, Humanities and Languages, Assis, 2023.

ABSTRACT

Breast cancer is an important public health issue in our country, due to its high incidence and morbidity rate, occupying the second type of cancer with the highest incidence in the female population and the disease most feared by women. This pathology causes numerous changes in all spheres of life, including marriage. Conjugalidade requires a continuous investment for the construction and maintenance of a shared space between subjects who have differences, a factor that includes the potential for creation of each encounter, as well as requiring the integration of personal desires and projects into life as a couple. This complexity is intensified in a situation of illness such as breast cancer, due to the demands and fears that are imposed. Thus, in this research we are interested in understanding the reverberations of breast cancer in the conjugalidade of adult women who are long-term survivors, considering the processes of marital maintenance and disconnection and their consequences for coping with illness. This is a qualitative research, using the semi-structured interview technique, which was carried out with 5 adult women, who had already completed the five-year post-treatment follow-up. Of these participants, 3 remained married throughout the process of coping with breast cancer and 2 separated. The results showed that the way of organizing the dyad before the illness interfered in the maintenance or not of conjugalidade as well as in coping with the disease and treatment. The participation of the spouse proved to be essential for coping with the various moments of illness, and the configuration of Recognition, Respect, Reciprocity, Responsibility, proposed by A. Eiguer, as well as the management of differences were configured as essential elements throughout the process, as they outlined the resizing that couples were able to do.

Keywords: Conjugalidade; Breast cancer; Psychoanalysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 <i>Homem atingido por aquilo que não pode ser desvisto, 2022, Susano Correia, Ilustração.</i>	21
Figura 2 <i>Embaralhando a carne e a alma, 2019, Susano Correia, Ilustração.</i>	42
Figura 3 <i>Homem tentando proteger seu coração, com razão, 2022, Susano Correia, Ilustração.</i>	58
Figura 4 <i>Aperto no fundo do peito, 2020, Susano Correia, Ilustração.</i>	80
Figura 5 <i>Viver é rasgar-se e remendar-se, 2023, Susano Correia, Ilustração.</i>	109

LISTA DE ABREVIACÕES

CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema nico de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

SUMÁRIO

PREFÁCIO	14
INTRODUÇÃO	19
1 CONJUGALIDADE E CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO DA LITERATURA	21
1.1 A experiência da mulher diante do adoecimento	22
1.2 O cônjuge diante da vivência do câncer de mama na esposa.....	25
1.2.1 O suporte ofertado pelo marido.....	28
1.3 A sexualidade do casal.....	31
1.3.1 Mudanças no relacionamento.....	36
1.4 A conjugalidade diante do câncer de mama: uma visão da psicanálise de casal e família.....	37
2 FUNDAMENTOS DA PSICANÁLISE DE CASAL E FAMÍLIA	42
2.1 Compreendendo o vínculo	43
2.2 Aprofundando os conhecimentos acerca da conjugalidade	49
3 CONJUGALIDADE NA CONTEMPORANEIDADE	58
3.1 O casamento nos dias atuais.....	59
3.2 Sobre o processo de desvincular-se	65
4 OBJETIVOS	71
4.1 Objetivo Geral.....	71
4.2 Objetivos específicos	71

5. ASPECTOS METODOLÓGICOS	72
5.1 Fundamentação teórico-metodológica.....	72
5.2 Característica da amostra e coleta de dados.....	73
5.2.1 Características gerais das participantes.....	76
5.3 Estratégia de interpretação dos dados.....	79
5.4 Aspectos éticos.....	79
6 ANÁLISE DOS RESULTADOS	80
7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	109
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
REFERÊNCIAS.....	136
APÊNDICES	143
APÊNDICE 1 - Roteiro de Entrevista – Grupo A	143
APÊNDICE 2 – Roteiro de Entrevista – Grupo B.....	144

PREFÁCIO

*A vida precisa do vazio:
a lagarta dorme num vazio chamado casulo
até se transformar em borboleta.
A música precisa de um vazio
chamado silêncio para ser ouvida.
Um poema precisa do vazio da folha de papel
em branco para ser escrito.
E as pessoas, para serem belas e amadas,
precisam ter um vazio dentro delas.
A maioria acha o contrário; pensa que o bom é ser cheio.
Essas são as pessoas que se acham cheias de verdades e
sabedoria e falam sem parar.
São umas chatas quando não são autoritárias.
Bonitas são as pessoas que falam pouco e sabem escutar.
A essas pessoas é fácil amar.
Elas estão cheias de vazio [...]*

Rubem Alves

Esta pesquisa está atrelada com a minha trajetória de vida e com minha formação profissional, as quais suscitaram, em mim, vazios que eram expressos em diversos questionamentos, dúvidas e anseios. Formei-me em Psicologia em 2018, na Unesp-Assis. Durante a graduação, participei de dois estágios que despertaram em mim o fascínio pela intersecção da psicologia com a oncologia, bem como pela psicanálise de casal e família. Ambos os estágios foram supervisionados pela Professora Doutora Mary Yoko Okamoto, a qual, não por acaso, é a minha orientadora no Mestrado.

O estágio de Psicologia da Saúde era realizado toda quinta-feira, no período da manhã, num hospital de referência no município e, além disso, tínhamos supervisão teórica semanalmente, para aprimorarmos nossa escuta e refletirmos acerca de nossas intervenções. Por meio desse estágio, atuei na ala cirúrgica, psiquiátrica e clínica. Eu me identifiquei demasiadamente com esta última ala, onde atuei em diversos casos de oncologia, nos mais variados estágios, desde diagnósticos precoces às situações de final de vida. Pude estar ao lado de pessoas que enfrentavam diversos tipos de câncer e escutar também seus familiares e amigos.

Por se tratar de atendimento hospitalar, minha escuta era orientada pela psicoterapia breve na perspectiva psicanalítica; às vezes, o nosso contato ocorria uma única vez e, em outros casos, nós nos encontrávamos durante semanas, até serem transferidos ou até mesmo virem a falecer. Independentemente do número de vezes que

nos víamos, os encontros eram intensos, pois, como alega Arantes (2020), as pessoas que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade de suas vidas carregam uma urgência subjetiva de tratar de elementos que são caros para eles. Diante disso, ao lidar com um ser humano, sobretudo em situação de adoecimento por câncer, estamos adentrando em um território sagrado e que deve ser manejado com muito cuidado e responsabilidade. Nessa trajetória, fui atravessada por histórias incríveis e seres humanos extraordinários, os quais, cada um ao seu modo, iam atravessando mais esse capítulo de sua vida.

Outro ponto que merece ser destacado é que, além de escutar as pessoas com câncer, seus familiares, seus amigos e acompanhantes que ali marcavam presença, através do vínculo que fui construindo com os profissionais do hospital, muitas vezes quem nos solicitava eram eles, para terem suas emoções acolhidas. E, sem modéstia, pude perceber quanta diferença nossa categoria faz, na vida das pessoas em um hospital, ainda que não tenha o devido reconhecimento, devido ao fato de o cuidado estar majoritariamente estruturado na perspectiva biomédica.

O estágio de atendimento clínico de casal e família contribuiu fortemente para o meu interesse em realizar esta pesquisa de Mestrado, visto que foi a partir dele que me aprofundei na teoria da psicanálise de casal e família, com a qual eu já tinha entrado em contato na disciplina de Família, ministrada, na época, pelas doutoras Tássia Emídio e Mary Yoko Okamoto. Esse estágio me conferiu novas ferramentas para compreender e contribuir com os seres humanos que fossem atendidos por mim. Por meio do atendimento que efetuei, durante quase um ano, com uma família que enfrentava um câncer, eu pude ampliar o meu olhar e minha escuta para além do espaço subjetivo, mas, agora, articulando-os aos espaços inter e transsubjetivos que compõem o vínculo (KAËS, 2011).

Nesse sentido, a minha escuta era direcionada à dinâmica vincular inconsciente estabelecida entre eles, a qual era, em alguma medida, produtora e mantenedora da sintomatologia de que se queixavam. Isso posto, a partir da compreensão da história transgeracional da família, da compreensão das funções fóricas que cada integrante possuía e da análise das alianças e pactos inconscientes que organizavam a vincularidade entre eles, eu e minha dupla de estágio – Alícia – pudemos auxiliar a família a construir uma dinâmica mais pautada na reciprocidade, no respeito, no reconhecimento e na responsabilidade, que são os quatro princípios do vínculo, tais como postulados por Eiguer (2008). Os atendimentos a essa família e a supervisão teórica dos estágios ocorriam de forma semanal.

A cada experiência, o vazio aumentava e, a cada supervisão, a ansiedade de falar algo para aplacar a angústia, não só do outro, mas muito mais a minha, que estava iniciando minha trajetória de terapeuta, ia dando lugar à escuta, cada vez mais qualificada, a qual não só acolhe o ser humano com quem estamos nos relacionando, mas enseja uma construção de sentido e significado para o vazio vivenciado e, assim, coloca em movimento o processo de ressignificação e possibilidade de transformação tanto do sujeito atendido quanto do profissional que atende.

E esse trajeto tão importante da minha história pessoal chegou ao fim e foi determinado pela minha colação de grau, a qual me impulsionou a sair do casulo chamado UNESP-Assis e a bater asas, ainda que fosse uma terapeuta-borboletinha recém-nascida.

Ao sair do casulo, eu me comprometi com os estudos, para conseguir entrar em um concurso, a fim de conquistar uma maior estabilidade. Consegui, mas só fui convocada em 2019, quando acabou minha licença-maternidade. Até hoje atuo como psicóloga do CRAS, na cidade de São Pedro do Turvo, interior de São Paulo. Mas o vazio acerca das questões relacionadas ao adoecimento por câncer ainda permanecia em mim, e isso me fazia pulsar, demais.

Então, em 2019, paralelamente ao voo na Assistência Social, eu busquei uma experiência que pudesse me colocar em contato com essa temática que me gerava muitas indagações, mas também grande fascínio. Dessa forma, entrei em contato com um grupo de mulheres voluntárias que atuam dando suporte para mulheres que enfrentam o câncer de mama, na unidade de oncologia do interior de São Paulo. A atuação desse grupo tem grande relevância no município e região, visto que a maior parte das integrantes do grupo são sobreviventes ao câncer de mama. O trabalho desenvolvido por elas é tão reconhecido que a Santa Casa do município concedeu uma sala para o grupo promover acolhimento das pessoas que tivessem interesse. Essa sala é conhecida como a “Sala Rosa”, em referência à campanha realizada mundialmente em outubro, no que tange à prevenção do câncer de mama. Diariamente, as voluntárias recebem mulheres, na sala, para compartilhar suas experiências, ofertar perucas, lenços e almofadas em formato de coração para colocar debaixo do braço, a qual visa amenizar o desconforto causado pela mastectomia. Todos esses elementos são confeccionados pelas voluntárias, a partir de material de doação, e entregues gratuitamente às mulheres que desejam.

Além do acolhimento na Sala Rosa, as mulheres atendidas são inseridas em um grupo de *WhatsApp*, a fim de ampliar o suporte para além das paredes do hospital e, muitas vezes, são feitas visitas domiciliares para manter o vínculo e demonstrar um afeto.

O trabalho delas não substitui e nem compete com os dos profissionais da Psicologia da instituição: pelo contrário, elas orientam as mulheres a procurarem tais profissionais, pois entendem que desempenham papéis diferentes.

Outra ação bem conhecida implementada pelo grupo é o café da manhã na oncologia, realizado semanalmente, às sextas-feiras, para todos os pacientes da ala. É um café da manhã especial destinado às pessoas que estão com câncer e seus acompanhantes, o qual abre espaço para o bate-papo entre eles. Pude acompanhar algumas vezes essa experiência e testemunhar a diferença positiva que ela provoca na dinâmica da ala. Essa minha experiência ampliou ainda mais o meu vazio e me fizeram olhar para a dimensão do gênero, no adoecimento de câncer, já que atendia especificamente mulheres.

Assim, fui constatando que a situação se complexifica, na medida em que a mulher sai da posição de cuidadora, em que socioculturalmente é colocada, e passa a ter a necessidade de ser cuidada. Em minha experiência, majoritariamente as mulheres, mesmo sendo casadas, eram acompanhadas por outras mulheres, sobretudo filhas ou mãe. Havia situações nas quais o marido, mesmo não indo acompanhar, fazia ligações, chamadas de vídeo, mandava mensagens, enfim, se fazia presente. Mas isso era exceção. Muitas mulheres, além de terem que se articular, para conseguir uma acompanhante, tinham que se articular para conseguir alguém para cuidar dos seus filhos durante o tempo em que estavam fazendo o tratamento. O papel do cônjuge parecia ficar em segundo plano, nesse redimensionamento tão importante que a família atravessava, o que me fez retomar as leituras acerca da psicanálise de casal e família e aguçar minha escuta sobre os vínculos estabelecidos, seja com o cônjuge, seja com os familiares, os quais, nesse momento, se configuravam como o principal pilar da rede de apoio delas.

Nesse contexto, a esfera conjugal era uma constante, quer no sentido de não se sentirem acolhidas e amparadas por eles, quer por não se sentirem uma esposa suficiente, devido ao fato de não cumprir com os critérios estipulados social e culturalmente do que é ser esposa e ser casal. O desenlace conjugal era uma solução frequente para lidar com todo esse mal-estar experienciado na vida a dois. Toda essa conjuntura nitidamente ampliava o sofrimento vivenciado pela mulher. Embora essas situações fossem a regra, havia exceções, com casais que conseguiam se fortalecer, se aproximar, reconfigurar os papéis, flexibilizar os projetos, diante dessa vivência. E que diferença isso faz na qualidade de vida da mulher!

Assim, comecei a ler o que a literatura científica dizia sobre isso, e ela retratava exatamente a realidade com a qual eu estava tendo contato, podendo constatar que a

literatura científica centra seu interesse na relação conjugal, na fase de descoberta e tratamento do câncer de mama. Então, eu me interessei em compreender a dinâmica conjugal das sobreviventes ao câncer de mama. Redigi um projeto e o submeti à seleção do Programa de Pós-Graduação da Unesp-Assis: ele foi aceito e, felizmente, consegui passar nas demais fases do processo seletivo e me tornei mestranda desse casulo pelo qual tenho tanto carinho.

Hoje, no âmbito desse eixo temático, eu já não sou mais uma lagartinha, porque é impossível sair desse processo da mesma forma que entrei, mas uma borboletinha recém-nascida, com muita curiosidade e disposição para lidar com os vazios que ainda possuo, no terreno da vincularidade, os quais são as molas propulsoras da minha constante metamorfose, tanto no âmbito pessoal quanto no profissional. E, assim, ao longo desses anos, eu me debrucei nessa temática que é tão cara para mim e, digo, que longe de encerrar meus vazios, eu os ampliei. Saio desse percurso cheia de vazios, sim! Mas não esvaziada, pois me movimentei, me afetei e me transformei, a partir de todo o processo!

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma importante questão de saúde pública em nosso país, devido à sua alta taxa de incidência e morbidade, ocupando o segundo tipo de câncer com maior incidência na população feminina e na doença mais temida pelas mulheres. Essa patologia provoca inúmeras modificações em todas as esferas da vida, incluindo o casamento. A conjugalidade exige um investimento contínuo para a construção e a manutenção de um espaço compartilhado entre sujeitos que possuem diferenças, fator que comporta a potencialidade de criação de cada encontro, bem como exige a integração dos desejos e dos projetos pessoais à vida a dois. Essa complexidade é intensificada em uma situação de adoecimento como o câncer de mama, devido às demandas e temores que se impõem. Isto posto, o presente estudo se propõe a) entender a experiência do câncer de mama, na vida de mulheres adultas, casadas e/ou separadas, que já concluíram a fase de acompanhamento por cinco anos pós-tratamento b) refletir acerca do processo de manutenção e desvinculamento conjugal e seus desdobramentos, no decorrer do enfrentamento do câncer de mama; c) Compreender quais são as reverberações do adoecimento por câncer de mama para o casamento. Desse modo, esta dissertação foi organizada em 8 capítulos, nos quais procuramos apresentar contextos e conceitos que nos possibilitaram pensar acerca das inquietações suscitadas que motivaram a realização dessa pesquisa.

No primeiro capítulo, “Conjugalidade e câncer de mama” apresentamos uma revisão da literatura acerca do nosso objeto de estudo contemplando também os poucos estudos existentes da psicanálise de casal e família no entendimento do câncer de mama na interface com a conjugalidade. A partir disso, o leitor pode se aproximar das vivências da díade que enfrentam o câncer de mama feminino no que diz respeito à sexualidade, ao suporte ofertado pelo cônjuge, ao impacto que essa patologia provoca no esposo e aos redimensionamentos que o casal realiza para o enfrentamento dessa experiência.

No segundo capítulo, “A construção da conjugalidade”, abordamos o terreno sobre o qual nossa investigação se alicerça. Dessa forma, apresentamos o conceito de vínculo, pedra angular dos nossos estudos, bem como, o modo singular que a psicanálise de casal e família compreende a conjugalidade. Neste capítulo o leitor também conhecerá as definições dos conceitos que se configuraram como operadores conceituais para refletirmos os dados obtidos nas entrevistas, tais como, Respeito, Reconhecimento, Reciprocidade, Responsabilidade, alteridade e projeto compartilhado.

No terceiro capítulo, “Conjugalidade na contemporaneidade”, buscamos expor de maneira sucinta, os desdobramentos da conjuntura sociocultural no delineamento dos modos de vinculação e de conjugalidade nos dias atuais. Dessa forma, refletimos acerca da cultura do narcisismo, da era do consumismo e dos processos intersubjetivos que compõem o movimento de desvinculamento da díade.

No quarto e quinto capítulo, abrangemos, respectivamente, os objetivos e os aspectos metodológicos que envolvem essa pesquisa. Destacamos que trata-se de uma pesquisa que utiliza o método qualitativo e entrevistas semi-estruturadas.

No sexto capítulo trazemos à tona a análise dos resultados dessa pesquisa. O material coletado foi submetido à análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011) e foi organizado em 4 categorias: “A vida a dois antes do adoecimento”, “A díade atravessando o adoecimento”, “O desenlace durante o adoecimento” e “O casal depois do câncer”. Além disso, esse capítulo apresenta características gerais das participantes que compartilharam suas histórias de vida e contribuíram para os resultados da investigação.

No sétimo capítulo, realizamos uma discussão teórica empreendida a partir da análise dos dados, onde alinhamos os objetivos dessa pesquisa com os resultados encontrados. De modo geral, esta pesquisa constatou que o modo de organização da díade antes do adoecimento interferiu na manutenção ou não da conjugalidade, bem como no enfrentamento da doença e do tratamento. Ademais a configuração do Reconhecimento, o Respeito, a Reciprocidade, a Responsabilidade, propostos por A. Eiguer, bem como, o manejo das diferenças se configuraram como elementos essenciais em todo o processo, pois delinearão os redimensionamentos que os casais foram capazes de fazer.

Por fim, no último capítulo apresentamos as nossas considerações finais, que apontam para a necessidade do fortalecimento de políticas públicas destinadas a auxiliar as mulheres sobreviventes ao câncer de mama no enfrentamento das dificuldades ocasionadas pela referida doença nas mais variadas dimensões de sua vida, visando melhorar a sua qualidade de vida.

1 CONJUGALIDADE E CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Figura 1 - Homem atingido por aquilo que não pode ser desvisto



Fonte: Susano Correia (2022)¹

Este capítulo apresenta uma revisão bibliográfica que possibilitará compreendermos qual é o atual estado da arte, no cenário científico brasileiro sobre a temática. Ressaltamos que a obra utilizada para abrir este capítulo tem a função de disparar nossas reflexões, pois remete ao desespero, ao choque, ao espanto e à sensação de ruptura de si e da realidade conhecida, que o casal encara, a partir do diagnóstico de

¹ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/ChvTh3Epcw/>. Acesso em: 14 dez. 2022.

câncer de mama, conforme demonstraremos neste capítulo, pautadas na literatura científica.

*Prometo estar contigo na alegria e na tristeza,
na saúde e na doença, na riqueza e na pobreza,
amando-te, respeitando-te e sendo-te fiel em todos
os dias de minha vida, até que a morte nos separe.*

Votos de casamento

O câncer é uma grande questão de saúde pública, em nosso país, devido à sua alta taxa de incidência e morbidade. Segundo o Instituto Nacional do Câncer - INCA (2022), o câncer de mama se configura como o segundo tipo de câncer com maior incidência na população brasileira e como primeiro, quando analisamos estritamente a população feminina.

O levantamento bibliográfico foi efetuado, a partir de combinações de descritores e operadores booleanos previamente estabelecidos, no Periódicos Capes, na BVSPsi, no Scielo e no PepSic, que constituem os principais portais e bases de dados científicos do país. Organizamos os resultados encontrados em quatro grandes eixos temáticos: I- A experiência da mulher diante do adoecimento, II- O cônjuge diante da vivência do câncer de mama na esposa, III- A conjugalidade frente ao adoecimento por câncer de mama feminino e IV- Câncer de mama na perspectiva da psicanálise de casal e família. O segundo eixo é composto pelas categorias: II-a) vivências emocionais do cônjuge e II-b) o suporte ofertado pelo marido. Já o terceiro eixo é constituído pelos conjuntos: III-a) sexualidade do casal e b) mudanças no relacionamento.

Para concluir esse capítulo apresentamos os estudos acerca do câncer de mama que se apoiam na perspectiva da Psicanálise de Casal e Família.

1.1 A experiência da mulher diante do adoecimento

Venâncio (2004) e Rossi e Santos (2003) apontam que o câncer de mama se configura na doença mais temida pelas mulheres, pois o tratamento pode implicar a mutilação de um dos atributos que integra a identidade feminina e que, por sua vez, se relaciona com a sexualidade e com a maternidade.

Feijó *et al.* (2009) assinalam que a confirmação do diagnóstico de câncer de mama suscita na mulher e em sua família sentimentos de medo, raiva, angústia, ansiedade, decepção, preocupação, desespero, depressão, confusão, insegurança, medo da morte, além de prejuízo nas habilidades sociais, funcionais e laborais. Santos *et al.* (2013) afirmam que, no momento do diagnóstico, as reações das mulheres são majoritariamente intensas e desesperadas, oscilando entre a sensação de completa irrealdade até a perplexidade, pois sentiam que experienciavam a possibilidade de morte iminente.

Algumas descrevem o que sentiram nesse momento por meio de metáforas poderosas, como “parece que o chão se abriu embaixo dos meus pés” ou “me senti como se tivessem jogado uma bomba sobre minha cabeça”. Uma mulher relatou que pensou que “era o fim do mundo”. Geralmente, o primeiro pensamento que vem à mente da paciente, ao se descobrir com uma doença potencialmente fatal como essa, é: “câncer, então eu vou morrer”. (SANTOS *et al.*, 2013, p. 4).

Almeida (2015) assinala que o diagnóstico de câncer de mama impõe à mulher o enfrentamento de diversas demandas, no âmbito físico, emocional, social, sexual e profissional, fato que reverbera no desempenho dos papéis de mulher, mãe, filha, esposa, estudante e profissional. Desse modo, a doença e seus tratamentos tendem a afetar todas as esferas da vida da mulher que é acometida pelo câncer de mama, bem como a de seus familiares, sobretudo a do cônjuge e a de seus filhos, os quais compõem o núcleo da família.

Nessa mesma direção, Rossi e Santos (2003) pontuam que o diagnóstico suscita muitas reações emocionais e inseguranças, no que tange à eficácia do tratamento, bem como à convivência com as repercussões do adoecimento para o relacionamento conjugal. Vieira e Queiroz (2006) também destacam que as relações interpessoais das mulheres com câncer de mama são alvos de reflexão e questionamento.

Segundo Melo, Silva e Fernandes (2005), esses tratamentos resultam em alterações na aparência da mulher e fazem com que as mulheres enfrentem o aumento de peso, a alopecia, os edemas e a mastectomia, aspectos que influenciam a sua autoimagem e qualidade de vida. Em sua maioria, a mastectomia leva as mulheres a sentirem que estão incompletas. Habitar um corpo mutilado traz, além de aflição, desamparo, sentimentos de menos valia e altos prejuízos na autoestima:

Uma paciente de 60 anos, separada do marido e que vivenciava um novo relacionamento, relatou que assim que foi diagnosticada com câncer de mama rompeu o namoro, porque já sabia que iria ficar sem cabelo e sem a mama. De certo modo, quis antecipar-se a uma rejeição (presumida) por parte do parceiro. (SANTOS *et al.*, 2013, p. 5.)

Toda essa conjuntura deflagrada pelo adoecimento por câncer de mama causa, no imaginário da mulher, “[...] a desistência, o fracasso e a vergonha de si própria por adoecer [...] diferente e estigmatizada.” (JUNQUEIRA; SANTOS, 2020, p. 568).

Maieski e Sarquis (2007) verificaram que 95% das mulheres com câncer de mama se afastaram de seus trabalhos, devido à mastectomia, à limitação funcional de membros superiores e aos efeitos colaterais da quimioterapia, visto que 82% das mulheres apresentaram “[...] vômito, enjoo, fraqueza, diarreia, alopecia, sonolência ou dificuldade para dormir, tontura, inapetência, mal-estar, depressão e desânimo.” (MAIESKI; SARQUIS, 2007, p. 6). Esse contexto instala a necessidade de recorrerem à aposentadoria compulsória e, desse modo, as mulheres deixam de exercer um importante papel social. Além disso, as autoras constataram que, durante o tratamento, 64% das mulheres necessitavam de auxílio para executar atividades domésticas. Floriani (2004) nos apresenta alguns dados sobre o panorama financeiro dessas famílias:

O SUPPORT mostrou que 20% dos cuidadores perderam seus empregos; 31% das famílias tiveram perda quase que total, ou total, das suas reservas financeiras; e 29% das famílias perderam a principal fonte de renda. Neste estudo, as famílias mais atingidas foram as de baixa renda, com pacientes com menos de 45 anos e aquelas com pacientes com importante dependência. (FLORIANI, 2004, p. 341).

Ainda em relação às perdas que o câncer pode provocar, Salci e Marcon (2011) constataram que os casamentos que já estavam abalados anteriormente ficaram ainda mais frágeis, após o diagnóstico, pois, em muitos relacionamentos, o esposo cometia traição ou optava pela separação.

O adoecimento revela fragilidade, dependência, sentimento de menos-valia e inutilidade, aspectos renegados na sociedade capitalista, a qual venera a produtividade. O corpo também foge da estética-padrão imposta, mas, de acordo com Junqueira e Santos (2020), algumas mulheres conseguem identificar sua beleza para além da dimensão corpórea, pois reconhecem que sua coragem, sua bravura, sua persistência, suas vitórias em face do câncer também fazem parte da sua beleza.

Concluída a fase de tratamento, a mulher inicia a fase de acompanhamento, a qual tem a duração de cinco anos, onde ela continua realizando exames periodicamente, para detectar uma eventual recidiva ou episódio metastático. Se, após esse período a mulher não apresentar recidiva e metástase, ela é considerada sobrevivente ao câncer de mama de longo termo, no qual os retornos para exames são progressivamente espaçados (CESNIK, SANTOS, 2012).

Desse modo, na fase do pós-tratamento e pós-acompanhamento as intervenções da equipe de saúde tendem a ser esporádicas e frequentemente restritas à exames biológicos que visam rastrear incidências de um possível câncer. Entretanto, essas mulheres, sobreviventes ao câncer de mama², enfrentam marcas nas dimensões psicossociais deixadas pelo câncer de mama, tais como, alteração da imagem corporal em decorrência da mastectomia, as limitações da mobilidade do braço por conta da cirurgia, linfedema, hipersensibilidade bucal, aversão a determinados cheiros e alimentos, dificuldades no âmbito sexual e menopausa induzida. Todos esses aspectos afetam sobretudo o funcionamento físico, o desempenho de papéis e a qualidade da relação sexual estabelecida com o parceiro (SILVA, SANTOS, 2008; VIDOTTI, SCORSOLINI-COMIN, SANTOS, 2013).

Isto posto, foi evidenciado que quando o cuidado está alicerçado no modelo biomédico a cura da doença torna-se o principal objetivo da medicina e todos os outros aspectos que atravessam essa vivência são desconsiderados. Haja visto que diante do câncer de mama, todas as esferas da vida da mulher são redimensionadas, de maneira que muitos dos impactos provocados pelo adoecimento permanecem após a conclusão do tratamento e se fazem presentes, durante o resto da vida da mulher, segundo Yoshimochi *et al.* (2018).

1.2 O cônjuge diante da vivência do câncer de mama na esposa

A categoria 2-a) evidencia que o câncer de mama feminino fragiliza o estado emocional de seu cônjuge, pois há uma interdependência entre o sofrimento psíquico da paciente e o sofrimento da família. Os sentimentos experienciados variam de acordo com a fase da doença e com os significados que vão sendo construídos, ao longo da vivência, os quais se relacionam com os conceitos que a história e o contexto sociocultural constituem (NERIS *et al.*, 2018).

Aqui cabe fazer um parêntese e destacar o trabalho de Sontag (2007), o qual demonstra como a sociedade, no decorrer da história, vai atribuindo significações para o câncer de mama. Nesse sentido, a referida autora situa o cristianismo como um elemento

² Considera-se sobrevivência ao câncer de mama, um processo que se inicia no momento do diagnóstico e se perpetua por toda a vida da mulher (SILVA, SANTOS, 2008). Cabe destacar que segundo a American Cancer Society (2011), quando mulheres que sobreviveram por cinco anos ou mais após terem recebido o diagnóstico, e que concluíram com sucesso o tratamento, sem apresentar evidências detectáveis da doença são designadas de sobreviventes ao câncer de mama de longo termo.

importante, pois ele imputou uma conotação moralizante a essa patologia, ao compreender que a mesma poderia ser uma expressão de um castigo divino e que, portanto, se configurava em algo justo e adequado. A concepção de punição divina foi substituída, no século XIX, pela compreensão de que a enfermidade era fruto da personalidade do doente; desse modo, nessa perspectiva, as pessoas que não conseguiam expressar suas emoções tenderiam a adoecer. No século XX, as significações construídas para o câncer atrelam-se à compreensão de que ele seria uma doença adquirida por meio da sujeira do corpo e da alma.

Gomes, Skaba e Vieira (2002) afirmam que, em nossa sociedade, o termo “câncer” é empregado para metaforizar situações desprezíveis que afetam a ordem social, como por exemplo, a corrupção. Além disso, reiteram que, mesmo com os avanços obtidos tanto na área do diagnóstico quanto na esfera do tratamento, ainda persiste atrelado ao câncer o simbolismo de uma doença mortífera e irreversível. Ambrósio e Santos (2011) também detectaram que, para os familiares de pacientes com câncer de mama, essa patologia ainda é considerada uma sentença de morte.

Conhecer toda essa gama de significações sociais que permeiam o adoecimento por câncer de mama é de suma importância, pois o modo como a sociedade compreende um fenômeno modula os sentidos e os significados destinados a uma vivência. Esse entrelaçamento entre o âmbito individual e o coletivo é evidenciado por Ferreira, Almeida e Rasera (2008), para quem os sentidos que os casais constroem para a vivência desse tipo de adoecimento estão intimamente associados às concepções estabelecidas historicamente. As referidas autoras apontam que os sentidos atribuídos pelos casais para o diagnóstico de câncer de mama estão muito ligados à provação divina. Dessa forma, a enfermidade só está sendo experimentada pela permissão de Deus, e a responsabilidade da cura também é delegada à entidade divina, o que mobiliza nos cônjuges muitos comportamentos de barganha. As autoras ressaltam que, a partir dessa concepção, o casal tende a fortalecer a sua espiritualidade, a fim de atravessar essa situação-limite.

Neris *et al.* (2018), por sua vez, pontuam que o sentido que os esposos têm atribuído ao diagnóstico de câncer de mama é de choque e tristeza, porque ele ainda é considerado uma doença reputada como incurável e que causa sofrimento e possibilidade de morte. Essas autoras frisam que os cônjuges depositam na quimioterapia a esperança da cura, apesar de ser permeada por fortes efeitos colaterais, o que também os fragiliza. Neris e Anjos (2014) assinalam que os cônjuges compreendem o câncer como uma ameaça à vida de sua companheira e, assim como elas, podem não ter suficiente e

adequada estrutura emocional para enfrentar a doença. Os significados que construíram para essa vivência estavam majoritariamente relacionados a aprender uma lição para o seu desenvolvimento enquanto ser humano.

O fato de ainda hoje, no imaginário social, o câncer estar intrinsecamente atrelado à sensação de perda iminente da vida e esse contato súbito com a finitude contribuem igualmente para desencadear uma gama de sentimentos. Segundo Yoshimochi, Santos e Magalhães (2018), o diagnóstico é o momento de grande impacto na vida dos companheiros de mulheres com câncer de mama e provoca sofrimento intenso e desestabilização emocional. Entretanto, no estudo realizado por eles, os cônjuges não se paralisaram diante das vivências, conseguiram se posicionar ativamente e apoiar a esposa, na adesão do tratamento e enfrentamento do adoecimento.

Os cônjuges se mostraram vulneráveis a uma mescla de sentimentos de alta densidade emocional, tais como medo, tristeza, esperança, fé, confiança, apreensão, sensação de irrealidade, rejeição, impotência, choque, constrangimento, pessimismo, desespero, angústia e insegurança. Esses sentimentos eram potencializados, à medida que a notícia do diagnóstico precisava ser repassada e transmitida para outros entes queridos (CECILIO *et al.*, 2013; NERIS *et al.*, 2018).

NERIS *et al.*, 2018 em uma revisão bibliográfica constataram estudos que demonstraram que, após um ano do diagnóstico de câncer de suas esposas, os cônjuges apresentaram índices significativamente maiores de transtornos de humor, de reações ao estresse grave, ansiedade e doença cardíaca isquêmica. Conforme apontado por esse estudo, o estresse psicológico é maior entre os cônjuges do que entre as próprias mulheres com câncer de mama. Além disso, os mencionados autores enfatizam que os cônjuges estão mais vulneráveis a desenvolver depressão, fadiga, alteração no sono e transtornos alimentares.

Silva *et al.* (2020) constataram que o medo da recidiva é uma questão que atravessa o cotidiano, não só da mulher que enfrentou o câncer, mas de toda a sua família. E, a cada novo exame ou sintoma diferente no corpo, a insegurança é potencializada. Neris e Anjos (2014) identificaram que os companheiros também revelaram um permanente medo da perda e o temor da recidiva. Tais manifestações foram mais presentes nos companheiros que exerceram os cuidados à esposa, sem o auxílio de uma rede de apoio participativa. Picheti, Castro e Falkle (2014) sustentam que o cônjuge oculta de sua esposa as emoções que considera negativas, com o intuito de protegê-la e para cumprir a função social de dar sustentação emocional à mulher. Contudo, esse

comportamento é percebido pelas suas esposas como rejeição e insensibilidade, o que suscita distanciamento e desconfiança, no casal.

Outro ponto a ser destacado, segundo Neris e Anjos (2014), é que os companheiros se sentiram aprisionados à nova condição e viram suas possibilidades de desenvolvimento pessoal se tornarem restritas. Os companheiros perceberam que, embora o sofrimento emocional de suas mulheres tenha prejudicado substancialmente a qualidade de vida do casal, as angústias e dificuldades atravessadas por ambos, no percurso de nova situação, fizeram que dessem mais valor aos momentos que passavam juntos e investir seu tempo naquilo que, de fato, tem relevância e prioridade para a díade.

1.2.1 O suporte ofertado pelo marido

A categoria 2-b) demonstra que o cônjuge se configura e se reconhece como um elemento importante do suporte da mulher, desde a fase do diagnóstico até a fase de reabilitação (BIFI; MAMEDE, 2004). Nesse mesmo sentido, Blanc, Silveira e Pinto (2016) observaram que muitas pacientes com câncer de mama identificam seus parceiros como sua fonte de apoio mais importante, durante sua experiência de adoecimento. Yoshimochi. Santos e Magalhães (2018) assinalam que o cônjuge da mulher com câncer de mama apresenta limites e potencialidades no apoio ofertado, nas diferentes fases da doença, pois ele também é afetado pela experiência. Na percepção dos cônjuges, a gama de sentimentos negativos suscitada pela situação de adoecimento impacta no seu modo de oferecer o suporte, segundo Cecílio *et al.* (2013).

A vivência do cônjuge de uma mulher com câncer de mama é atravessada pela sombra da doença e, por mais que tenha um papel significativo, ele não é considerado, nas intervenções dos profissionais. Na percepção dos cônjuges, eles receberam poucas informações dos profissionais de saúde, sobretudo a respeito das reações adversas, o que gerou dúvidas nos mesmos, se tais sintomas eram de fato efeitos colaterais ou se se tratava de uma complicação do quadro da esposa (DELALIBERA *et al.*, 2015).

A fase de tratamento em que a mulher se encontra, isto é, diagnóstica, cirúrgica ou reabilitação, é igualmente um fator relacionado ao tipo de suporte, pois cada uma tem sua peculiaridade. Biffi e Mamede (2004) argumentam que o parceiro é um dos principais integrantes da assistência à mulher com câncer de mama, na fase de reabilitação.

Por mais que cultural e socialmente o cônjuge seja colocado no lugar de suporte à mulher adoecida, ele é pouco incluído nas intervenções da rede de cuidado profissional.

Aqui, chamam a atenção os achados de Ferreira, Almeida e Rases (2008), para quem a mulher recebe, majoritariamente, o diagnóstico do câncer de mama, quando está sozinha, pois a presença do cônjuge pode acarretar no aumento do tempo da consulta, devido à necessidade de ambos terem suas angústias aplacadas. Além disso, os cônjuges não possuem muitas informações acerca do câncer de mama, bem como das repercussões dos tratamentos, o que faz com que sua compreensão da problemática seja limitada, aspecto capaz de impactar negativamente seu apoio ofertado à mulher.

Rezende *et al.* (2005) demonstraram que os cuidados principais com a mulher com câncer de mama são realizados predominantemente por mulheres, nos mais variados tipos de relação, tais como, mãe, filha, amigas, vizinhas, dentre outros. Apenas 24% dos cônjuges efetivam os cuidados principais. Os autores salientam que, quando o suporte ofertado pelo cônjuge não é complementado por uma rede de apoio, a relação conjugal tende a sofrer maior impacto negativo, pois o companheiro vivencia mais estresse e exaustão. Além disso, quando a situação da mulher não possui prognóstico de possibilidade terapêutica, os esposos vivenciam alto índice de ansiedade e depressão, ao desempenharem esse papel.

Conforme Neris *et al.* (2018), ao assumir esse novo papel, o cônjuge tem que reorganizar a sua rotina e reconfigurar seu investimento, no âmbito pessoal, profissional, conjugal e parental. Assim, a relação do homem com o trabalho é modificada, porque, para acompanhar a esposa nas consultas, exames e sessões de quimioterapia e radioterapia, precisava se ausentar. As suas atividades sociais e de lazer também são diminuídas, visto que passou a arcar com atividades que antes não faziam parte de seus afazeres, tais como trabalhos domésticos, dedicação à esposa e filhos. A modificação na rotina diária se configura em um estresse para a díade, e a maneira como o cônjuge se adapta influi no modo como a mulher se ajusta a essa fase.

Biffi e Mamede (2004) pontuam que o suporte disponibilizado por eles se apresenta de diversas maneiras e de acordo com a realidade de cada configuração vincular. Dentre as modalidades de suporte ofertadas, destacam-se: o aumento da demonstração de afeto, o estímulo ao autocuidado, a realização dos afazeres domésticos e o cuidado com os filhos. As trocas afetivas entre a díade constituem um aspecto fundamental do apoio social recebido durante o tratamento. As referidas autoras demonstraram que uma forma de os cônjuges serem suporte para sua esposa com câncer de mama é deixar de se posicionar em uma discussão, para evitar que o conflito não se intensifique e a situação dela não se agrave. Além disso, eles empregam diversas

estratégias de apoio, dentre as quais privilegiam o diálogo e o compartilhamento do cuidado com os demais familiares. O suporte aqui não se resume aos aspectos relacionados ao tratamento, mas se estendem à administração de todo o entorno, incluindo tarefas domésticas, ações com os filhos e compreensão da nova configuração da intimidade deles, uma vez que, segundo essas autoras, companheiros enfrentaram dificuldades e estranhamento no âmbito sexual, desde o toque físico.

Santos, Santos e Vieira (2014), em uma revisão integrativa da literatura, verificaram que, quando o cônjuge ocupa esse lugar de suporte à mulher adoecida, há dois elementos não tão satisfatórios que podem atravessar essa relação: 1) a infantilização da parceira pelo parceiro e 2) a redução da parceira aos aspectos relacionados ao adoecimento, o que dificulta ao cônjuge olhar para as potencialidades de suas parceiras. Assim, muitos cônjuges se distanciam do papel esposo-esposa e se aproximam do papel de cuidador/paciente, fator que pode gerar um empobrecimento para a conjugalidade.

As maiores dificuldades dos cônjuges em propiciar apoio social estão concentradas nas esferas sexual, comunicacional e serviços domésticos, na visão de Picheti (2012). Para esse autor, os cônjuges mais jovens têm maior dificuldade em assumir a responsabilidade pelas atividades domésticas e são mais suscetíveis a um maior nível de estresse que os maridos mais velhos. Biffi e Mamede (2004) entendem que a inabilidade de alguns parceiros para oferecer apoio pode estar associada à falta de habilidade para lidar com situações difíceis.

Nessa dimensão, destaca-se a alteração de papéis, pois, culturalmente, o lugar de cuidador é delegado à mulher e, no adoecimento por câncer de mama, essa lógica é colocada em xeque, conforme apontam NERIS *et al.*, 2018 em uma revisão da literatura, o que pode gerar sofrimento nos homens, produzindo estresse intenso e influenciando até o desenvolvimento de doença cardíaca. Neris e Anjos (2014) afirmam que a espiritualidade se configurou como uma ferramenta de que muitos casais se utilizaram, para superar os conflitos conjugais e permanecerem juntos, na travessia dessa tormenta. Dessa forma, apegavam-se aos ensinamentos de sua religião e ao compromisso assumido com Deus, no dia do casamento. A rede de apoio constituída pela família e amigos também se configura em uma importante ferramenta que o casal empregou, para auxiliar no atravessamento dessa vivência.

O apoio do companheiro conferiu maior segurança emocional para as esposas enfrentarem, de modo mais proativo, a doença e as dificuldades por ela impostas. Ademais, contribuiu para a melhora nos relacionamentos interpessoais, em comparação

às mulheres que não possuíam um relacionamento estável. Biffi e Mamede (2004) notaram que se sentir aceita, desejada, amada e importante para o esposo se constituiu em um aspecto que contribuiu para a mulher restaurar sua autoestima, autopercepção e autoimagem, abalada pelo câncer de mama.

1.3 A sexualidade do casal

A categoria 3-a) aborda a sexualidade dos casais que enfrentam o câncer de mama. De acordo com Mairink *et al.* (2020), os casais consideram a sexualidade e a intimidade como elementos importantes para a qualidade de vida e do relacionamento. Entretanto, os tratamentos indicados para o câncer de mama desencadeiam algumas limitações na vivência da sexualidade, em função dos sentimentos de perda da atratividade sexual, dor, durante a relação sexual, perda da libido e redução da lubrificação vaginal (JUNQUEIRA; SANTOS, 2020).

Santos *et al.* (2013) investigaram os efeitos dos tratamentos do câncer de mama na vida sexual e na intimidade das mulheres que tiveram câncer de mama e constataram que os mais citados pelas mulheres são “[...] a queda do cabelo, ganho ou perda de peso, fadiga crônica, náuseas, perda parcial ou total da mama e o sentimento de não ser mais uma mulher completa.” (SANTOS *et al.*, 2013, p. 5). Além disso, o estigma social, o afastamento do trabalho e a ausência ou a inconsistência do apoio familiar são igualmente fatores que impactam negativamente a vivência da intimidade.

Nessa conjuntura, majoritariamente, o seio deixa de fazer parte das trocas de carícias nas experiências dos casais que enfrentaram a mastectomia. Ambrósio e Santos (2015) detectaram que a mastectomia desperta na mulher sentimento de rejeição e de não aceitação de sua condição de ser mutilada, aspecto que afeta o desempenho de papéis, especialmente na vida conjugal.

Segundo Silva *et al.* (2010), a mastectomia, seja parcial, seja total, provoca alterações na autoestima e autoimagem da mulher, o que impacta na vida sexual do casal, já que a mulher passa a apresentar dificuldade de mostrar o corpo e até mesmo de ter sua mama tocada pelo parceiro. Pereira *et al.* (2020) afirmam que, quanto mais radical a intervenção, maior será o impacto negativo sobre a sexualidade vivenciada pelas mulheres afetadas pelo câncer de mama. Assim, o tipo de tratamento utilizado tem um papel fundamental na vida das mulheres, no que diz respeito à esfera emocional,

psicológica e sexual, de sorte que Markopoulos *et al.* (2009) verificaram que as pacientes que fizeram mastectomia parcial ficaram mais satisfeitas com sua imagem corporal, em comparação àquelas que tiveram um atraso na reconstrução pós-mastectomia.

Santos *et al.* (2013) pontuam que a reconstrução mamária assume grande relevância, porque permitiu às mulheres se sentirem melhor com a imagem corporal e mais confortáveis, para viver a sexualidade novamente, de forma mais prazerosa. Pereira e outros (2020) detectaram que a mamoplastia pode reparar a aparência e amenizar o trauma psicológico. Junqueira e Santos (2020) notaram que a reconstrução mamária auxiliou as mulheres a se apropriar novamente da sua feminilidade, da sua sexualidade e do seu erotismo. Contudo, ressaltam que a fase da reabilitação é um marcador com grande influência na reorganização da autoimagem, pois essa dimensão, assim como a sexualidade, passa a ser relevante somente quando a iminência da morte foi afastada, o que geralmente acontece quando o tratamento tem uma resposta favorável.

Na contramão desses achados, Mairink e *et al.* (2020) evidenciaram que a reconstrução mamária impacta negativamente a sexualidade dos casais, uma vez que a provoca insensibilidade no local, o qual, ao ser tocado, gera desconforto e não prazer. Assim, os referidos autores concluíram, em seus estudos, que reconstrução mamária não melhorou a vida sexual do casal, visto que fez com que o corpo da mulher fosse marcado por mais cicatrizes, diminuiu a sensibilidade ao toque, suscitando na mulher uma vivência de estranhamento com seu próprio corpo e no relacionamento sexual.

Gasparelo e *et al.* (2010) revelam que é muito comum que as mulheres mastectomizadas sem reconstrução mamária passem a efetuar as relações sexuais vestidas com sutiãs e camisetas, devido aos desconfortos que enfrentam, ao mostrarem seu corpo marcado pela perda da mama, elemento que, em nossa cultura, está atrelado à feminilidade e à erotização.

Pereira, Gomes e Oliveira (2017) nos lembram que não é só a mastectomia que afeta a sexualidade do casal: a quimioterapia, por exemplo, ocasiona alopecia, vômitos, náuseas, gera falência ovariana e diminui a produção de estrógeno e progesterona. Este último fator, o qual induz à menopausa precoce, leva à diminuição da lubrificação vaginal e da libido, dispareunia e anorgasmia, aspectos que contribuem para o desconforto durante a prática sexual. Além disso, diminui drasticamente a fertilidade da mulher, fator que pode se tornar um problema, quando o casal tem, em seu projeto comum compartilhado, a parentalidade. Vale salientar que o momento de menor frequência sexual para os casais, segundo os autores, é o período da realização da quimioterapia.

Já a radioterapia pode acarretar fadiga, diarreia, náusea, vômito, radiodermite, o que causa dor e não permite o toque. Os efeitos da hormonioterapia, por sua vez, são semelhantes aos da quimioterapia: falta de lubrificação vaginal, dispareunia e alteração da libido. Outro aspecto que merece ser destacado aqui é que há a recomendação do uso de preservativo para evitar que a mulher engravide, porque os medicamentos podem causar disfunções ao feto. Essa medida também é recomendada para proteger a mulher de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), pois os medicamentos diminuem a imunidade das mulheres, o que as deixa mais suscetíveis a qualquer tipo de adoecimento (MAIRINK *et al.*, 2020).

De acordo com Santos *et al.* (2016), há casais que, mesmo diante desse contexto, continuam conservando a vida sexual ativa. Os casais que mantiveram relações sexuais, apesar do adoecimento, elencaram o bom relacionamento afetivo-sexual anterior ao diagnóstico e a vontade de expressar o amor sentido pelo cônjuge, através da relação sexual, como sendo os principais motivadores. O prazer feminino não foi tido pelas mulheres como um elemento importante da vida sexual do casal e coloca o sexo como um dever que deve ser cumprido pela esposa, para evitar a traição e o abandono do homem. Os referidos autores salientam que tal aspecto evidencia um casamento pautado nas relações tradicionais de gênero, onde a mulher é colocada em posição inferior ao homem e seu corpo, considerado um objeto destinado para o prazer masculino. Esse relacionamento também está pautado em uma dupla moral sexual, a qual silencia o desejo sexual feminino e naturaliza o desejo sexual masculino.

A maior parte dos casais não consegue administrar os desconfortos e acaba interrompendo a prática sexual. O cessamento da atividade sexual no casamento é atravessado por inúmeros fatores, tais como a percepção de distanciamento emocional entre a díade, o fato de o parceiro ter medo de ter relação sexual e machucar a esposa, a imagem corporal empobrecida das mulheres, angústias e estresses suscitados pelo diagnóstico do câncer de mama, bem como pela indisposição física provocada pela quimioterapia. Nem sempre a perda da sexualidade implica necessariamente a perda do amor e companheirismo, por parte do casal, conforme nos alertam Santos *et al.* (2016). Cabe destacar ainda que a diminuição ou a extinção da frequência da relação sexual não se relaciona à redução do desejo sexual do cônjuge pela parceira, mas, sim, pelos diversos fatores que engendram essa circunstância e fazem com que a mulher não esteja disponível para essa vivência.

Santos *et al.* (2016) verificaram que 66% das mulheres que tiveram câncer de mama e eram sexualmente ativas interromperam as atividades sexuais, durante o tratamento. Esses autores pontuam que as transformações ocorridas no âmbito sexual podem perdurar durante um longo tempo, na vida da mulher, após o término do tratamento. Tal situação é causada por diversos fatores, tais como os graves danos físicos e emocionais decorrentes de efeitos colaterais e da elevada toxicidade do tratamento.

Toda essa mudança na vida sexual do casal pode despertar, nos cônjuges, sentimentos de desapontamento, raiva e tristeza (SANTO, SANTOS, VIEIRA, 2014). A reinvenção da sexualidade atravessa outros percalços, pois os esposos apresentam uma relutância em experienciar práticas que fogem da penetração pênis-vagina. Nesse sentido, o comprometimento do cônjuge com o relacionamento é fundamental para a vida sexual, porque, quando as mulheres recebem atenção, carinho, se sentem atraentes sexualmente, compreendidas e acolhidas, o casal consegue reinventar a sexualidade, dentro da nova realidade (SANTOS *et al.*, 2013). Há mulheres que melhoraram a sua vida íntima depois do adoecimento por câncer de mama. A melhoria na vida íntima após a experiência da doença auxilia as mulheres a ressignificarem sua experiência de adoecimento e a encontrarem novo propósito para a vida, segundo Santos *et al.* (2013).

Alguns conseguem recuperar a satisfação conjugal e outros acabam fazendo da inatividade sexual uma constante. A interrupção e a retomada da vida sexual estão associadas às concepções que as mulheres possuem acerca da sexualidade, as quais são atravessadas pelas relações de gênero e pela qualidade do relacionamento amoroso:

Das 55 mulheres que retomaram as relações sexuais, 27 (49%) reiniciaram por iniciativa própria, enquanto que 18 (32,6%) participantes relataram que voltaram a manter relações sexuais para agradar o parceiro ou por insistência dele. Ainda, 10 (18,2%) mulheres afirmaram ter retomado a vida sexual por iniciativa do casal ou por ter arrumado um novo parceiro. (SANTOS *et al.*, 2016, p. 3).

A dimensão afetiva do relacionamento, a qual envolve intimidade, comunicação e interação, é decisiva na retomada da atividade sexual, por conseguinte, se o profissional olhar para o tipo de vinculação e o padrão de comunicação estabelecidos pelo casal, pode atender de modo mais integral as necessidades não só da mulher, mas também de seu cônjuge. Mairink *et al.* (2020) constataram que o apoio afetivo do cônjuge se configura no principal fator na retomada da vida sexual do casal. Nesse sentido, o acompanhamento às consultas médicas e às sessões de quimioterapia e radioterapia auxiliou o casal a compreender melhor a situação que o casal vivenciava. Essa maior aproximação entre

eles fez com que o diálogo se ampliasse e a vida sexual melhorasse. O nível de satisfação conjugal das mulheres influencia a retomada da vida sexual após o término, visto que, quanto menor a satisfação, maior é a dificuldade em retomar a atividade sexual. Sales e Molina (2004), por sua vez, observaram que os cônjuges se tornaram mais próximos e mais afetivos com as mulheres, fazendo com que o desejo sexual não ocupasse mais o centro da relação, após a vivência do câncer de mama, mas que outros aspectos que compõem a dinâmica conjugal se tornassem prioridade, tais como o diálogo, o carinho, a atenção e a parceria.

Para fechar esta categoria, trazemos informações referentes ao modo como os profissionais tratam a sexualidade, no contexto de adoecimento por câncer de mama, pois esta impacta a vivência do casal. A sexualidade ainda é tabu, no âmbito dos cuidados oferecidos pelos profissionais, de maneira que a falta de orientação nessa temática pode contribuir para o distanciamento do casal e o aumento do sofrimento. Esse silenciamento fez com que as mulheres buscassem, na internet e grupos de apoio, o acolhimento de suas demandas. Pereira *et al.* (2020) assinalam que abordar os efeitos do tratamento para a saúde sexual, em curto, médio e longo prazo, das mulheres que enfrentam o câncer de mama pode conferir maior bem-estar pessoal e autocontrole, em todas as fases do tratamento.

Junqueira e Santos (2020) frisam que a formação e a capacitação dos profissionais que atuam na oncologia precisam ultrapassar os conhecimentos teórico-técnicos que embasam essa especialidade:

[...] o adoecer ativa muitos sentimentos de ordem universal, tais como o luto antecipado pela dor de se perder a condição plena de saúde, a raiva por ter sua vida interrompida abruptamente para se submeter a uma epopeia de terapêuticas invasivas, as sucessivas perdas enfrentadas no decorrer da longa jornada de tratamento, os efeitos colaterais da cirurgia e demais formas de tratamento, a exposição à fadiga crônica, a depressão e outras, independentemente da idade e do estado civil da mulher acometida, (JUNQUEIRA; SANTOS, 2020, p. 564).

Isso posto, para atender a mulher com câncer de mama, é importante olhar para além da doença e, assim, considerar integralmente o seu contexto, o qual abrange a sua situação socioeconômica e ocupacional, bem como a rede de apoio psicossocial de que dispõe. Intervenções profissionais destinadas a satisfazer as demandas, no âmbito da intimidade sexual, podem contribuir para uma maior efetividade na assistência prestada no processo de reabilitação psicossocial da mulher, construindo novas estratégias de enfrentamento (NERIS *et al.*, 2018).

1.3.1 Mudanças no relacionamento

Nesta categoria, fica evidente que as mudanças no relacionamento em função do adoecimento estão intrinsecamente relacionadas à qualidade da relação conjugal que a díade vinha construindo, antes do decurso da doença, pois estudos demonstraram que as relações estáveis e saudáveis tenderam a se fortalecer ainda mais e as relações frágeis propenderam a se deteriorar, atingindo a separação como uma solução para as angústias vivenciadas, segundo Pereira, Gomes e Oliveira (2016). Molina e Marconi (2006) acreditam que o casamento que já apresentava fragilidades antes do diagnóstico de câncer de mama tende a ter suas fragilidades intensificadas e, muitas vezes, o rompimento do vínculo conjugal acaba sendo a saída que a díade encontra, para a resolução dos impasses, diante dessa nova realidade. No entanto, há casamentos que se fortalecem e se reconstróem, a partir dessa vivência-limite. Além disso, Santos *et al.* (2013) demonstraram que, quando o casamento está pautado em um vínculo sólido e estável, o cônjuge tende a permanecer ao lado da mulher, fornecendo apoio nos diferentes estágios de adoecimento. De seu lado, Bankof (2014) verificou que as mulheres que se separam por causa do adoecimento por câncer de mama citaram como motivadores do abandono a debilitação física, a alteração estética provocada pela quimioterapia, o distanciamento progressivo dos cônjuges e o aumento da agressividade que permeava a relação.

As maiores dificuldades apontadas pelos casais, em face das modificações, centram-se na dimensão financeira, comunicacional e sexual (PICHETI, 2012). Neris e Anjos (2014) também constataram que a doença repercutiu negativamente na comunicação do casal, tal como a dificuldade de falar sobre o câncer de mama. As referidas autoras destacam que, se o diálogo entre os cônjuges não flui bem, a quantidade e a intensidade de conflitos aumentam e a intimidade diminui. O ideal romântico que atravessa a conjugalidade, por meio dos valores de fidelidade e amor eterno, colabora para os casais permanecerem juntos, ante o contexto de adoecimento, visto que forjam o senso de união, companheirismo, cumplicidade e responsabilidade para com o outro, o que faz com que a possibilidade de se separarem ocorra somente mediante o falecimento. Nesse sentido, tais aspectos despontam como importantes ferramentas utilizadas pela díade, para o enfrentamento do adoecimento, de acordo com Vieira (2015).

A partir de tudo isso que foi exposto, consideramos que a conjugalidade influencia e é influenciada pelo câncer de mama, de tal modo que o relacionamento pode se fortalecer ou enfraquecer, na situação de adoecimento, e, assim, se configurar como um elemento que auxilia ou dificulta a vivência do adoecimento por câncer de mama.

Nessa perspectiva, evidencia-se a necessidade de mais estudos que objetivem compreender as múltiplas dimensões que englobam o câncer de mama, na interface com a conjugalidade, visto que a revisão bibliográfica empreendida neste estudo demonstrou que a comunidade científica tem produzido pouco acerca dessa temática tão relevante.

Por fim, acreditamos que a psicanálise de casal e família possui grande potencial para contribuir com o avanço dos estudos, nessa área, porque, como vimos, os poucos estudos destinados a compreender as modificações que o casal atravessa, perante o adoecimento, se limitam aos aspectos práticos da convivência. Porém, não esqueçamos que a vida conjugal é delineada por processos complexos, os quais se situam no âmbito da intersubjetividade, de sorte que compreender como ocorrem, nessa situação de crise, pode auxiliar, não só psicólogos, mas toda a rede de cuidado a construir intervenções mais assertivas, na medida em que incorporem essa dimensão no rol do cuidado integral.

1.4 A conjugalidade diante do câncer de mama: uma visão da psicanálise de casal e família

Nós nos interessamos em conhecer também as produções nas quais o câncer de mama faz interseccionalidades com a psicanálise de casal e família, pois a presente pesquisa abrange exatamente esse campo. Encontramos apenas quatro artigos que refletissem a propósito do câncer de mama, no âmbito conjugal, a partir dessa perspectiva teórica, fato que aumenta a relevância do nosso estudo, no que tange à ampliação das discussões e compreensões sobre o referido fenômeno. Além disso, os estudos encontrados centram a sua compreensão na dimensão da transgeracionalidade que marca o vínculo e coopera para que o debate ultrapasse os aspectos práticos e objetivos da vivência conjugal, mediante o adoecimento. Contudo, é oportuno ressaltar que esses quatro artigos encontrados se assentam ainda no conhecimento da psicossomática, área do conhecimento que também possui muitos outros estudos sobre a interface do câncer de mama e a conjugalidade, mas que não foram integrados nessa revisão bibliográfica, por não se enquadrarem no objetivo da pesquisa.

Féres-Carneiro (2004) assevera que há um conjunto de questões intersubjetivas próprias da dinâmica conjugal, o qual antecede, desencadeia e mantém a condição de somatização. Isso posto, a autora assinala que o adoecimento somático em um casal pode ser influenciado pela qualidade psíquica da relação conjugal. Lisboa e Féres-Carneiro (2008) ressaltam que, na configuração do casal, há um espaço de oscilação contínua, onde cada cônjuge se situa como uma extensão do outro e, ao mesmo tempo, é diferenciado; essa situação pode ser deflagradora de muitas patologias, caso a diferenciação do casal seja falha, o que provoca impasse na transformação dos sujeitos e das próprias relações. As referidas autoras destacam que a capacidade de transformação do sujeito está atrelada ao modo como a díade se relaciona, identifica e nomeia as dimensões do “meu”, do “seu” e do “nosso. Quando o casal apresenta dificuldade de lidar com as necessidades do outro, seja na nomeação, seja na significação, seja ainda na interpretação dos elementos que compõem as interseções que constroem a conjugalidade (dimensões do “meu”, do “seu” e do “nosso”), o funcionamento conjugal fica prejudicado.

Lisboa e Féres-Carneiro (2008) também afirmam que, de acordo com suas experiências, existem alguns denominadores em comum na trajetória da mulher com câncer de mama, tais como: a dificuldade financeira, a existência de uma figura materna empobrecida de representações e de afeto e estabelecimento de um relacionamento conjugal com um homem que tenha problemas com álcool. Além disso, conforme Filgueiras e outros (2007), a literatura evidencia que, na configuração familiar dessas mulheres, há a presença de um pai ou irmão alcoolista, com pouco investimento libidinal, bem como na participação da vida conjugal e familiar.

Lisboa e Féres-Carneiro (2008) reconhecem, igualmente, que há um imbricamento entre a história subjetiva familiar e o adoecimento somático, pois a doença pode assumir diversas funções, como, por exemplo, reatualizar um trauma ou conflito anterior que não tenha sido elaborado pelos cônjuges. Essas autoras apontam que as mulheres acometidas por câncer de mama frequentemente exibem mecanismos de identificação, projeção, introjeção comprometidos, no que diz respeito à relação com o primeiro objeto de amor, o qual ressurgue com uma nova roupagem na relação do casal. Desse modo, assinalam que as primeiras impressões e os sentimentos pré-verbais interiorizados pelo sujeito, desde a relação primitiva com o cuidador principal, podem comprometer a saúde do casal, na medida em que o adoecimento pode estar relacionado com a incorporação de um objeto ou parte de um objeto adoecido que foi transmitido pela figura materna.

É imperioso frisar que a introjeção e a projeção são elementos estruturantes e constituintes da identidade conjugal e estão atravessados por conteúdos herdados transgeracionalmente. Se essa transmissão estiver associada a conteúdos não elaborados, ela pode suscitar uma situação progressiva de desinvestimento libidinal na díade, que, por sua vez, pode propiciar uma reatualização desses conteúdos no próprio corpo, considerando que as identificações e as projeções estariam ligadas com os traços adoecidos da história familiar ou do casal. Assim, esses conteúdos que não foram simbolizados devidamente e não tiveram um lugar de expressão podem, através do adoecimento, tentar transformar e elaborar a herança. Nesse sentido, as referidas autoras realçam que o adoecer somático traz consigo um paradoxo, porque, uma vez que expressa uma inscrição concreta e dolorosa de uma herança não elaborada, se configura como uma via de resolução desse impasse.

Nessa mesma direção, Correa (2000) pontua que a própria escolha amorosa pode favorecer a eclosão de doenças, se estiver atrelada aos elementos negativos de uma história geracional. Destarte, a escolha conjugal poderá se dar a partir de identificações conflituosas transgeracionais, com a repetição de objetos adoecidos que se inscrevem no corpo e não são percebidos e, muito menos, ressignificados. Assim, a autora enfatiza que, quando um dos cônjuges somatiza ou adoece, alternadamente, essa condição pode estar ocorrendo devido ao fato de a escolha conjugal estar assentada em uma introjeção de traços de um objeto doente ou de uma incorporação propriamente dita de um objeto morto ou doente, sendo projetada ou sepultada no outro. A mencionada autora pontua que a história de um casal pode apresentar fantasmas que atravessam as gerações, dificultando a fluidez libidinal do relacionamento. Em suma, para ela, a somatização está relacionada com o comprometimento da qualidade de investimento libidinal dos cônjuges, em seus projetos de vida, bem como no projeto compartilhado, na relação sexual e na dificuldade de reelaboração de histórias herdadas das gerações anteriores.

A incorporação de um fantasma pode se fazer presente como uma sombra, na intersubjetividade conjugal, exaurindo os movimentos libidinais e comprometendo a saúde (LISBOA, 2005). Através do processo de desinvestimento no processo de projeção e introjeção, a díade pode ter a sua relação penetrada por um fantasma do passado, o qual pode ser proveniente de um trauma vivenciado anteriormente ou de um conteúdo herdado nas primeiras relações com a mãe e projetado na relação conjugal atual. Esse desinvestimento prejudica a construção e a transformação da relação conjugal, ao longo do tempo:

Um dos cônjuges adoece por não ter encontrado na relação um outro lugar de representação e transformação do fantasma em herança. A herança transmitida inicia-se na história familiar anterior do casal, cuja história pré-verbal com a figura materna pode ter sido comprometida com a presença de um objeto-doente ou de um objeto-morto herdado pela mãe, colocando em risco a qualidade do funcionamento psíquico dos sujeitos envolvidos. (FÉRES-CARNEIRO; LISBOA, 2008, p. 89).

Lisboa (2005) ressalta que, em alguns casos, o câncer de mama deteriora a relação conjugal, sobretudo os laços que já estão fragilizados por fissuras provocadas por conteúdos não elaborados, quer traumas, quer perdas, lutos ou conteúdos ancestrais herdados sem representação. Lisboa e Féres-Carneiro (2005) constataam que, em situações de adoecimento, o cônjuge tem dificuldade de acolher o parceiro e suas demandas, fator que fragiliza a relação. Somado a isso, o adoecimento é um terreno propício para fantasias e fantasmas perturbadores:

No adoecimento de um dos cônjuges, o fantasma se estabelece como sombra de um legado de representações transgeracionais e intersubjetivas, comprometidas até com os objetos póstumos que os fantasmas não são os falecidos que vêm possuir a subjetividade de um dos membros, mas são as lacunas deixadas no sujeito pelos segredos dos outros. [...] o fantasma que volta a encarnar é o testemunho da existência de um morto enterrado no outro. O efeito do fantasma se estende de uma geração para outra. (LISBOA; FÉRES-CARNEIRO, 2008, p. 85).

Lisboa e Féres-Carneiro (2008) concebem o adoecimento somático como uma representação dolorosa e real da história geracional familiar e da dinâmica fantasmática intersubjetiva e intrapsíquica dos sujeitos desse grupo, configurando-se como uma possibilidade de transformação da história familiar patológica, recriando sua própria história. Em alguns casos, o adoecimento somático é a materialização de um legado negativo transmitido psiquicamente pelas gerações familiares, quando um membro da família foi escolhido para solucionar tais problemáticas, a partir da condição de depositário do conteúdo traumático não elaborado por outros membros da família:

Outra possibilidade é que o sujeito adoecido pode se recusar a ocupar o lugar idealizado e lhe ofertado pela família, barrando com a doença toda uma história de repetições patológicas. A interdição por meio da doença seria concebida como o começo de uma reelaboração da história familiar, o que nos leva a entender o adoecimento não como um ganho secundário, mas como um recurso último para a recuperação dos laços afetivos. [...] A formação da patologia em famílias também surge a partir de duas grandes questões. A primeira delas relacionada à preexistência de expectativas específicas sobre um membro, no caso, por exemplo, de uma criança que é comparada a um personagem fantasmático ancestral, e herda funções e papéis de outro membro. [...] A segunda questão ocorre quando, realmente, o sujeito assume estes papéis e funções, por exemplo a função de pai ou de mãe, ao invés dos próprios pais assumirem suas funções biológicas e psicológicas, o que, por sua vez, impede o mesmo de reconhecer a sua própria identidade, tornando este processo uma prisão tanto para ele quanto para a família. (LISBOA; FÉRES-CARNEIRO, 2008, p. 42-43).

Nessa mesma perspectiva, Azevedo (2004) argumenta que muitas patologias emergem diante desse impasse da transformação. A herança simbólica geralmente se repete, não sendo ressignificada a cada encontro conjugal. Para a mencionada autora, no processo do adoecimento, não é apenas as características subjetivas que colaboram para a somatização, mas a trama intersubjetiva familiar aponta uma complexidade de implicações, nas quais a dificuldade em lidar com as diferenças pode levar muitos sujeitos ao adoecimento.

2 FUNDAMENTOS DA PSICANÁLISE DE CASAL E FAMÍLIA

Figura 2 – Embaralhando a carne e a alma



Fonte: Susano Correia (2019)³

Para nos aproximar do terreno em que vamos pautar nossas reflexões, este capítulo apresenta os conceitos basais que utilizaremos, para compreender a dinâmica conjugal, frente ao adoecimento por câncer de mama.

³ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/B5JRURHJito/>. Acesso em: 02 nov. 2022.

Na verdade, a obra de Suzano Correia foi usada para abrir este capítulo, pois ela nos evidencia, de modo visceral, a forma com que a psicanálise compreende o processo de vincular-se e de ser casal.

As cabeças contínuas nos remetem ao fato de que ambas as partes contribuem para a produção de espaço compartilhado, o qual não só os conecta, mas os transforma, já que, ao se ligarem, recebem partes do outro e entregam partes de si, onde algumas vão ser introjetadas em seu eu e outras vão ser rejeitadas e deslegitimadas, por divergirem das expectativas e representações criadas, suscitando conflitos.

Os corpos, delimitados em seu próprio espaço, mas se tocando, nos remetem ao fato de que algo do outro sempre nos escapa, pois, por mais que nos aproximemos e tentemos, não conseguimos apreender o outro em sua completude, porque há dimensões que são incompartilháveis e se situam no campo do *ajeno*.⁴ Em suma, a área da vincularidade é permeada por desconfortos e conflitos, todavia, também de encantamento e fascínio e toda essa complexa gama, a qual será retratada neste capítulo.

2.1 Compreendendo o vínculo

Segundo Monguillansky e Nussbaum (2011), a psicanálise elaborada por Freud já destinava um lugar ao vincular, sobretudo com a elaboração da segunda tópica, porque, a partir dela, há uma compreensão de que a subjetividade é constituída mediante as identificações realizadas no meio familiar, aspecto que evidencia que o processo de subjetivação só acontece na relação com o outro. Contudo, mesmo tendo essa perspectiva, Freud centrou seu interesse em compreender com afinco a dinâmica inconsciente da dimensão intrapsíquica de cada sujeito, e foram os seus contemporâneos que fizeram do vínculo um conceito teórico e lhe conferiram um novo lugar, dentro da teoria psicanalítica:

É verdade que a psicologia individual relaciona-se com o homem tomado individualmente e explora os caminhos pelos quais ele busca encontrar satisfação para seus impulsos instintuais; contudo, apenas raramente sob certas condições excepcionais, a psicologia individual se acha em posição de desprezar as relações desse indivíduo com os outros.[...] Algo está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que, desde o começo, a psicologia individual [...] é, ao mesmo tempo, também psicologia social (FREUD, 1921, p. 81).

⁴ Esse conceito foi desenvolvido pela psicanalista argentina Janine Puget e é abordado neste relatório, na página 45.

De acordo com Gomes (2007), a teoria da psicanálise de casal e família consiste no estudo do vínculo com base em uma perspectiva psicanalítica, que amplia a psicanálise tradicional fundada por Freud. Nessa linha, a Psicanálise Vincular se debruça para compreender o conjunto e o inconsciente vincular produzido por ele.

Eiguer (1985) compreende o vínculo como sendo uma relação de reciprocidade entre dois sujeitos, cujos inconscientes se influenciam mutuamente e, juntos, constroem uma nova espacialidade psíquica, dimensão denominada intersubjetividade. Nessa perspectiva, o vínculo comporta três psiquismos que estão intimamente interligados: o do sujeito, o do outro e o da relação entre eles. Kaës (2011), por sua vez, conceitua vínculo como uma estrutura composta por três termos: os dois egos e um conector responsável por intermediar a relação entre eles.

Nesse sentido, em função da conceituação dos referidos autores, o vínculo se configura como um espaço entre sujeitos, que possui uma realidade psíquica específica, a qual é construída pelas relações estabelecidas entre os sujeitos.

A psicanálise de casal e família compreende que o vínculo possui um aparato psíquico fundado em uma tripla espacialidade: o espaço intrassubjetivo, o espaço intersubjetivo e o espaço transubjetivo. Cabe destacar que os três espaços possuem dinâmicas e funções diferentes de funcionamento, desde o início da vida do sujeito:

Esses espaços demarcam bordas, algum tipo de organização e brechas, nas quais os espaços se diferenciam e se interceptam, por sua vez. São originários em sua constituição, fundam-se a partir do interior do psiquismo e do mundo externo. Cada um desses espaços tem vida própria com suas representações também, e em todos eles se constituem os pilares do sentimento de pertença. Os espaços instituem subjetividade e é o sujeito que os relaciona, os liga e os associa. (WEISSMANN, 2008, p. 47).

Conforme Monguillansky e Nussbaum (2011), o espaço intrassubjetivo diz respeito ao psiquismo individual de cada sujeito que compõe o vínculo. Esse espaço é formado por fantasias e pelos objetos externos que vão sendo internalizados, em face das identificações que são significativas para o sujeito e, assim, passam a se configurar em representações internas que delineiam o modo como eles se posicionarão no mundo. Dessa maneira, o espaço intrassubjetivo comporta os conteúdos mais pessoais de cada ser humano. Seu movimento é unidirecional, pelo qual o ego se dirige ao mundo externo, a fim de encontrar objetos que possam lhe trazer satisfação. Segundo Weissmann (2008), pulsão, desejo, fantasia, defesas e relação de objeto são componentes desse espaço.

Ora, na perspectiva psicanalítica, há uma diferença fundamental entre vínculo e relação de objeto, pois o vínculo se constitui na presença, a qual confere ao processo vinculatorio uma bidirecionalidade de investimentos entre os sujeitos desejantes. Zanetti, Sei e Colavan (2013) afirmam que o vínculo antecede a relação de objeto, porque esta consiste na internalização do vínculo que foi vivenciado com o objeto da realidade externa. Embora a preexistência do vínculo seja uma condição para a relação de objeto, vale ressaltar que há um movimento dialético entre eles, pois as referidas autoras evidenciam que a relação de objeto não é apenas a mola propulsora do vínculo, mas um elemento organizador dele. Logo, o espaço intrassubjetivo não é construído ao acaso, todavia, ele é criado na intersubjetividade, na relação com o outro.

Ademais, nessa linha teórica, não é apenas a relação estabelecida com o conjunto de pessoas mais próximas que contribui para a formação do sujeito, entretanto, cooperam igualmente os materiais inconscientes que são herdados de seus ancestrais familiares, bem como todos os conteúdos materiais e imateriais da sociedade, como, por exemplo, tecnologias, saberes e normas que foram firmados na cultura pela humanidade.

Dessa maneira, o bebê que nasce não ocupa apenas o lugar de “a majestade, o bebê”, o qual tem a função de executar os desejos irrealizados dos seus pais, mas ele também ocupa um lugar na cadeia genealógica da sua família, na qual transitam desejos, ideais, proibições e deveres, os quais são transmitidos pelas gerações que o precedem e que prefiguram o modo como o sujeito ocupará o mundo. Portanto, na teoria da psicanálise de casal e família, o sujeito é tanto o sujeito da pulsão quanto da herança, conforme postula Kaës, 2011. Destarte, Eiguer (1985) assevera que o sujeito da herança é constituído a partir de duas determinações convergentes: a intrapsíquica e a intersubjetiva. O grupo precede o sujeito, o que faz com que seja, em primeira instância, um “intersujeito”.

Kaës (2011, p. 225) define a intersubjetividade como o “[...] trabalho psíquico do inconsciente do outro ou de mais de um outro na psique do sujeito do inconsciente.” Em consequência, o espaço intersubjetivo é a dimensão do aparato psíquico vincular que diz respeito ao encontro dos sujeitos com os outros. Ele é marcado pelas trocas e pelos compartilhamentos que ocorrem tanto em nível consciente quanto inconsciente:

Os sujeitos são formados e ligados entre si por suas sujeições recíprocas - estruturantes ou alienantes - aos mecanismos constitutivos do inconsciente: os recalques e as negações em comum, as fantasias e os significantes partilhados, os desejos inconscientes e as proibições fundamentais que os organizam. (KAËS, 2011, p. 225).

O espaço intersubjetivo está pautado na lógica do Dois, pois possui uma bidirecionalidade, isto é, do sujeito para o outro e do outro para o sujeito, os quais dialeticamente vão se transformando e provocando transformações no outro, através do efeito da presença. Nesse sentido, o vínculo pode enriquecer o ego ou empobrecê-lo, a depender da capacidade do sujeito de trabalhar e elaborar os conteúdos singulares que recebe do objeto externo. A dimensão intersubjetiva do vínculo é composta por três espaços psíquicos: o do sujeito, o do outro e o da relação entre eles, onde não há predominância de um sobre o outro.

Para Berenstein (2011), o espaço “entre” é uma esfera de potencialidade que só se estabelece pela presença do outro, o qual é compreendido em sua alteridade⁵ e também em sua *ajenidad*⁶ – e não meramente fruto de uma representação. O “entre” diz respeito à construção conjunta, ao trabalho do vínculo, que é imposto pela alteridade e pela *ajenidad*, e aos atravessamentos do acontecimento e da imprevisibilidade que cada encontro comporta:

O vínculo inclui subjetividades em jogo e se desdobra em duas direções: uma narcísica, marcada pela fusão e pela ilusão de plenitude, resultado do encontro com o outro pela marca do desamparo primordial, e outra marcada pelo reconhecimento da alteridade: existe outro além mim. Condenado ao investimento e à busca do outro para sobreviver, o sujeito é carente inevitável de afetos. (PENNACCHI, 2021, p. 89).

Puget (2007) compreende o acontecimento como uma experiência que abarca as situações novas e gera modificações nos vínculos, inclusive em sua estrutura, mas que só podem ser significadas no momento posterior à vivência, em razão de seus efeitos. Segundo a mencionada autora, os pontos de inconsistência de um vínculo podem ser a mola propulsora dos conteúdos inéditos, o que possibilita uma nova inscrição e transmuta as marcas vinculares existentes até então.

Em relação à imprevisibilidade que constitui o vínculo intersubjetivo, Puget (2003) argumenta que ela carrega a marcada *incertidumbre* – incerteza. Para essa autora, o princípio da incerteza é fundamental, pois é um dos pilares que alicerçam o vínculo. A *incertidumbre* se manifesta por meio da inquietude infinita e da perplexidade. A inquietude indefinida é um mal-estar que o sujeito não consegue colocar em palavras e é composta pela pulsão e pela *ajenidad* própria e do outro, a qual é o motor da

⁵Característica do sujeito que o torna singular, mas não é qualquer característica, visto que esta se situa no campo da diferença entre o eu e o outro, Weissmann (2019).

⁶Conceito desenvolvido por J. Puget e que se refere à diferença existente entre os sujeitos que é impossível de ser transposta, negada e anulada. (Weissmann, 2019).

transformação do vínculo. A perplexidade é a materialização da complexidade e pode se desdobrar em dois comportamentos: I) curiosidade, a qual faz com que o sujeito se empenhe, se dedique ao conhecimento daquilo que se manifesta; e II) confusão e paralisia, que impedem o pensar instrumental, impossibilitando o sujeito de agir e tomar qualquer decisão, fato que pode se transformar em sintoma e em inquietude:

Pensando desde o “entre”, esse fazer produz no presente, não reconhece antecedentes, e o registro que deixa não tem a forma de lembranças do que ocorreu [...] O fazer é evanescente, deu-se e se cumpriu no fazer, e a incerteza do que vai acontecer persiste, não cessa com a representação do ocorrido, daquilo que foi resolvido e possivelmente apreendido.[...] se trata de *apresentações*, isso é, de novidades que se dão a partir desse “entre nós” como presenças e depois deixam de se dar, que apenas surgem na experiência vincular e não fora dela. (BERENSTEIN, 2011, p. 15-16).

É a partir desse constante fazer entre os sujeitos que eles vão tecendo e habitando o vínculo, bem como se construindo e se modificando, mediante a intersubjetividade

Nesse sentido, Puget (2003) assevera que a intersubjetividade é um interjogo entre o passado e o presente, entre reencontro e encontro, entre apresentação e representação. Portanto, o vínculo é constituído tanto por reminiscências do que já se viveu quanto por experiências novas que ultrapassam as vivências anteriores. Logo, o passado, o reencontro e a representação são conceitos que se interligam, na medida em que construímos uma representação daquilo que vivemos, e esta é a base para a construção do nosso objeto interno.

A psicanálise freudiana já demonstrou que o nosso objeto interno e as nossas representações influenciam a forma como nos relacionamos e nos posicionamos, no mundo, e que tal dimensão pode nos colocar em ciclos de repetição onde as vivências atuais podem se configurar, na verdade, como um reencontro às já vividas. Contudo, nossa existência não se resume a uma mera repetição do passado – e aqui há uma conjugação entre presente, presença, encontro e apresentação, que são relativos ao novo, ao atual, ao imediato e à transformação verificada nos encontros. A referida autora traz à tona que uma situação nunca carrega apenas a marca da repetição, pois a intersubjetividade se coloca e carrega consigo a presença, a qual abrange a alteridade e a *ajenidade*, impondo o trabalho do vínculo que se manifesta num constante “ir fazendo” e “ir sendo”.

A relação com o outro é permeada pela ambivalência, pois o outro nunca se encerrará em nossas projeções e expectativas, fator que é gerador de angústias e incômodos, pois isso perturba o desejo de constância e estabilidade. Isso acontece porque o desconhecido abala a nossa onipotência fálica. Entretanto, ele também consiste no

propulsor de toda produção psíquica, devido às trocas, aos investimentos e às experiências que ele possibilita, aspecto que enfatiza a dimensão transformadora da intersubjetividade.

Cabe ressaltar que, para Berenstein (2011), há diferença entre estar junto, estar se relacionando e estar vinculado. Para ele, quando os sujeitos estão juntos, o vínculo não possui significado e nem vigência. Assim, o espaço do entre é marcado por uma agregação de sujeitos que não se converte em um conjunto, em função de alguma fragilidade. Essa configuração vincular pode permanecer por tempo indeterminado. Na modalidade de relação, há a presença da vigência, mas não do significado. Dessa forma, um sujeito atribui o poder de gerenciar a sua vida ao outro e fica submisso aos desejos alheios e passivo diante da própria vida. A ação vincular pressupõe um fazer junto, que acontece na dimensão do Dois, e quando o individual e a violência se tornam preponderantes no modo de se relacionar com o outro, há um abandono deste outro, que fica solitário, privado do compartilhamento. O casal pode continuar junto, mas já não possui significação e sentido.

Ora, o relacionamento está atravessado pelo vazio, o qual se estabelece pela absoluta submissão de um sujeito sobre outro e dá abertura para a materialização da violência extrema, do castigo corporal e da morte, fazendo que estejam juntos, mas não vinculados, já que estão em situação de abandono, segundo Berenstein (2011). Quando há vinculação, os sujeitos se tornam diferentes de antes de estarem no vínculo. Esse autor adverte que são modalidades qualitativamente diferentes de estar juntos, pois estar junto e relacionando com alguém não impõe um trabalho contínuo, algo que, no vínculo, é basal. Ter conhecimento dessas modalidades de estar que carregam diferenças substanciais é de suma importância para compreender a dinâmica conjugal.

Por fim, o espaço transubjetivo do vínculo, por sua vez, diz respeito à interferência da dimensão sociocultural no processo de subjetivação dos sujeitos e na formação dos grupos. Dessa maneira, os valores, as crenças, as ideologias, as tradições, os mitos, assim como os acontecimentos sociais que compõem uma determinada cultura, são elementos constituintes do aparato psíquico vincular. Inicialmente, o transubjetivo é transmitido para o sujeito, através de seus cuidadores primários e, paralelamente, de forma direta, pela própria cultura. Posteriormente, o sujeito vai experienciando, assimilando, modificando ou rejeitando os elementos da cultura de que faz parte e se tornando um porta-voz das tradições instituídas ou de um tempo com diferentes posicionamentos e novos costumes. Com a apropriação do conjunto de elementos que estruturam a cultura,

o sujeito vai construindo o sentimento de pertencimento ao espaço transubjetivo. Até mesmo na psicanálise clássica de Freud é possível constatar que a dimensão sociocultural tem grande relevância, na construção da subjetividade, visto que em *Totem e Tabu* (1913), ele concebe o tabu do incesto como ponto estruturador e organizador de nossa cultura e, por conseguinte, dos relacionamentos e dos convívios sociais.

Isso posto, surgem algumas inquietações, quando pensamos o câncer de mama a partir desses operadores conceituais: há diferença atravessar o adoecimento estando em um vínculo, ou se relacionando ou apenas estando junto com o outro? Como o espaço intersubjetivo repercute no enfrentamento do adoecimento?

2.2 Aprofundando os conhecimentos acerca da conjugalidade

Segundo Féres-Carneiro (2021), o termo “conjugalidade” surgiu na França, na década de 1980; antes disso, os estudiosos do tema utilizavam os vocábulos “casal” ou “vínculo conjugal” para assuntos referentes à conjugalidade. A referida autora também aponta que Lemaire (1988) foi um dos pioneiros a usar o termo “conjugalidade”, em seus estudos. Desse modo, compreendemos a conjugalidade como “[...] um vínculo construído entre dois sujeitos que resulta na constituição de um terceiro elemento, o casal. Assim, o casal encerra em sua dinâmica duas individualidades e uma conjugalidade [...]” FÉRES-CARNEIRO (2021, p. 97).

O casal, nessa perspectiva teórica, é caracterizado como uma integrante da “Relação de duas pessoas que se designam mutuamente como escolhidas para fazer parte desse vínculo, com uma certa permanência no tempo (relação estável) e com habilitação para a sexualidade”, conforme Weissmann (2021, p. 68). Um ponto que cabe destacar é que o termo casal não está necessariamente relacionado ao casamento formal, pois o mais importante, para a psicanálise de casal e família, é a escolha realizada por essas duas pessoas, bem como seus desdobramentos, aspectos que não se esgotam com a formalização do matrimônio. E é justamente essa compreensão de casal que utilizaremos, nesta pesquisa.

O marco inaugural da construção de um casal é a escolha do parceiro, que tanto é mediada por aspectos subjetivos quanto por aspectos culturais, uma vez que cada sociedade, situada num dado contexto sócio-histórico-político-econômico, constrói um imaginário de como deve ser o casamento e, por conseguinte, quais critérios devem ser

levados em conta, na escolha do par amoroso, além de definir quais critérios são justificáveis para uma separação.

Freud (1914) alude a dois tipos de escolha amorosa: a narcísica e a anaclítica. Ambas se assentam no modelo dos objetos parentais internalizados e nas identificações que ocorreram durante o período edípico. A idealização está na raiz do tipo da escolha narcísica e, portanto, a busca será orientada por um cônjuge que seja semelhante a esse ideal, tendo como base o que “se foi”, o que “se é” ou o que “se deseja ser”.

A escolha narcísica, assim como a anaclítica, possui diversas variações, contudo, Eiguer (1985) aponta que ela se ampara na onipotência. Desse modo, o que atrai é justamente a capacidade de o outro se investir libidinalmente e, conseqüentemente, se amar. Esse tipo de escolha é fechada e não se enriquece com o nascimento de um filho. O casal se estrutura desde o início sobre a valorização do poder, seja esta materializada no orgulho, seja na onipotência ou na ambição desmedida:

[...] um busca, para parceiro, alguém que seja difícil, a fim de se comparar com ele em força e em capacidade manipuladora. O outro raramente é suscetível de conscientização, ou de fantasmática: ele busca antes o combate e gosta de ocultar seu próprio jogo e de definir a relação (isto é: explicar-se com franqueza sobre seu modo de agir para com o outro, sobre seus desejos, seus projetos, sobre o prazer que ele tem na presença do outro. Poucos gratificadores, incapazes de reconhecimento para com outrem, incapazes de aceitar que eles possam se enganar, os dois parceiros se excitam numa luta sadomasoquista, a fim de negar incessantemente seu valor pessoal. (EIGUER, 1985, p. 37).

Já na escolha anaclítica, busca-se um cônjuge que apoie e complemente o seu “eu”. É uma escolha pautada em vivências anteriores à resolução do complexo de Édipo. Ela se fundamenta na angústia de perda ou no sentimento de luto. O afeto que seduz e promove o estado amoroso é a tristeza e, em muitos casos, o que se ama é o objeto pelo qual o enlutado sofre. Assim, a relação entre eles coloca um dos cônjuges em uma posição infantil e o outro com uma função de papel parental que tem a missão de auxiliar o outro, ocupando fantasmaticamente o lugar do objeto perdido e que, muitas vezes, abre mão de suas coisas pessoais. Por conseguinte, Eiguer (1985) nos alerta sobre o cunho perverso que esse tipo de escolha pode denotar, visto que ela se assenta na fragilidade do outro e isso pode ser utilizado para o controle.

Para Eiguer (1985), a escolha objetal se caracteriza em um dos organizadores familiares, os quais se constituem em

[...] uma formação coletiva, para a qual contribuem os psiquismos pessoais, que concentram um jogo de representações psíquicas específicas do familiar e um denominador comum de emoções frequentemente exaltadoras. (EIGUER, 1985, p. 12).

Os organizadores são muito importantes, visto que dizem respeito aos investimentos recíprocos e particulares entre os integrantes de determinado grupo. O mencionado autor afirma que grande parte da energia e do tempo de um grupo é destinada a eles, pois é a partir deles que o grupo “[...] constrói barreiras entre o dentro e o fora, melhora o contato entre os integrantes e torna o diálogo mais fluido [...]” (EIGUER, 1985, p.12). Além disso, o organizador é um indicativo de uma maior consistência e consolidação do vínculo. Em suma, ele é a instância do psiquismo grupal responsável por reativar investimentos arcaicos e fazer emergir instâncias coletivas, tais como o objeto-casal, o objeto-familiar; por isso, exige trabalho e é atravessado por crises.

Desse modo, a conjugalidade é um terreno muito fértil para a reatualização da relação que foi vivenciada com o objeto materno, a qual, diferentemente do que o senso comum coloca, é perpassada pela ambivalência emocional. Assim, o amor e o ódio são direcionados para o mesmo objeto, e esse mesmo movimento acontece na conjugalidade, de sorte que os cônjuges terão de manejar toda essa gama de conteúdos constituintes da intersubjetividade. É oportuno frisar que, quando o senso comum aborda as relações amorosas, tal abordagem é feita pelo viés da idealização, o qual ressalta os aspectos convergentes entre os integrantes da díade, e isso contribui para que qualquer elemento divergente existente entre os membros, na nossa sociedade, a qual está assentada no individualismo, seja considerado motivo para separação, porque há uma grande dificuldade de lidar com a frustração, com a alteridade e com a *ajenidad*.

A escolha de objeto se configura em um organizador psíquico da família, pois ela soluciona a ameaça de castração edípica e enseja ao sujeito um amor possível, que nunca será total, mas lhe trará maior prazer do que se não houvesse um substituto para o objeto perdido. Do entrecruzamento dos objetos inconscientes dos integrantes da díade é construído um mundo objetal compartilhado, espaço este que

[...] não é nem real nem fantasmático, nem realidade nem ficção, estimulando o sujeito então para preencher o espaço potencial entre o fantasma e a sua realidade por meio do jogo transicional. Este espaço torna-se o espaço do estado amoroso e do amor familiar, do desenvolvimento da vida imaginativa, do humor, dos intercâmbios. (EIGUER, 1985, p. 14).

Cabe destacar que o mundo objetal compartilhado é constituído também pela representação do vínculo que cada um tem de seus pais, isto é, as modalidades como eles se relacionavam, se tratavam e se desejavam. Isso posto, ao iniciar uma relação, cada sujeito leva consigo um objeto casal que internalizou, ao longo de sua vida. O objeto casal é formado pelas representações sociais acerca do casamento e pela introjeção da relação

conjugal de seus pais. Contudo, é necessário que eles sejam capazes de construir um objeto casal compartilhado que lhes seja próprio e integre as marcas singulares da relação vivenciada por eles. Assim, a história familiar herdada das gerações anteriores constitui a formação do psiquismo do sujeito e também a formação psíquica do casal, pois cada cônjuge carrega o seu legado familiar, e este se manifesta na dinâmica que será estabelecida entre eles (GOMES, 2007). Para Eiguer (2006), os elementos estão sempre presentes e possuem um papel importante na dinâmica conjugal firmada entre eles. O vínculo conjugal é construído tendo como modelo o de seus ancestrais, e esse aspecto pode ser reatualizado em brigas concretas ou em projetos atuais.

Além da escolha objetal, Eiguer (1985) elenca mais dois elementos como organizadores familiares: o eu familiar e a interfantasmática. O eu familiar é “[...] o investimento perceptual de cada membro da família, que lhe permite reconhecer como sua, numa continuidade espaço-temporal.” (EIGUER, 1985, p. 39). Ele é amparado por uma gama de sentimentos intensos e organizado por uma clivagem que define o mundo familiar e o mundo não familiar, sendo composto por três elementos: sentimento de pertença, habitat interior e ideal de ego compartilhado.

O sentimento de pertença faz referência à identidade familiar e é formado pelos investimentos que cada membro realiza, na família, pelos sentimentos que cada integrante experiencia, na relação familiar. O sentimento de pertença é responsável pela sensação de proximidade singular, de ter um lugar diferenciado dos demais grupos, devido a um passado comum, a uma genealogia partilhada, à filiação, ao lugar que ocupa no vínculo. “Um dos aspectos mais interessantes deste sentimento é a impressão de que o outro me percebe como alguém que faz parte da família e isto não acontece com aqueles que não são membros dela.” (EIGUER, 1985, p. 39). O sentimento de pertença compõe a identidade de cada membro e aplaca algumas angústias, por promover a conexão com as suas origens. Todavia, não é sempre que o sentimento de pertença está presente e, quando isso ocorre, os seus membros vivenciam o que Eiguer (1985), pautado em Freud e Dr. Cooper, nomeou como inquietante estranheza, sentimento suscitado pelo retorno do recalcado dos fantasmas de despedaçamento, o qual provoca uma fenda no sentimento de ligação e congruência familiar.

Outro elemento que compõe o eu familiar é o habitat interior, o qual é caracterizado por Eiguer (1985) como a pele psíquica da família. O habitat é erguido no interior do inconsciente grupal, é a base do reconhecimento entre os integrantes e tem a função de proporcionar a sensação de continência, para mitigar a angústia de

desmembramento. Ele está intimamente relacionado com a construção do habitat exterior da família, que é representado pela casa. Segundo o referido psicanalista, o lar contribui para a consolidação do habitat interior, pois instaura traços mnêmicos nos sujeitos a propósito dessa construção. O habitat interior, por sua vez, delineia no lar uma atmosfera mais harmônica e mais prazerosa. Eiguer (1985) assinala que a casa é uma representação simbólica de cada membro, dos seus papéis, das suas alianças e do lugar que cada um ocupa. O habitat interior está presente em todas as famílias, e cada um de seus membros possui uma representação interna deles. Quando ele é muito frágil, os seus membros necessitam recorrer ao habitat exterior para manter a unicidade psíquica familiar, porque a angústia de desmembramento é reativada.

O último elemento que faz parte do eu familiar é o ideal de ego, o qual consiste na representatividade de perfectibilidade que a família constrói, quanto ao seu próprio futuro. Esse organizador é apontado por Eiguer (1985) como elemento fundamental à estabilidade familiar. É o líder da família que carrega esse ideal e o representa, perante todos os integrantes do vínculo, portanto, ele é o responsável por acompanhar e monitorar os projetos e os planos construídos pela família, a fim de efetivá-lo. Eiguer (1985) argumenta que o ideal de ego pode assumir formas disfuncionais e causar adoecimento, caso venha a ser confundido com o ego ideal narcisista familiar, com o superego da família e até mesmo com a idealização construída pelos integrantes que compõem a família.

O terceiro organizador familiar elencado por Eiguer (1985) é a interfantasmatização, a qual se constitui no encontro dos fantasmas individuais de cada integrante da família. Cabe ressaltar que, na perspectiva individual, o fantasma é o elemento que conecta as representações inconscientes, pré-conscientes e conscientes e apresenta os conteúdos recalcados ao ego, de um modo mais aceitável, pois os transforma em uma certa medida e agrega uma dimensão fantasiosa aos mesmos. Já no nível grupal, a interfantasmatização tem a função de delinear a atividade fantasmática consciente, composta pelo espaço transicional de trocas, pelo humor, pela criatividade e pelos relatos que permeiam a família, sejam eles construídos no aqui e agora, sejam os herdados dos ancestrais. Os fantasmas originários se fazem presentes na formação do psiquismo do casal, desde o momento inicial do engajamento da relação, porque o próprio momento fundante da díade é motivado pela ressonância fantasmática entre os parceiros, esta que se configura na matriz de todo o funcionamento inconsciente da família.

Os conflitos que emergem entre os membros do casal e da família podem ser frutos de conluios fantasmáticos transformados em colisão, confrontação ou desequilíbrio, podendo gerar, assim, um sintoma. Um elemento muito importante ao casal e à família, no tocante à interfantasmatização, são os mitos. Eles se constituem em uma das formas pelas quais os fantasmas coletivos se expressam. Apresentam-se para os integrantes do grupo como uma história que agrupa um conjunto infinito de situações lógicas e ilógicas. O mito não tem autor: ele procede de um elemento sagrado que constitui o grupo e influencia as regras de condutas adotadas pelos integrantes.

Para além disso, sua influência é muito maior, tal como adverte Eiguer (1985, p. 50): “Mas o caráter mais profundo do mito é o poder que ele exerce sobre nós, geralmente à nossa revelia.” Em suma, o engajamento amoroso que se dá a partir da interfantasmatização é o que confere coesão à díade e delineará a construção da relação, a qual, de acordo com Eiguer (1985), pautado nas concepções de Lemaire (1979), terá três possibilidades de desfecho: I) a separação, II) a continuidade do vínculo mediante a manutenção do estado ilusório, e III) a permanência do vínculo, mesmo após a queda do estado ilusório, isto é, a partir do contato com o cônjuge tal como ele é, aspecto que fortalece a união e enseja sua sustentação no tempo.

Os vínculos libidinais são a base do amor conjugal e familiar, evidenciando uma característica diferenciadora da família e de outros grupos. Esses vínculos abrangem a historicidade, a diacronia, a perenidade da organização do grupo, a genealogia com seus mitos e seus segredos. Por possuir essa carga diacrônica, eles podem determinar a qualidade da interação. Há três tipos de vínculo libidinal: afiliação (pai-filho), aliança (esposo-esposa), consanguinidade (irmão-irmão). Cada um deles são bem definidos e possuem funções, papéis, prescrições e proscricções diferentes e inegociáveis. É a articulação entre esses três tipos de vínculo libidinal que estrutura a vida familiar e garante a variedade das trocas entre eles. Logo, esses dois tipos de investimentos, tanto os narcísicos quanto os libidinais, contribuem para a manutenção da união conjugal e familiar.

A vida familiar é perpassada por ciclos atravessados por crises, traumas e lutos específicos. Quando tratamos de ciclo familiar, o que está em primeiro plano não são os fatos objetivos, mas a trajetória inconsciente dos vínculos libidinais entre seus integrantes. Diante de uma crise, a percepção do tempo é atingida, porque há uma preponderância do sentimento de estagnação do momento e de que ele não retornará ao seu fluxo. A capacidade da família de elaborar a passagem temporal mediante situações

desorganizadoras ou traumáticas é uma das características essenciais do funcionamento psicológico do grupo. É conveniente ressaltar que a base da noção de passagem de tempo é a vida fantasmática grupal.

As famílias podem ser marcadas por dois tipos de traumas: I) os traumas cíclicos, que estão relacionados aos aspectos psicossociais do ciclo familiar, tais como, casamento, nascimento de um filho, a entrada do filho na vida adulta, entre outros; II) os traumas não cíclicos, os quais são característicos da existência pessoal ou familiar, como, por exemplo, doenças, perdas de emprego, migração, mudança de residência e demais acontecimentos que podem atravessar a vida familiar de um modo inesperado e atingir a capacidade elaborativa do grupo. O trauma inevitavelmente coloca em voga a ruptura entre passado e presente, desencadeando uma crise que afeta a identidade familiar, a qual é formada pelos espelhos recíprocos entre os membros.

A crise “[...] reatualiza os antigos problemas familiares; desvenda os equilíbrios precários; desperta emoções e angústias; implica um certo luto pela antiga maneira de viver; provoca a modificação das regras a partir de então inadaptadas e permite a definição de novas perspectivas.” (EIGUER, 1985, p.3). Para o psicanalista argentino, o primeiro trabalho psíquico a ser realizado diante de uma crise é a superação da negação, aceitando essa nova situação de vida que se impõe. O segundo concerne a lidar com as reações demasiadamente intensas e, por vezes, desorganizadoras, que são desencadeadas nesses momentos.

Além dos organizadores familiares conceituados por Eiguer (1985), o autor definiu os princípios que delineiam o vínculo intersubjetivo do casal, designados por “quatro R” – respeito, reciprocidade, reconhecimento e responsabilidade –, os quais nos auxiliarão na compreensão da dinâmica conjugal frente ao adoecimento por câncer de mama.

Nessa perspectiva, o respeito está assentado no amor e na representação do outro como parte integrante do espaço partilhado: “Isso pressupõe que nos libertemos de muitos reflexos para sentirmos a sua singularidade.” (EIGUER, 2008, p. 83). Além disso, ele envolve o amor ao que foi construído e compartilhado, durante a construção da trajetória a dois. A reciprocidade, por sua vez, se refere aos investimentos que os sujeitos realizam no outro e, por conseguinte, na relação. Ela pode ser evidenciada no modo como os sujeitos interagem, como se tratam, enfim, como se propicia uma intersubjetividade criativa.

Sobre o reconhecimento, Eiguer (2008) afirma que, antes de o sujeito reconhecer o outro, ele se aproxima para entendê-lo e, nesse movimento, já inicia a transformação de si. Posteriormente, o sujeito entra em contato com aquilo que é diferente no outro, fator que o leva a reconhecer a si mesmo e pode auxiliá-lo a se ver de uma outra forma. E, na vivência, a penetração pelo outro o vai transformando, com base na apropriação singular que o sujeito faz da originalidade do outro:

Somos conduzidos ao reconhecimento do outro porque o desconhecemos. Por muito desesperante que seja, haverá sempre uma parte de sombra em cada membro do vínculo. É por isso que o processo de reconhecimento nunca termina.[...] Porque, para o reconhecer colocamos nele as nossas expectativas e as nossas fantasias, as nossas ilusões e os nossos temores. Posteriormente vivê-lo-emos talvez um pouco mais próximo do que é, mas nunca exatamente como é. (EIGUER, 2008, p. 89).

Aos poucos, o sujeito vai se aproximando da originalidade do outro, de maneira que aquilo que antes era motivo de inquietação vai se tornando causa de encantamento, mesmo tendo uma dimensão que permanece impenetrável, pois diz respeito à *ajenidad*, conforme já foi discutido nesta Dissertação. Dessa maneira, o reconhecimento está intimamente ligado à curiosidade por aquilo que o outro tem de diferente e, se ele deixa de existir no vínculo, pode suscitar comportamentos tóxicos na relação. “Reconhecer a diferença passaria, em suma, pela identificação com o outro, sem a perda ou a depreciação da sua singularidade.” (EIGUER, 2008, p. 104).

Dois atos se destacam, no que tange à materialização do reconhecimento, seja numa família, seja no casal: a nomeação e o lugar. O nome identifica o sujeito e o liga às gerações anteriores. O sujeito busca ser reconhecido pelo aspecto de sua singularidade que considera valioso. O reconhecimento conforta, gera gratidão e faz com que o encontro seja alegre. O reconhecimento está a serviço de uma refundação da mutualidade. O desprezo, a invisibilidade e o desconhecimento são formas de negação do reconhecimento. Reconhecimento não é apenas asseverar a presença física do outro, todavia, ter disponibilidade para conferir um lugar de valor para ele. O reconhecimento mútuo manifesta-se por meio de afetos e expressões calorosas.

O autor nos adverte para que não confundamos reconhecimento com empatia, pois esta é um estado anterior ao reconhecimento e ambos guardam diferenças, na medida em que reconhecer implica sermos afetados pela sua identidade, sem deixarmos de admitirmos a sua singularidade. Além disso, as diferentes formas de identificação permeiam o processo de reconhecimento mútuo. “Reconhecer é aceitar, admitir e

legitimar.” (EIGUER, 2013, p. 48). O reconhecimento influencia toda a dinâmica conjugal, e a falta dele é sinônimo de sofrimento e discussões conjugais.

Por outro lado, a responsabilidade possibilita que o sujeito seja afetado por aquilo que acontece com o outro. Responsabilidade é diferente de culpa. Nós nos responsabilizamos por aquilo que fazemos, enquanto a culpa está associada ao que causamos no outro. No compromisso com o outro, a responsabilidade se manifesta em maior amplitude do que a culpa. Responsabilidade é tomar a cargo. Ela raramente paralisa, diferentemente da culpa, a qual, se for intensa, até impede de se aproximar do outro. Se a culpa não for opressiva, ela coloca em movimento o mecanismo de reparação do mal, do erro.

Isso posto, nós nos indagamos: como os organizadores familiares impactam o atravessamento do adoecimento por câncer de mama? E a responsabilidade, o respeito, o reconhecimento e a reciprocidade, como se configuram diante desse novo contexto conjugal?

3 CONJUGALIDADE NA CONTEMPORANEIDADE

Figura 3 – Homem tentando proteger seu coração, com razão



Fonte: Susano Correia (2022)⁷

Neste capítulo, abordaremos, de forma sucinta, as transformações que ocorreram no casamento, ao longo da história, focalizando as relações conjugais e o seu desenlace, na contemporaneidade. Escolhemos mais esta obra de Susano Correia, a fim de abrir o capítulo, pois ela explicita um sujeito que está se protegendo das vivências amorosas devido aos sofrimentos que essas experiências possam suscitar. Tal comportamento é assinalado e problematizado por diversos autores que se dispõem a refletir sobre os sujeitos contemporâneos que optam por não se relacionar amorosamente ou escolhem não firmar compromisso sério com ninguém, para não ter que lidar com todas as implicações que um relacionamento impõe; assim, relacionam-se através do “ficar”, que, muitas vezes, é direcionado pela concepção “pegar sem se apegar”, a qual significa você se

⁷ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/Cc6KrU8JqZY/>. Acesso em: 28 nov. 2022.

relacionar, sem se permitir construir afetos intensos capazes de gerar sofrimento, caso não seja correspondido.

Muitos autores sustentam que os sujeitos da contemporaneidade estão cada vez mais centrados em si mesmos, em seus projetos pessoais e, quando se abrem para se relacionar com outros sujeitos, em sua maioria, buscam uma cópia de si mesmos, no sentido de ter os mesmos gostos, as mesmas concepções, dentre outras coisas, apresentando, assim, muitas dificuldades de lidar com a diferença. Contudo, mesmo nesse cenário árido para a construção do vínculo, as pessoas continuam se casando e, quando se separam, muitos optam pelo recasamento, pois, se a razão pode ser uma proteção para o sofrimento ocasionado pelos relacionamentos intersubjetivos, tal como explicitou o artista, em sua obra, o casamento saudável, criativo e potente pode ser refúgio para as adversidades da vida, segundo veremos ao longo deste capítulo. Assim, conhecer o contexto contemporâneo, que é o pano de fundo onde os casamentos se constituem, é importante para uma análise consistente, já que, conforme vimos, o vínculo possui três espaços: intra, inter e transubjetivo.

3.1 O casamento nos dias atuais

Segundo Del Priore (2006), durante a Idade Média, o casamento era considerado um sacramento religioso, além de ser um contrato estabelecido entre as famílias, com finalidades econômicas. Dessa forma, eram os pais que escolhiam o casamento dos filhos, os quais tinham a função de seguirem as estipulações sociais construídas acerca do casamento. Fortemente alicerçado no patriarcado e apoiado nos princípios do cristianismo, o casamento se configurava em uma instituição comprometida com a criação e a educação dos filhos e a transmissão de valores.

De acordo com Lins (2012), no século XVIII, as relações amorosas sofreram intensas modificações e, portanto, são delineadas novas concepções que orientam a vinculação das pessoas, na consumação do casamento. Esse novo *modus operandi* de se relacionar amorosamente é conceituado como amor romântico, o qual fez com que o casamento deixasse de ser um negócio para assegurar a saúde financeira das famílias dos cônjuges e passasse a se situar na dimensão da realização pessoal e do bem-estar.

Lins (2012) aponta que, com o casamento se situando no âmbito das emoções e não mais no das cifras, quem escolhe o cônjuge é o próprio sujeito e não mais seus pais.

Nesse momento, o imaginário social acerca das relações amorosas é povoado por concepções que denotam complementaridade, fusão e eternidade, as quais se materializam pelas expressões comuns da época e presentes até hoje: “cara-metade”, “felizes para sempre”, “metade da laranja”, “tornaram-se um só”, dentre outras. Essa nova maneira de se relacionar se sustenta nos seguintes pilares: monogamia, maternidade, eternidade, idealização do outro e autorrealização a partir do casamento. A sexualidade começa a perder sua roupagem única da reprodução e começa a se vestir de erotismo e de prazer.

Cabe destacar que, embora as raízes do amor romântico estejam no século XVIII, é somente no início do século XX que ele vai se generalizar, na sociedade ocidental, de sorte a delinear os modos de se vincular de todas as classes sociais. Contudo, no século XX, por volta da década de 30, o amor romântico passou a conviver com outra mentalidade, que estruturou outras formas de se relacionar e que foi nomeada por Giddens (2001) de amor confluyente, o qual se assenta nos valores democráticos que norteiam a vida pública, tais como a igualdade de direitos e deveres entre os cônjuges, a horizontalidade entre os integrantes da díade, o diálogo e o respeito mútuo.

No período supracitado, inicia-se a contemporaneidade, a qual também é chamada de modernidade líquida (BAUMAN, 2001), pós-modernidade (LIPOVESTKY, 2005), dentre outros. Esse período é marcado por outros fenômenos socioculturais que trouxeram novas configurações para o modo de se relacionar, pois garantiram que a mulher ocupasse um novo lugar na sociedade e, conseqüentemente, dentro do casamento. Dessa forma, significativas mudanças aconteceram: a revolução dos costumes, ocorrida em nosso país, na década de 1960, que questionava a moral, os costumes e a estética da época; a criação da pílula anticoncepcional, a qual contribuiu para desvincular a sexualidade da reprodução; a legalização do divórcio e a entrada massiva da mulher no mercado de trabalho. Os papéis de homem e mulher foram modificados e os submeteram a um paradoxo, visto que, por um lado, aumentou-se a sua liberdade, mas também seu desamparo, de acordo com Zanetti, Sei e Colavan (2013).

Simonet (2003), a esse propósito, assevera:

Depois de séculos de inibições, frustrações, pressões aparece essa coisa tão inconfessável, tão escondida, tão desejada, que surge timidamente da penumbra: o prazer... A revolução amorosa que se desenvolve de 1860 a 1960 é discreta, mas não pode ser desconsiderada. Basta desse recato hipócrita, dessa vergonha de seu próprio corpo, dessa sexualidade culpável que consolida a infâmia dos homens e a infelicidade das mulheres! Nada de casamento sem amor! Nada de amor sem prazer! (SIMONET, 2003 *apud* MOGUILLANSKY; NUSSBAUM, 2011, p. 18).

Na visão de Bauman (2001), o cenário sociocultural e econômico da contemporaneidade é caracterizado pelo declínio dos valores tradicionais e das instituições que neles estavam apoiadas. O referido autor conceitua a contemporaneidade como modernidade líquida e assinala que nela houve um rompimento entre os elos que ligavam os projetos individuais com projetos e ações coletivas. Devido a essa fragilidade das instituições e referências que conferiam sentido ao coletivo humano, a figura do eu é colocada em destaque. Agora, é o sujeito por si só que deve produzir o seu sentido, de modo que o individualismo atinge seu ápice. As próprias experiências coletivas engendradas não produzem encontros intersubjetivos, porque não possibilitam ao sujeito sair de si mesmo, pois há uma grande diferença de lidar com o diferente, com o estranho, com aquilo que não se assemelha ao eu:

Se prestarmos atenção, veremos que a maioria não escuta umas às outras, exceto o mínimo necessário para abrir espaço para a sua própria fala. Falta interesse legítimo pelo universo alheio. Falta disposição interna para escutar, refletir, construir junto um pensamento compartilhado, produto de um encontro. [...] vivemos em um mundo onde o encontro amoroso fracassa antes mesmo de se insinuar como tal porque as relações intersubjetivas estão em ruínas. (RIOS, 2008, p. 423).

Conforme Zanetti (2012), a instabilidade dos contratos que regem a vida social na contemporaneidade reverbera nos vínculos, na medida em que a falta de garantia no que diz respeito ao futuro da relação dificulta a abertura dos sujeitos para a realização dos investimentos um no outro. Rios (2008), pautada em Augé (2005), assinala que a contemporaneidade não significa o extermínio da modernidade, porém, o excesso da mesma, com a hipertrofia e a deformação, sobretudo, em três dimensões: tempo, espaço e eu.

Justo (2005) sustenta que a aceleração do tempo, o alargamento de espaço e a ampla movimentação humana são fatores que dificultam o estabelecimento de vinculações estáveis e duradouras. Tais marcadores sociais fizeram com que a praticidade, o instantâneo e a imediatez se tornassem elementos valorizados, nas experiências dos sujeitos. Assim, as refeições *fast-foods* crescem exponencialmente, as compras são feitas em apenas um clique, no conforto das residências, para evitar o gasto de tempo no trânsito e em filas, diversos nichos de estabelecimentos funcionam 24h, para garantir que os sujeitos tenham os seus desejos atendidos, dentre outras inúmeras situações.

A lógica do descarte presente no consumismo exacerbado também se manifesta nos relacionamentos, pois, com os sujeitos centrados em si, resta para o outro apenas dois lugares: o de espectador da performance protagonizada e o de bem de consumo, que será utilizado para agregar o projeto individual e, posteriormente, pode ser descartado:

O amor e o sexo não escaparam ao princípio consumista do mais querer, que produz o rápido esgotamento do que se tem. Acumulam-se casos e histórias como se acumulam coisas. E deles se descarta do mesmo jeito. Nessa lógica, é estimulado o exercício do sexo (seguro e em grande quantidade), com muita diversificação não só de parceiros, como de técnicas, acessórios e cenários. Subtrai-se o encontro amoroso e multiplica-se a ginástica sexual. [...] Em um mundo de pessoas voltadas para si mesmas, encantadas consigo mesmas, hipocondríacas, obcecadas por seus corpos e mergulhadas na fantasia do prazer constante, o amor é um sentimento, fraco, de uma ligação frouxa com o outro. Não importa se é o outro simbólico, da ligação amorosa, anaclítica, ou o outro especular, da ligação amorosa narcísica, porque, no primeiro caso, não se tolera a diferença, e, no segundo, a miragem rapidamente desvanece quando se percebe o engano. O modo de subjetivação que não transpõe o narcisismo no encontro intersubjetivo e, mais ainda, no encontro amoroso, tem marca registrada, nos tempos atuais. (RIOS, 2008, p. 423-424).

Isso posto, as condições materiais da construção de vida, assentadas na globalização econômica, na lógica do mercado e no neoliberalismo, vão se estruturando de forma que os sujeitos tenham cada vez menos o contato com outros sujeitos e com a frustração. Por toda essa conjuntura, a cultura contemporânea também é conhecida como cultura narcísica, somática ou do espetáculo (COSTA, 2004).

Emídio e Souza (2019) demonstram que os casamentos contemporâneos são perpassados tanto por valores do passado quanto do presente. Assim, de acordo com as mencionadas autoras, os casais se vinculam, especialmente, a partir do desejo de estar e permanecer juntos. E esse momento de transição suscita contradições e desafios, com novos delineamentos.

Nessa mesma direção, Porreca (2017) assinala que a manutenção da relação conjugal, na contemporaneidade, ainda é atravessada pelo ideal nuclear que abrange a criação dos filhos e a manutenção da relação até o fim da vida. O referido autor pensa que o ideal de eternidade contribui para a continuidade da relação conjugal, pois estimula posicionamentos dialógicos e de negociações que favorecem a reconfiguração vincular, em vez de rompimentos. Desse modo, o ideal “para sempre” não é vivenciado pelos casais contemporâneos com rigidez e inflexibilidade, como antes, mas como um elemento que coopera para os cônjuges ajustarem a relação, de sorte a construir um caminho de maior qualidade e satisfação.

Além disso, Porreca (2017) constatou que as concepções que alicerçam a busca pelo casamento, na sociedade contemporânea, é o desejo de vivenciar a harmonia, o amor, a dedicação mútua, a proteção, o companheirismo, a cumplicidade e os afetos. Para esse autor, essa busca evidencia que os relacionamentos amorosos ainda possuem elementos ideários do amor romântico. Contudo, os mesmos se manifestam entrelaçados aos ideais contemporâneos, como o de ter um casamento pautado na igualdade e que promova felicidade e satisfação. Desse modo, o autor supracitado frisa que os casais contemporâneos investem, sobretudo, nas práticas do diálogo e do elogio, para cuidar do bem-estar do cônjuge, gerar o sentimento de pertença e promover o acolhimento, a proteção e a compreensão, pois o casamento é compreendido por esses sujeitos como um projeto comum entre pessoas que se relacionam, a partir da cumplicidade, reciprocidade, fidelidade e zelo.

Carvalho e Paiva (2009) afirmam que, na contemporaneidade, o casamento e a maternidade/paternidade não são mais os únicos projetos de vida possíveis, mas apenas uma possibilidade, dentre muitas outras. Assim, convivemos com uma multiplicidade de configurações vinculares, nas quais o ideal do “para sempre”, embora ainda presente, se manifesta de forma bastante enfraquecida. Paralelas a isso, a incerteza, a insegurança e a efemeridade passam a ser estruturantes dos relacionamentos amorosos. Segundo Zanetti (2012), a efemeridade e a descartabilidade dos relacionamentos também impactam no modo como os sujeitos lidam com os conflitos na vida a dois, uma vez que as subjetividades marcadas pela fragilidade narcísica têm dificuldade de reconhecer e lidar com a sua própria falta e, conseqüentemente, com a do outro, o que faz com que cada vez mais o desenlace seja uma saída para solucionar os conflitos.

Rios (2008) enfatiza que a manutenção do casamento está atrelada à forma como os cônjuges lidam com o desapaixonamento, isto é, o momento do término do primeiro estágio do relacionamento amoroso, quando todas as diferenças são colocadas em segundo plano e o casal se relaciona, principalmente, pelas semelhanças. Se a díade tem a capacidade de lidar com a alteridade do outro e reconhecer nele alguém que pode ser amado, mesmo contendo faltas e características que não estavam presentes no pacote de projeções e idealizações construídas, o casamento não só se mantém, mas enriquece o eu de cada um.

Conforme Gomes e Paiva (2003), mesmo a instituição casamento estando enfraquecida, na contemporaneidade, as pessoas continuam se casando e, quando se separam, acabam se recasando. Uma das hipóteses levantadas pelas autoras, para explicar

esse movimento, é que, dentro desse cenário, as relações conjugais têm sido buscadas pelos sujeitos como fonte de abrigo e acolhimento, face ao desamparo contemporâneo. Elas pontuam que, para o casamento se configurar como um espaço de refúgio para as vivências da pós-modernidade, os sujeitos devem ser capazes de manejar as relações objetais oriundas da infância, a fim de que tenham abertura para encarar a alteridade e o novo contido na rotina do dia a dia e, assim, investir na construção de um espaço entre que seja permeado pela criatividade e flexibilidade, que possibilitem que a potencialidade de cada um seja experienciada não só no âmbito individual, mas seja integrada à vida a dois. Trata-se de um movimento bastante inverso ao que as mencionadas autoras constatarem, na clínica, porque, majoritariamente, os cônjuges não conseguem ultrapassar as projeções e fantasias colocadas no outro e se relacionar com aquilo que ele realmente é, pois os sujeitos da contemporaneidade têm dificuldade de lidar com o diferente e, assim, perde-se a possibilidade de crescimento mútuo:

Tendemos a tomar a diferença do outro como desamor, a tomar a outridade do outro como rejeição. Como o outro ousa não atender aos meus desejos? Como o outro se atreve a pensar diferente, a querer outras coisas, a gozar de outro modo? É que o outro é sempre outro especialmente quando é ele mesmo. (SUY, 2022, p. 50).

Outro ponto levantado por Gomes e Paiva (2003) que dificulta o casamento ser um espaço continente é que cada vez mais os projetos pessoais têm se sobreposto aos projetos compartilhados; logo, quando o casamento passa a atravancar o desenvolvimento pessoal, o relacionamento é colocado em xeque. Tal situação denota a dificuldade dos sujeitos em fazer concessões, negociar as diferenças e, em última instância, investir no espaço compartilhado.

Na mesma perspectiva, Zannetti, Sei e Colavan (2013) afirmam que a vida em casal, na atualidade, abrange algumas singularidades que introduzem na relação amorosa mais desafios do que no passado. Desse modo, a manutenção de um vínculo amoroso sadio e criativo, nesse contexto, está condicionada à capacidade de os sujeitos reconhecerem, respeitarem e lidarem com as diferenças, bem como se comprometerem e se responsabilizarem no atravessamento das dificuldades e conflitos. Segundo as autoras, esses movimentos devem estar pautados na confiança ativa e no diálogo.

Borges, Magalhães e Féres-Carneiro (2014) ressaltam que a coexistência e a interação de duas individualidades e uma conjugalidade representa tanto o fascínio quanto a dificuldade de ser casal, principalmente diante dos ideais contemporâneos, os quais pregam a supremacia de determinados valores, como autonomia e satisfação pessoal. O

triunfo da ideologia individualista prejudica a construção de um espaço de diálogo comum entre a individualidade e a conjugalidade, Magalhães e Féres-Carneiro (2003) consideram a conjugalidade uma dimensão privilegiada, no processo de recriação do eu, caso ela seja perpassada pela manutenção do investimento feito pelos parceiros, no momento do engajamento conjugal.

Por fim, Gomes e Paiva (2003) acreditam que o casamento, na atualidade, está atrelado à concepção de transformação, à flexibilidade para acolher o novo e o diferente e a um espaço que tem a possibilidade de promover o desenvolvimento interpessoal. Para essas autoras, a díade que não conseguir manejar essas questões está fadada a vivenciar uma relação insatisfatória ou ao rompimento conjugal.

Nesse sentido, é nesse panorama sociocultural, onde inúmeros fatores se conjugam e fazem com que os encontros sejam majoritariamente atravessados por desencontros e pela superficialidade, que os casais enfrentam o câncer de mama.

3.2 Sobre o processo de desvincular-se

*Na paixão a gente não sabe nada do desengaço,
No amor a gente sabe um pouco dele, mas não tanto.
E, no final, a gente não consegue fazer outra coisa,
senão saber do desengaço.*

(Ana Suy)

A felicidade como um elemento basal das relações abre margens para discutir sobre alternativas do que fazer, para solucionar a insatisfação no relacionamento. Atualmente, o imaginário social que perpassa as relações amorosas e, por consequência, o casamento, não é constituído pelo valor “até que a morte nos separa”, mas por “que dure enquanto for bom”. Dentro desse contexto, a dissolução do vínculo conjugal surge como uma via para que o sujeito vá em busca de sua autorrealização, de acordo com Lins (2012).

Antes de mais nada, gostaríamos de evidenciar que a escolha para o termo “desvincular” é mais do que uma questão estética: é uma questão terminológica, pois Puget (2006) diferencia separação e desvinculamento. Para ela, a separação se constitui em uma tentativa do casal de recuperar o espaço entre dois, de instituir a força criativa do vínculo. Já o desvincular-se é um reconhecimento da esterilidade da relação, visto que a produção do novo não é mais possível e, dessa maneira, guia a decisão de não habitar mais a díade.

[...] dizer quando o amor termina parece possível. Olha-se para a pessoa com quem conviveu por meses, anos ou décadas e, de repente (claro que não é de repente, mas assim parece ser): nada acontece. O ex-amante olha para o ex-amado e vê exatamente aquilo que o outro é. Uma pessoa cheia de furos, falhas, poros, dissimetrias, excessos narcísicos, que antes eram relevados, mas que agora são imperdoáveis. A partir desse ponto, o ex-amante já não será mais o mesmo, estranha quem começa a ser e estranha a pessoa que era antes. Será preciso um trabalho de luto para elaborar a perda do amor e da imagem de si mesmo que abalou. (SUY, 2022, p. 93).

Segundo Puget (2006), a decisão de se desvincular está associada a uma busca por solucionar os conflitos gerados pela incompatibilidade e pela intolerância da diferença. Isso ocorre, porque a diferença demanda recursos para fazer e construir juntos, delineando, assim, a dinâmica vincular. O reconhecimento de que não é possível produzir algo novo, no vínculo, também contribui para a decisão de romper o vínculo.

A desvinculação é um processo no qual diversas variáveis vão se conjugando, para a ausência se sobrepor à presença, porque, como vimos ao longo desta Dissertação, o processo de vincular exige a presença e o desvincular, sendo o seu avesso, pressupõe a ausência. Cabe destacar aqui que presença e ausência são elementos que não se restringem à dimensão física do encontro, mas dizem respeito também a uma posição subjetiva de disponibilidade afetiva para com o outro, uma disponibilidade em construir e se construir com o outro. A partir da indisponibilidade, inicia-se o distanciamento e o desinvestimento no outro e na relação, aspectos que geralmente culminam na desvinculação.

Segundo Berenstein (2011), o processo de desvinculação se manifesta de variadas formas: estados de irritação, agressividade, violência, silêncios, tons de voz, dentre outras coisas. Para ele, o estado de irritação se origina da intolerância dos conteúdos do outro que são diferentes do eu e, assim, faz com que o vínculo seja atravessado por vivências paranoides e persecutórias, já que a singularidade do outro é percebida como ameaça e, assim, precisa ser atacada. Dessa forma, o psicanalista em questão argumenta que o estado de irritação está ligado com as crenças e as convicções que cada sujeito constrói e estão situadas na lógica do Um, onde não há uma abertura para o que está situado além do sujeito. Por conseguinte, não há diálogo, não há trocas, e o sujeito fica enclausurado em si mesmo. O relacionamento vai se tornando palco para sucessivos ataques, os quais podem se manifestar de diversas maneiras: gritos, xingamentos, ofensas, agressões, afastamento afetivo e tantos outros artifícios empregados para tamponar a outridade. Essas violências desorganizam a relação e acarretam o desconhecimento do outro, o qual está relacionado à não presença:

A irritação toma a linguagem verbal e o corpo, não é fácil se sentir confortável. Lança mão de palavras e atos, mesmo que não caiba neles para se expressar e os rebaixa. Aparecem gestos ameaçadores como modo de afastar, de fazer o outro desaparecer. [...] O estado de irritação se assemelha à alergia, mais precisamente à urticária: muito mal-estar na pele, na zona de contato com a união intolerável. Algo do outro nesse momento, sua presença, é o alergênico que desencadeia uma reação maior frente a pequenas partículas de outriedade às quais se está sensível. (BERENSTEIN, 2011, p. 111).

Puget (2006) enfatiza que o processo de desvinculação instituído é permeado por um desconforto, devido à violência presente, a qual pode se manifestar sob a forma de críticas, desqualificações, agressões verbais e físicas, tornando o casamento um elemento desvitalizante. Uma das saídas que o casal pode encontrar para esse encontro doloroso provocado pelos estados de irritação é o rompimento.

A despeito de a conjugalidade estar relacionada, tanto no campo científico quanto no imaginário do senso comum, à estabilidade, ela não é um produto acabado, estático, mas é dinâmica e atravessada por múltiplos fatores, conforme já foi explicitado ao longo desta Dissertação. Logo, a conjugalidade vai sendo composta mediante um contínuo investimento recíproco, bem como a partir do manejo dos fatores que a atravessam, aspecto este que nos coloca diante do trabalho do vínculo, o qual não só modifica os sujeitos, mas transforma a própria relação estabelecida entre os cônjuges.

Severo (2010) afirma que a relação conjugal se transforma, no decorrer do tempo, e que há uma tendência de uma parceria firme e consistente passar a ocupar o primeiro plano das vivências, ao lado de uma sexualidade que já não é tão perpassada pelo furor e pelo êxtase. A mencionada autora entende que essa transformação não deve ser analisada pela perspectiva do inferior ou superior, todavia, pela construção singular que a díade conseguir construir:

Este casal, que pensa em romper o vínculo, não sabe que ambos estão implicados ativamente na forma como funcionam, que um influi e condiciona o modo de agir do outro e que seu sofrimento é gerado e sustentado por ambos. O rompimento é produto de um vínculo, é o resultado do que articularam juntos. (SEVERO, 2010, p. 87).

O processo de desvinculação não necessariamente segue o mesmo tempo do processo do rompimento vincular, e é em função desse impasse que muitas pessoas se separam, mas permanecem vinculadas. O inverso também ocorre, isto é, as pessoas podem continuar casadas, porém, estar desvinculadas (PUGET, 2006).

Portanto, o desvinculamento de um casal implica o enfrentamento de algo que já foi e não é mais – pelo menos não para os dois. De acordo com Maldonado (2000), em meio a esse processo de desvinculação, o casal, geralmente, empreende diversas

tentativas de resgatar o vínculo, de solucionar os conflitos, de lidar com as diferenças, de maneira que inúmeras ações são executadas para reavivar a relação: viagens, jantares, acordos, gravidez, busca de ajuda profissional e/ou religiosa, entre tantas outras possibilidades que fazem sentido para cada sujeito. “A separação representa o fim de inúmeras tentativas de manutenção da relação, o último estágio.” (GOMES, 2017, p. 151).

Com o rompimento, os sujeitos que compunham a relação terão de lidar com um mundo diferente, reorganizar suas subjetividades, uma vez que não é somente o mundo intersubjetivo construído pelo casal que é colocado em xeque. O desenlace obrigará a díade a rever também os seus relacionamentos com os amigos, familiares, filhos, além de uma reorganização e adaptação da vida financeira, dos *hobbies*, dos costumes, da rotina, enfim, do modo como transitam no mundo. Não é somente o casamento que chega ao fim: são sonhos, projetos, expectativas e investimentos afetivos. A dimensão social contribui igualmente para esse processo, na medida em que também leva um tempo para processar que a díade não é mais um casal, conforme realça Maldonado (2000).

O rompimento amoroso provoca uma gama de sentimentos muito intensa no sujeito que é deixado, como, por exemplo, sentimento de fracasso pessoal e da relação, desamparo, medo, inseguranças, incertezas. As percepções acerca do casamento, o motivo e a forma como a relação conjugal foi rompida são fatores que influem nas vivências emocionais, após a separação. Nesse sentido, situações de traição e extrema agressividade são as mais difíceis de serem elaboradas (SEVERO, 2010; FRANCO; MAGALHÃES; FÉRES- CARNEIRO, 2018).

Féres-Carneiro (2003) ressalta que o casamento possui sentidos e significados diferentes para homens e para mulheres e, por isso, eles vivenciam o rompimento conjugal de forma diferente. Segundo a autora, os homens compreendem o casamento como constituição de família. Já as mulheres concebem o casamento como uma possibilidade de se realizarem na vida amorosa. Ora, ainda que a separação seja uma fase difícil e sofrida para ambos, os sentimentos prevalentes nas vivências femininas são de mágoa e solidão, enquanto, para os homens, são de fracasso e frustração. Além disso, a mencionada autora assinala que as mulheres vivenciam sensação de alívio, um sentimento de maior responsabilidade e de autovalorização decorrentes da separação, bem como demonstram uma maior facilidade de entrar em contato com seus sentimentos. Os homens, por sua vez, enfrentam uma maior dificuldade de ficarem sozinhos, o que faz com que iniciem relacionamentos com mais rapidez.

É oportuno enfatizar ainda que, conforme abordamos nesta Dissertação, a escolha amorosa é, em certa medida, um reencontro com o primeiro objeto, enquanto a separação amorosa, por sua vez, remete também a essa separação com o primeiro objeto, suscitando angústias arcaicas:

As experiências de ruptura vincular produzem dessubjetivação, frequentemente com vivência de despersonalização e desrealização. Não pertencer a um vínculo é frequentemente assimilado como a estar fora do eu e *de si mesmo*, que são modalidades de descentramento. Ouve-se dizer de quem se separa de seu companheiro: “Se vou embora de casa não tenho aonde ir e nem onde estar”. Esta deslocalização se relaciona com um não lugar e com a ansiedade de estar fora de um lugar, o que ao acontecer dá lugar a outro lugar. (BERENSTEIN, 2011, p. 108).

Nesse mesmo sentido, Caruso (1986) afirma que a separação amorosa é a pior perda que um ser humano pode experienciar, em vida, já que simboliza a sua morte, na consciência do outro, mesmo estando ainda vivo, de sorte a colocar em percurso o processo de luto, devido à separação amorosa.

Além de toda essa reestruturação subjetiva imposta pela separação, os sujeitos que foram casados legalmente enfrentam outro processo, o qual frequentemente é desgastante: o divórcio. No Brasil, o divórcio foi legalizado em 1977, e esse marco legal contribuiu para que o estigma associado a ele começasse a diminuir e tal ação fosse naturalizada pela sociedade. Roudinesco (2003) frisa que, com o divórcio se configurando uma via possível dentro do cenário amoroso, há um enfraquecimento simbólico da instituição casamento, e isso o torna um elemento opcional para a constituição de uma família. Assim, vemos emergir uma pluralidade de configurações amorosas e familiares, em função de uma maior liberdade de escolha vivenciada pelos sujeitos, mediante a flexibilização e a modificação dos contratos e dos valores sociais que sustentam o casamento, no imaginário social.

Segundo Antunes, Magalhães e Féres-Carneiro (2010), o divórcio funciona como um ritual de passagem, para os ex-cônjuges, auxiliando-os na configuração de seus papéis, diante desse novo contexto, pois, no processo de desvinculação e divórcio, a identidade conjugal está em ruínas e a identidade de cada um começa a ser redimensionada. Os períodos iniciais são os mais difíceis, pois consistem em períodos de adaptação e de construção de uma nova realidade. Féres-Carneiro (2003) ressalva que a idade não é um fator diferencial, no enfrentamento da separação conjugal.

Muitos sujeitos que têm dificuldade de aceitar o fim do relacionamento apostam em litígios de longa duração, como uma forma de manterem a relação. Destacam que dificilmente o processo de divórcio ocorre de modo amigável, pois está assentado em

culpabilizações, ressentimentos, desejo de vingança e alto grau de agressividade. Todo esse repertório de sentimentos e comportamentos é amplificado em situações de litígios duradouros, de acordo com Antunes, Magalhães e Féres-Carneiro (2010).

Féres-Carneiro (2003) constatou que os pedidos de separação são feitos majoritariamente pelas mulheres. Para ela, o crescente número de divórcios não representa a desvalorização e a desqualificação do casamento: pelo contrário, significa uma alta exigência dos cônjuges para com a relação, o que se materializa na busca dos cônjuges pelo recasamento. Outro ponto que contribui para o aumento dos desenlaces, destacado pela referida autora, é o prolongamento da adolescência na camada média brasileira, pois os sujeitos estão cada vez menos inaptos para lidar com os conflitos oriundos da intersubjetividade.

Somado a isso, Zanetti (2012) considera que a fugacidade e a efemeridade do casamento, na contemporaneidade, dizem respeito ao predomínio do individual, da satisfação dos projetos pessoais, em detrimento do investimento em possibilidades para solucionar os desencontros, assinalando que é a lógica do Um imperando sobre a lógica do Dois.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

4.1.O objetivo geral desta pesquisa consiste em entender a experiência do câncer de mama, na vida de mulheres adultas, casadas e/ou separadas, e suas decorrências para a conjugalidade.

4.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos, por sua vez, abarcam:

- a) Analisar a experiência conjugal de mulheres adultas que tiveram câncer de mama e que já concluíram a fase de acompanhamento por cinco anos pós-tratamento;
- b) Refletir acerca do processo de manutenção e desvinculamento conjugal e seus desdobramentos, no decorrer do enfrentamento do câncer de mama;
- c) Compreender quais são as reverberações do adoecimento por câncer de mama para o casamento.

5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1 Fundamentação teórico-metodológica

A fim de proceder à pesquisa, utilizamos o método qualitativo, o qual, de acordo com Turato (2005), contempla o processo da ocorrência de um fenômeno e busca apreender a perspectiva dos sujeitos da pesquisa, tendo em vista os múltiplos atravessamentos do contexto em que estão situados. Nessa mesma perspectiva, Minayo (2009, p. 37) assinala que o método qualitativo é “[...] aquele que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem.”

Turato (2005) enfatiza que o método qualitativo amplia as possibilidades e permite o aprofundamento de compreensão de um dado fenômeno, pois não está assentado nas categorias rígidas de quantificação, generalização, previsão e controle, as quais visam a produzir certezas, construir regras gerais e fazer prescrições que embasam a ciência positivista. Assim, o referido método propicia a circulação de inúmeros questionamentos que viabilizam o entendimento não estático, mas dialético, do objeto de estudo.

Acerca do método qualitativo, Mansano (2012, p. 6) acrescenta: “Sua condição de possibilidade está em elaborar e fazer circular questões do tipo: Como? Quando? Onde? Por quê? Do que é feito? Quem participa? Quando acontece? Quais efeitos produzem?” Desse modo, o conhecimento produzido através do método qualitativo é concebido sob as égides da provisoriedade e da circunstancialidade, visto que a realidade é dinâmica e multideterminada, o que faz com que o fenômeno possa se transmutar e expressar-se de diferentes formas. Isso posto, cabe destacar que

[o] verbo principal da análise qualitativa é compreender. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere. Toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos. (MINAYO, 2012, p. 3).

Outro ponto a ser realçado sobre o método adotado é que ele rompe com a pretensa neutralidade que a ciência positivista aponta que deve existir entre pesquisador e sujeito

pesquisado. Esse método pressupõe e valoriza o envolvimento pessoal do pesquisador, em todas as fases da investigação, isto é, desde a escolha do tema até a análise dos dados. Destarte, ele está assentado no pressuposto de que é impossível dissociar a subjetividade do pesquisador do processo de investigação científica; logo, os componentes que atravessam o vínculo e a relação estabelecida entre a díade se constituem não só em ferramentas de compreensão do objeto de estudo, mas também em campos de análises. Consequentemente, “[...] uma boa análise qualitativa deve explicitar suas ações do pesquisador no campo, assim como seus interesses e dificuldades na construção do objeto.” (MINAYO, 2012, p. 5).

A flexibilidade e a fluidez que permeiam o método qualitativo não retiram a fidedignidade e a validade do conhecimento produzido, pois, tal como Minayo (2012) esclarece, o referido método também está assentado no tripé que orienta toda e qualquer produção científica: a descrição da teoria, do método e das técnicas utilizadas, o que garante a verificação e a avaliação, por parte de outros pesquisadores.

5.2 Característica da amostra e coleta de dados

A pesquisa foi realizada com mulheres atendidas por uma entidade filantrópica localizada no interior do estado de São Paulo, a qual atua no suporte às pessoas que, em vulnerabilidade social, estão enfrentando o câncer. O principal critério estabelecido foi a conclusão da fase de acompanhamento de cinco anos após o encerramento do tratamento do câncer. Optamos por definir esse critério de inclusão, a fim de termos uma visão integral de todas as fases de enfrentamento da doença; além disso, reiteramos que a produção científica centra seu olhar majoritariamente na fase do diagnóstico e do tratamento. Nossa pesquisa será composta por duas amostras: A e B. A amostra A é formada por três mulheres que permaneceram casadas em todas as fases de enfrentamento do câncer de mama, enquanto a amostra B é constituída por duas mulheres que se separaram, durante alguma fase do processo de adoecimento por câncer de mama.

A entidade filantrópica onde a pesquisa ocorreu foi fundada no ano de 2000 e tem como principal objetivo atender os moradores do município no qual está localizada que foram diagnosticados com câncer e enfrentam situações de vulnerabilidade. Atualmente, possui em seu cadastro cerca de 850 pacientes e efetua, em média, 300 atendimentos mensais em seu plantão, que funciona das 14h às 16h30, de segunda a sexta-feira. Essa entidade sem fins lucrativos conta com 120 voluntários, os quais se revezam em diversas

atividades, tais como brechó, bazar de artesanatos, plantão de atendimento aos pacientes, oficina de costura e artesanatos, visitas domiciliares a pacientes, atendimento psicológico a pacientes e familiares, além de promover eventos diversos, como chá beneficente, captação de recursos, através de contribuintes mensais, campanhas de arrecadação de leite e alimentos não perecíveis. Com essas atividades, a entidade filantrópica doa leite, fraldas geriátricas, suplementos alimentares, alimentos, frutas, verduras, medicamentos que não são encontrados na rede pública e diversos exames.

Em síntese, a amostra foi selecionada intencionalmente e por conveniência, seguindo os critérios de inclusão abaixo:

- a) Mulheres que estão na faixa etária entre os 20 e 59 anos, correspondente à faixa etária adulta, estipulada pelo IBGE;
- b) Ter concluído a etapa de acompanhamento, durante cinco anos, do câncer de mama;
- c) Ter sido atendida pela entidade filantrópica em questão, no decorrer do tratamento de câncer de mama;
- d) Ter realizado seu tratamento unicamente no Sistema Único de Saúde – SUS;
- e) Além dos critérios gerais apresentados nos itens “a”, “b”, “c”, será aplicada à amostra A o seguinte critério: estar casada durante o irrompimento do processo de adoecimento por câncer de mama e estar casada até o momento da realização da entrevista;
- f) Além dos critérios gerais apresentados nos itens “a”, “b”, “c” e “d”, será aplicada igualmente à amostra B o seguinte critério: estar casada durante o irrompimento do processo de adoecimento por câncer de mama e ter-se separado em alguma fase do processo.

As participantes da pesquisa foram selecionadas pela pesquisadora com base na análise dos prontuários dessas mulheres, os quais estão guardados na referida instituição; a seleção levou em conta os critérios gerais e os específicos, estipulados nesta investigação. Foi um momento muito rico da investigação, pois os colaboradores receberam muito bem a proposta e se demonstraram muito solícitos em colaborar com a pesquisa, sempre munindo a pesquisadora de conhecimentos acerca do funcionamento da instituição e dos procedimentos burocráticos a serem executados na instituição, para acessar os prontuários.

Ficou estabelecido entre a pesquisadora e a presidente da instituição que o acesso aos prontuários seria feito às terças e quintas-feiras, no período da tarde, dias de menor fluxos na instituição, pois não havia atendimentos ao público. Dessa forma, a pesquisadora teria maior tranquilidade para acessar e analisar os prontuários. E assim foi

feito. Essa etapa da pesquisa foi realizada em três meses. Com os prontuários em mãos, a pesquisadora ia para a sala de atendimento que estava vazia, por conta do dia e do período, e lá tinha o seu primeiro contato com as mulheres que seriam convidadas a participar da pesquisa.

Volta e meia, enquanto estava lendo os prontuários, era surpreendida por voluntárias da instituição que contavam sobre a vida de uma mulher que estava enfrentando o câncer, outras que tinham falecido e que tinham uma história marcante ou que tinham concluído o tratamento e comemoravam essa fase. Elas gostam do que fazem e se importam com a vida das pessoas atendidas – e isso trazia grande alento para a pesquisadora, face às histórias de sofrimento que eram lidas nos prontuários. No horário do café da tarde, era sagrado: elas sempre chamavam a pesquisadora e ali elas se conheciam um pouco mais e iam tecendo vínculos.

Todavia, a fase de seleção foi bastante difícil, pois um dos critérios era que a mulher tivesse concluído o acompanhamento de cinco anos após o tratamento. Essas mulheres já não eram mais acompanhadas pela referida instituição e isso implicou, muitas vezes, o fornecimento de telefones desatualizados. Foi muito comum eu ligar e ouvir do outro lado que o telefone não existia, ou que o telefone era de outra pessoa, ou até mesmo nem dar linha. Recebi algumas recusas, sobretudo de mulheres que se separaram, durante alguma fase do adoecimento. Mas continuei nessa empreitada, ligando para apresentar e convidar mulheres para participar da pesquisa. Devido aos prazos, fui agendando entrevista com as mulheres que aceitaram participar e continuei telefonando para outras mulheres, a fim de conseguir a quantidade da nossa amostra, estipulada no início da pesquisa.

Após a análise do prontuário, se a pesquisadora constatasse que a mulher atendia aos critérios estipulados para esta pesquisa, ela ligava, fazendo a apresentação e o convite para a participação na investigação. Se a mulher aceitava participar, nesse mesmo momento, já era agendada uma data para a realização da entrevista, informavam-se os tópicos que a entrevista abrangeria, bem como eram dadas as devidas orientações em relação à assinatura do TCLE, enviado por *e-mail*. Com o TCLE em mãos, era iniciada a entrevista, a qual, por conta da pandemia de COVID-19, aconteceu remotamente, por meio da plataforma *Google Meet*. A entrevista foi realizada de modo individual e foi gravada, com a permissão da participante voluntária da pesquisa e, posteriormente, transcrita na íntegra. A amostra foi subdividida em grupo A (mulheres que permaneceram

casadas, no transcorrer do adoecimento) e grupo B (mulheres que se separaram durante alguma fase do adoecimento).

Vale ressaltar que, no decorrer do estudo, uma participante do grupo B desistiu e todo o procedimento de busca de interessados em participar da pesquisa foi feito novamente, a fim de garantir que o objetivo da pesquisa fosse alcançado. Todo o processo, englobando convite para a pesquisa, agendamento e realização da entrevista, levou mais 30 dias.

5.2.1 Características gerais das participantes

Rosana é uma mulher de 41 anos, branca, católica, formada em Administração e está junto com Anderson há 20 anos (sendo seis anos de namoro e 14 anos de casados). Antes do adoecimento, trabalhava como administradora em uma empresa de sua cidade, mas atualmente é do lar. Contudo, está investindo em seu projeto de reinserção no mercado de trabalho. Passou em um concurso de sua cidade para ser monitora escolar e está aguardando ansiosamente a sua convocação. Anderson é taxista e luta diariamente para ofertar uma vida confortável para a sua família. Anderson é dois anos mais velho que Rosana e, juntos, têm uma filha de 11 anos, a qual se chama Mariana e que foi planejada por ambos.

Cláudia tem 51 anos, branca, evangélica, possui Ensino Médio completo e está casada com Alberto há 30 anos, sendo dois de namoro e 28 de casados. Cabe destacar que ele foi seu único namorado e ela sempre foi do lar. Alberto é mecânico e tem seu próprio negócio. Com três meses de casamento, Cláudia engravidou sem planejamento; entretanto, esse incidente é motivo de grande alegria para o casal, mas, no segundo mês de gestação, tem um aborto espontâneo e desenvolve uma depressão profunda, com delineamentos suicidas. Após esse episódio, ela se planeja e faz tratamento com vitaminas para engravidar, porque o seu sonho era ser mãe de menina. Assim, após um pouco mais de um ano, ela engravida de Letícia, que hoje tem 28 anos, já é casada e é mãe de uma menina também. Após o nascimento de Letícia, sua depressão se amenizou, porém, se intensificou com a sua última gravidez, a qual, apesar de não ter sido planejada, trouxe bastante alegria ao casal, alegria esta que perdurou até a exata chegada do filho Leandro, que nasceu com hiperatividade, hoje está com 20 anos e ainda mora com eles. Desde

então, Cláudia faz tratamento psiquiátrico ininterrupto e nunca realizou acompanhamento psicológico.

Vanessa, uma mulher parda, de 46 anos, católica, possui o Ensino Médio completo e é aposentada por conta da sua doença renal crônica. Está casada com Edvaldo há 25 anos. Vanessa vem de uma família com os vínculos muito esgarçados. Aos 15 anos, sua mãe a expulsa de casa, fator que fez com que ela morasse um tempo na rua, até ser enviada para a Casa de Menores. Ela ficou alguns meses na referida instituição, até uma assistente social a levar para morar consigo, em sua casa. A partir disso, ela passou a residir no quarto dos fundos e cuidava da casa da profissional.

Nesse período, continuou evadida da escola e retomou os estudos depois de casada. Ninguém de sua família a procurou, nesse tempo. Voltou a ter contato com a sua irmã somente aos 18 anos, quando a profissional entregou seus documentos e disse que ela estava preparada para seguir sua vida. Dessa maneira, foi morar com sua irmã e seus sobrinhos em uma casa pequena, porque trabalhava como doméstica e não conseguia arcar com o custeio de uma casa, sozinha. É nesse contexto que Edvaldo surge em sua vida e, na mesma semana que o conheceu, foi morar com ele e seu filho. Também destaco a maternidade dela, algo que sempre foi o sonho de Vanessa: após 10 anos de tentativa, sem sucesso, para engravidar, adotou legalmente Renato, seu afilhado.

Vanessa investiu em Renato desde sua vida intrauterina. Acompanhou toda a gestação de perto, esteve presente em seu nascimento e, quando soube que a genitora iria doá-lo, ela se prontificou a ficar com ele, mesmo que seu marido fosse terminantemente contra. Vanessa e Renato sempre tiveram um bom relacionamento. Já Edvaldo e Renato tiveram um relacionamento distante, o que piorou, quando o menino viu o mesmo tentar agredir Vanessa, episódio no qual ele interfere para defendê-la. Atualmente, Renato tem 19 anos e foi morar em outro estado, em busca de uma vida melhor para ele e para sua mãe.

Após quatro anos da adoção, Vanessa engravida de Richard, o qual possui um bom relacionamento com o pai, pois têm personalidades bem semelhantes, segundo Vanessa. Aos 38 anos de idade, ela inicia a investigação oncológica, após encontrar um caroço em seu seio. Paralelamente a esse percurso, descobre a doença renal crônica e, desde então, faz hemodiálise. O seu casamento é fonte de intenso sofrimento, no entanto, ela se mantém nele, mesmo sem conseguir identificar o motivo. Edvaldo é alcoolista.

Tatiana, branca, 42 anos, doméstica, Ensino Médio completo, acredita em Deus, mas não tem religião. Ficou casada com Célio por 18 anos e se separou, na fase de acompanhamento após o tratamento. Célio foi seu primeiro e único namorado. Seu relacionamento foi marcado por brigas, devido ao alcoolismo do ex-marido, fator que suscitava inúmeras idas e vindas do casal. Aos 19 anos, nasceu Patrícia, a qual sempre morou com a avó materna e, aos 20 anos, deu vida ao Pietro. Ambos são frutos de gravidez não planejada.

Durante o tratamento, a violência física passou a fazer parte da relação constituída entre a díade; o episódio que fez com que se separassem definitivamente aconteceu quando, em meio a uma discussão, seu marido dava indícios de que iria agredi-la e seu filho com 13 anos entrou na briga, ameaçando agredir seu pai em defesa da mãe. Dessa forma, o conflito se deslocou para os dois, de forma muito intensa, colocando a vida de seu filho em risco. A polícia foi acionada e ela tomou conhecimento de que seu marido possuía outros B.Os, por motivos até agora desconhecidos. Assim, decidiu separar-se, mas continua morando na casa deles, que é no fundo do quintal de sua ex-sogra. Relata ter vontade de se relacionar com outra pessoa, todavia, tem muito medo do que seu ex-marido pode fazer para ambos.

Rosa, 53 anos, branca, Ensino Médio completo, é cabelereira e evangélica. O rompimento do primeiro casamento ocorreu devido a recorrentes traições, por parte do cônjuge. Tiveram um filho, que hoje já está com 18 anos e continua morando com ela. Ficou 12 anos solteira e, posteriormente, iniciou seu segundo relacionamento, o qual durou cinco anos e separação ocorreu no momento em que estava terminando o tratamento para câncer de mama. Eles tinham uma boa relação, contudo, a separação ocorreu, em função das diferenças de costumes e princípios existentes entre ela e o filho de seu ex-cônjuge. O seu enteado era adolescente e levava namoradas em sua casa, sobretudo, quando ela não estava, pois assim, tinha liberdade de ficar com elas em seu quarto. Devido à sua religião, Rosa não concordava com essa atitude e começou a ter frequentes atritos com ele, até que um dia, este conflito se intensificou e o adolescente relatou ao pai que ela havia lhe segurado para seu filho lhe bater. Diante da situação, o seu marido acreditou no filho, não oferecendo a oportunidade de Rosa contar a sua versão e deixou a casa, sem aviso prévio, no momento em que ela foi para a igreja. Atualmente, está solteira e se dedica a cuidar de seu pai, com diagnóstico de Alzheimer.

5.3 Estratégia de interpretação dos dados

O material coletado será submetido a uma análise de conteúdo, promovida pela pesquisadora, conforme a proposta de Bardin (2011). A referida autora explica que “[...] a análise de conteúdo leva em consideração as significações (conteúdo), eventualmente a sua forma e a distribuição desses conteúdos e formas (índices formais e análise de concorrência).” (BARDIN, 2011, p. 49).

Dessa forma, as transcrições serão analisadas por meio das três etapas que compõem a análise de conteúdo: I) a pré-análise, fase em que ocorre a leitura flutuante e a organização dos materiais, a formulação de hipóteses e a preparação do material para análise; II) a exploração do material, a qual envolve o recorte (escolha das unidades de conteúdos), a enumeração e a classificação (escolha das categorias); III) a síntese interpretativa: quando se têm o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação. A análise utilizará a psicanálise de casal e família como base teórica.

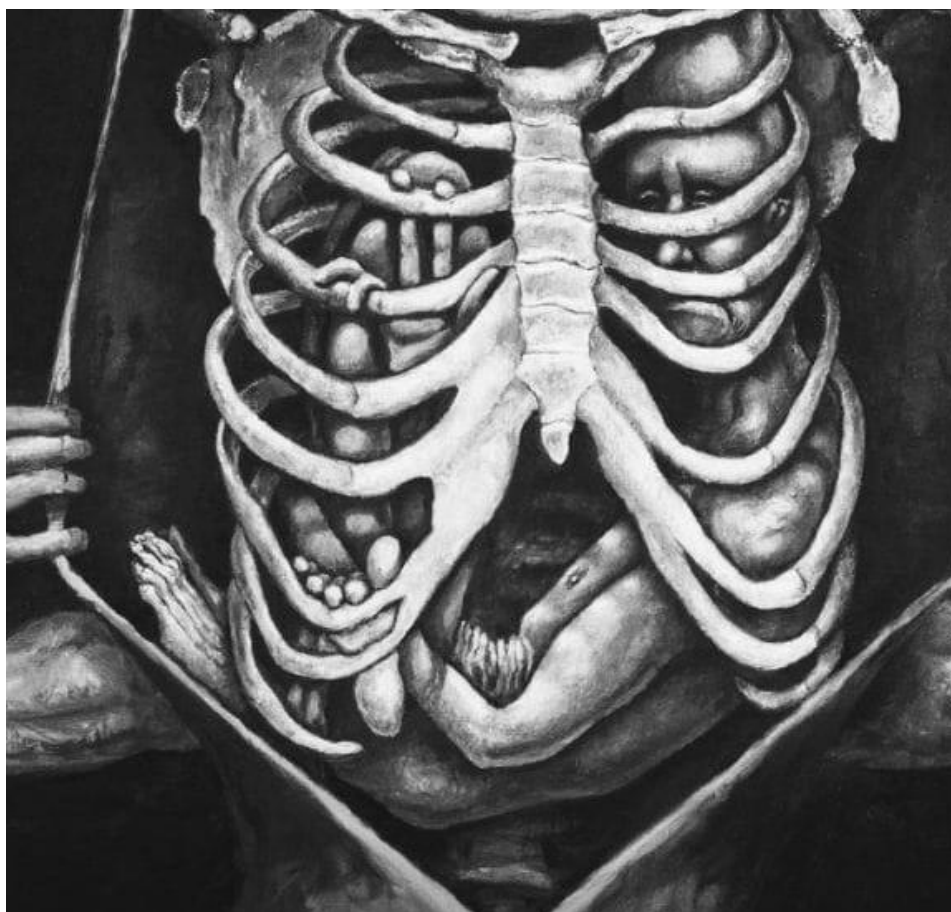
Cabe destacar que essa técnica de tratamento de dados foi escolhida, no presente estudo, pois ela é capaz de auxiliar, a partir das inferências e deduções, a identificação de conteúdos latentes imperceptíveis nos conteúdos manifestos da mensagem, segundo aponta Minayo (2009).

5.4 Aspectos éticos

A presente pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo os seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). Obteve a aprovação do Comitê de Ética da UNESP – Faculdade de Ciências e Letras, sob o CAAE56335422.5.0000.5401. As entrevistas se sucederam somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As participantes foram informadas, em todas as etapas, sobre o direito à livre desistência, sigilo, acesso e confidencialidade das informações. A participação na investigação pode suscitar possíveis riscos ou desconfortos, uma vez que se trata de conteúdos e vivências relacionados à sua história de vida. Contudo, durante o período da coleta de dados, não foi reportada nenhuma situação de agravo dos participantes, em decorrência da sua participação na pesquisa.

6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Figura 4 - Aperto no fundo do peito.



Fonte: Susano Correia (2020)⁸

Neste capítulo, apresentamos a análise dos dados das entrevistas realizadas em nossa pesquisa. A referida obra foi escolhida para abrir este capítulo, pois observamos que o câncer de mama suscita angústias nas mulheres e em seus cônjuges, o que nos remete a esse “aperto no fundo do peito” retratado pelo artista. Ademais, algumas angústias continuam mesmo após o término do tratamento, tais como o medo da recidiva e na tensão mediante ao aparecimento de algum sintoma em seu corpo.

Após a leitura das entrevistas, promovemos a análise, na qual os dados foram organizados em três categorias de análise: “Os impactos do câncer de mama”, “A conjugalidade” e “A vida após o câncer de mama”.

⁸ Disponível em: https://www.instagram.com/p/CuksECZJrr9/?img_index=1. Acesso em: 15 abr . 2023.

A categoria 1, intitulada “Os impactos do câncer de mama” aborda diversas nuances suscitadas pelo adoecimento, tais como, o processo de investigação da doença que se inicia após a detecção do nódulo, a reação ao diagnóstico, o apoio recebido do cônjuge e da família extensa durante o tratamento, o exercício da espiritualidade, o modo como a mulher se relacionou com o novo corpo e a preocupação das mulheres com seus filhos.

Através da categoria 2, a qual foi nomeada de “A conjugalidade”, temos, inicialmente o acesso à história de cada casal e como eles se relacionavam no cotidiano, antes do adoecimento. A partir disso, exploramos as reverberações do câncer de mama no casamento durante o tratamento, o acompanhamento e o pós-acompanhamento. Desse modo, sexualidade, separação e a compreensão das mulheres acerca do impacto que o câncer causou no seu casamento são elementos que se destacam nesta categoria.

Por fim, na última categoria, “A vida após o câncer de mama”, evidenciamos algumas marcas da doença que permanecem na fase de pós-acompanhamento. Além disso, apresentamos a compreensão e os sentidos construídos pelas mulheres acerca do câncer de mama no que tange à dimensão pessoal

*A gente passa a vida pelejando
com o dilema de existir ou desistir,
com o que é bom e o que é ruim,
o certo e o errado,
a morte e a vida.*

*Essas coisas não se separam.
O corpo é o lugar que dói é que também sente arrepios.
[...]A vida dá um jeito de manter a gente vivo
mesmo quando a gente morre de dor.*

**Carla Madeira
Tudo é Rio**

6.1 Os impactos do câncer de mama

Nesta categoria apresentamos os dados relativos aos impactos do câncer de mama em diversas esferas na vida da mulher, desde o momento em que perceberam o primeiro sinal até o tratamento. Ela está subdividida em 3 subcategorias, “Da desconfiança ao diagnóstico”, “Tratamento: o mal necessário” e “Encontrando apoio e força”. Cada uma delas aborda especificamente cada fase da vivência do adoecimento, desde o momento da

detecção do nódulo até o fim do tratamento. Desse modo, a partir desta categoria conhecemos como a mulher, o cônjuge e a família extensa reagiram e se reorganizaram para o enfrentamento do adoecimento.

Assim, trata-se de uma categoria que explicita o sofrimento vivenciado, mas também, a importância dos relacionamentos sólidos e bem nutridos, pois no caso das participantes que já possuíam relacionamentos conjugais e familiares mais consolidados anteriores à doença, observamos um redimensionamento mais amplo dos diversos aspectos que compõem a vida, resultando em um maior bem-estar para a mulher a partir do adoecimento.

6.1.1 Da desconfiança ao diagnóstico

Nesta subcategoria apresentamos o processo que a mulher percorreu junto, incluindo o cônjuge, desde o momento que detectou o nódulo em seu seio até a concretização do diagnóstico de câncer de mama. Constatamos que esse momento já produz reverberações tanto no âmbito pessoal da mulher e do companheiro, quanto no conjugal, as quais prescrevem que uma reorganização seja feita entre a díade, sobretudo, no que tange à necessidade de acolhimento em decorrência da intensa gama de emoções suscitadas.

a. Sinal de alerta

Neste tópico explicitamos como foi o primeiro contato da díade com o câncer de mama e as reações frente à desconfiança da existência de algo mais grave. Todas as entrevistadas relataram que o primeiro contato com a possibilidade de uma doença aconteceu através da percepção de um “caroço”, a partir de situações cotidianas e não em exames ambulatoriais. Algumas sofreram um abalo emocional já nesse momento, anterior ao diagnóstico. Todas as participantes referiram, ainda, que compartilharam a percepção e a desconfiança com seus respectivos maridos. A situação de Vanessa é peculiar, pois descobriu uma doença renal crônica concomitantemente ao processo diagnóstico de câncer.

A maior parte das mulheres procurou o médico imediatamente, mas houve aquelas que esperaram um tempo e, nessa espera, uma teve a sua situação agravada. Em relação ao posicionamento dos cônjuges, tivemos uma variação de reações, entre tentar acalmar a mulher, por meio de falas que distanciava a possibilidade da doença, incentivo para buscar o médico e até mesmo o próprio cônjuge assumir o papel de agendar consultas.

Fui pra academia normal, aí cheguei em casa, deitei na cama e coloquei a mão no seio sem querer, né? Foi na mama esquerda. Aí eu senti um negocinho duro. Aí eu chamei, né? Meu esposo, falei, coloca a mão. Estou sentindo um negócio duro. Ele colocou a mão e falou assim: “Parece que tá mesmo.” Eu falei que achava que não era nada. [...] Fui no consultório particular e fiz no mesmo dia, sem marcar, sem nada. [...] Eu falei: “Já dá pra fazer a mamografia?” Aí ela já fez na hora, porque daí eu já estava muito nervosa. [...] Ela fez e me disse: “Se eu fosse você, eu ia atrás de um mastologista. Porque se for, está no começo.” [...] Aí eu já pensei: estou com câncer de mama. Daí eu já vim chorando para casa. Minha família, meu marido dizendo “Calma, não é, vamos ver”, né? Aí marquei, marquei um [...] mastologista [...]. (Rosana)

Olha, foi muito difícil pra gente, pra mim e pra ele também. Nós ficamos assim, sem saber o que fazer. Eu não esperava isso. Porque eu estava dormindo deitada de bruço e de repente acordei com uma dor muito forte e eu levei a mão no seio e já senti o caroço. Daí eu apertei um pouquinho e o caroço já subiu. Era um caroço solto. Liguei pra ele na hora. Falei: “Nossa, tem um negócio aqui no seio, uma bola e tô com muita dor!” E ele já veio na hora, na hora mesmo. Por ser autônomo, tem essa liberdade, né? Aí ele chegou e viu que tinha um negócio errado. No mesmo dia, ele já foi no postinho e marcou uma consulta para mim. [...] Aí já fui na médica na mesma semana e a médica já pediu uma ultrassom pra mim. E na despedida, ela me disse: “Boa sorte!” Eu já senti que o negócio não era bom. Mas fomos com aquilo na cabeça, menina, e daí ele já conseguiu marcar tudo pra mesma semana, médica, exame e consulta com a médica de novo. Foi muito rápido. [...] (Cláudia)

Foi tudo junto. Quando eu tava investigando o câncer, eu descobri a doença renal. [...] Edvaldo percebeu um nódulo no peito e eu comecei a ficar encucada [...] Eu me arrependi de uma coisa, nisso tudo, porque eu não fui no médico, quando descobri o carocinho, demorei um mês e nesse tempo aumentou muito. Ele cresceu rápido. Tanto que, quando foi operar, ele estava do tamanho de uma laranja, porque foi um ano depois. [...] Porque é muito exame que pede, aí era um mês para marcar, era um mês fazer, um mês pra não sei o quê. Quando eu consegui todos os que precisava, já tava desse jeito. [...] Aí foi passando os meses, a bolinha que era um grão de arroz foi se tornando uma laranja. Com um ano, parecia que tinha outro peito aqui. [...] Foi bem pesado, porque eu comecei a fazer hemodiálise: para você ter noção, o meu nódulo tava tão grande que, quando ele foi pôr um cateter em mim, do lado direito, que era o peito que tava contaminado, o cateter não passou, porque o câncer estava bem entre a musculatura do peito e o osso. Mas continuei fazendo os exames. (Vanessa).

Aí, em 2013, eu estava assistindo televisão: do nada, passei a mão nos meus seios e senti um carocinho. Eu falei para o Célio: “Nossa, tem um carocinho aqui!” e ele disse: “Tem mesmo, vai no médico”. Mesmo assim, eu demorei uns três meses para procurar. (Tatiana)

Só que tinha um carocinho, quando fui deitar, eu senti. Aí, no outro dia, eu coloquei outro sutiã e eu percebi que o vermelho tinha saído, mas tinha um carocinho ali, e aí, no outro dia também, no outro dia também.

Daí eu já falei: “Tem alguma coisa errada aqui.” [...] Aí eu coloquei a mão dele [esposo] assim, ele começou a apertar... Daí, inclusive foi ele que falou: “Marca o médico e vai ver o que que é isso. Que isso aí não é normal, tem que ver já, né?” Porque, por mim, acho que eu tinha esperado Janeiro, viu? [...] E daí o dia inteiro ficou ligando pra saber se eu tinha marcado, porque era uma época difícil, né? Aí consegui um encaixe, fui. Mas fui porque ele ficou insistindo [...] Aí tá, aí eu fui no médico, aí ele falou pra mim fazer a mamografia. (Rosa)

b. Recebendo a sentença

Após o momento inicial apontado acima, aqui abordamos o modo como a díade reagiu ao diagnóstico, após a realização de exames. As reações de nossas participantes foram, majoritariamente: nervoso, desespero, desnorteamento, tristeza e choro compulsivo. Observamos que essa gama intensa de emoções foi mobilizada, sobretudo, pelo fato do câncer ainda estar associado à morte. Vanessa não conseguia expressar suas emoções para a família, por isso, esperava todos irem dormir para colocar para fora toda a sua angústia.

Contudo, todas as mulheres adotaram uma postura ativa de enfrentamento, demonstrando abertura à adesão do tratamento.

Com relação aos companheiros, algumas participantes descreveram que, durante o adoecimento, eles passaram muita segurança através dos posicionamentos e com falas positivas que revelavam confiança na eficácia do tratamento. Outros deixaram transparecer que estavam abatidos com o diagnóstico. Nesse sentido um aspecto que cabe ressaltar é que a despeito do sofrimento vivido pelo cônjuge decorrente do diagnóstico de câncer de sua mulher devido ao temor de perder a companheira, a maioria deles só conseguiu compartilhar essa experiência com as participantes após o tratamento, momento em que a doença já estava mais distante da realidade deles. Esse comportamento foi compreendido pelas participantes como uma forma de cuidado e preocupação, a fim de evitar intensificar o sofrimento já vivenciado por elas.

A reação e o comportamento do marido de Rosa se distanciam dos demais maridos, pois ele foi impactado de forma peculiar pelo diagnóstico devido ao fato de ter perdido a sua mãe recentemente. Assim, ele expressava abertamente seus sentimentos e medos, além de buscar na internet mais informações sobre a doença e as consequências.

Pelos relatos da referida participante constatamos que o fato dela ter que acolher o abalo emocional vivenciado pelo marido se configurou em mais um encargo que ela

teve que lidar durante o adoecimento, evidenciando que esperava ser acolhida por ele, em vez de ter que acolhê-lo.

Fiz a biópsia e deu inconclusiva. Aí eu tive que fazer outra e deu que era carcinoma não infiltrativo. Daí eu já falei para ele fazer os papéis que eu queria ir pra [omitido – cidade]. [...] porque, no primeiro momento, eu fiquei muito nervosa, porque assim, na hora que você recebe, você já pensa assim na morte, né? Ai, vou morrer! [...] Olha, quando eu fui pra lá, eu sempre pensava: “Vamos enfrentar o hoje e depois a gente vê.” Eu chorei muito de desespero, mas eu falava: “Vamos enfrentar.” [...] ele falava: “Vai dar certo, vamos em frente!” Ele não era muito de ficar falando, mas eu percebia que ele passava firmeza, assim, pra mim. [...] Aí, depois que passou tudo. Ele me contou que achou que eu iria morrer, que teve momentos que achou que eu não ia aguentar, porque era muito difícil [...]. (Rosana)

Daí, quando ela falou pra mim que era um câncer, menina, daí eu fiquei bem abalada... [...] Eu fiquei muito triste, eu comecei a chorar e não consegui mais parar de chorar. [...] Estava sozinha. Eu fiquei meia passada, meia tonta. Mas ali no postinho mesmo já fui encaminhada para o mastologista. [...] Ah, ele [marido] ficou muito, muito abatido, muito abatido mesmo. Não sabia o que fazia. Depois que passou, me contou que andava pra rua chorando. Não chorava perto de mim, porque eu já estava chorando. (Claudia)

Em dezembro comecei fazer hemodiálise e nesse mesmo mês eu fui buscar o resultado do exame da mama e estava escrito cirurgia, só que não estava escrito o porquê da cirurgia. [...] Aí a mulher do postinho falou que era o médico que tinha que abrir o exame e ele estava de férias e outros médicos não queria abrir o meu exame. Aí eu “rodei a baiana”, fiquei louca dentro daquele postinho, porque era um descaso. Dois minutos acharam médico para mim. Eu acho que pra ele foi bem difícil. Pra mim, eu acho que sou mais forte mentalmente, sei lá. [...] Eu chorava, à noite, pra eles não verem eu chorar de dia. Depois que ia todo mundo dormir, eu ia chorar, então, era uma força aparente. O Edvaldo ficou bastante abalado, tanto com a doença renal quanto com o câncer. Mas ele não aparentava, não. Pra mim não ver, né? Pra mim não sofrer. Ele sabia que eu estava sofrendo também. (Vanessa)

Eu achava que não ia dar nada, porque, na época, eu estava trabalhando registrada e minha patroa estava com câncer de mama e ela falou que o dela doía. O meu, não, então, eu pensava: “Eu não tô com nada não.” A hora que ele falou que eu tava, parece que acaba tudo. [...] Porque a primeira coisa que você pensa, quando descobre que tem câncer, é que você vai morrer. Eu fiquei apavorada. [...] Eu, no primeiro momento, fiquei perdida, perdidinha. Mas ele [marido] não demonstrava isso, ele demonstrava que ia dar certo. Mas depois eu fiquei sabendo que ele chorava escondido. (Tatiana)

Assim, eu chorava igual criança, quando saiu o diagnóstico [...] Aí o médico me disse que era câncer maligno e que ia ter que fazer cirurgia, mas disse que, como era pequeno, a possibilidade de a gente ter sucesso era muito grande. [...] Entramos no processo todo lá, né? [...] pra mim era tudo novo, entendeu? Até o médico falou assim: “Você está com

câncer, você tem que cuidar, você vai ter que fazer uma cirurgia, você vai fazer quimioterapia...” E eu falei: “Então vamos fazer!” E eu falei assim igual eu tô conversando com você, entendeu? [...] e, como eu não tive casos na família, não acompanhei nunca caso assim, pra mim era tudo muito novo, né? E pra ele [marido], não, ele tinha perdido a mãe com câncer, fazia pouco tempo, né? Então, ele achou que eu ia morrer, porque, na verdade, as pessoas... quando você fala que você está com câncer, eles te enterram viva, né? [...] mas ele ficava sempre mais tenso do que eu. Acho que era porque ele estava achando que eu ia para o matadouro, né? [...] ele sempre foi muito atencioso, porque a mãe dele morreu de câncer. Então, pra ele eu estar com câncer significava que eu ia morrer. Mas eu não encarei desse jeito, mas, assim, ele... teve problema. Pra ele foi difícil. Ele me deu muito trabalho [...] e chorava, coisa que eu não fazia. Em vez de eu ser consolada, eu tinha que consolar ele.[...] Então, eu acho que ele tinha medo de me perder, né? De eu morrer.. (Rosa)

6.1.2 Tratamento: o mal necessário

Nesta categoria, abordamos as principais modalidades de tratamento realizadas pelas mulheres e os impactos que provocaram na dimensão pessoal e conjugal, sobretudo devido às reações causadas. Cabe ressaltar que algumas mulheres fizeram radioterapia, contudo, essa modalidade de tratamento não se tornou uma categoria de análise, pois as nossas participantes não a exploraram em seus relatos.

De um modo geral, o tratamento, por ser muito invasivo, é a fase do adoecimento que mais exige o redimensionamento da rotina e causa muito sofrimento. Constatamos que a mulher enfrenta diversas modificações corporais, o que faz com que, além de ter que lidar com uma nova imagem corporal, enfrenta a perda de autonomia, devido aos efeitos colaterais provocados pelo tratamento.

a. Mastectomia

Neste tópico, demonstramos como essa modalidade de tratamento impactou a mulher e o seu cônjuge. Todas as participantes fizeram mastectomia, sendo 2 radicais e 3 parciais, 1 com reconstrução e 1 sem reconstrução. A participante que não optou pela reconstrução relatou que os motivos se centram no fato de a reconstrução não ser realizada no momento da retirada da mama e ser executada em várias cirurgias, bem como a perda de autonomia que o pós-cirúrgico acarreta. Fator que geraria mais sofrimento e novos procedimentos cirúrgicos, os quais envolvem riscos.

Observamos que a reação da mulher ao fazer mastectomia não divergiu entre as entrevistadas que possuíam um casamento fortalecido e um casamento fragilizado, pois todas relataram como sendo um momento difícil. Entretanto, aquelas que fizeram a mastectomia radical apresentaram um impacto emocional maior, em comparação às

mulheres que fizeram o procedimento de forma parcial. Cabe destacar a situação peculiar de Rosana, pois ela enfrentou uma recidiva no momento que concluiu o tratamento.

Os dados apontam que nem todas as mulheres puderam contar com a presença de seus cônjuges no momento da cirurgia, e, além disso, nem todas foram acolhidas por eles nesse momento tão delicado. Em relação à imagem corporal, uma mulher com mastectomia radical teve desconforto em ficar despida na frente do marido. Além disso, apenas um cônjuge tomou o posicionamento de reiterar para a mulher que a perda da mama não era significativa na vivência da sexualidade.

Só que no dia em que eu terminei a rádio, o bico do meu seio começou a vazar um líquido. [...] Tive que fazer outra biópsia. [...] E o resultado deu que eu estava novamente e era infiltrativo, podia ir pra outros órgãos. Aí, o que que eu tive que fazer? Outra cirurgia. Aí eu fiz a total. A cirurgia também foi um período difícil, porque a gente internava um dia antes, ficava três dias lá, fazia a cirurgia e saía no outro dia. Ele que me acompanhou nas duas cirurgias. Coitado, ele pousava lá na nas quitinete, né? [...] Tirei toda a mama. [...] Tem um impacto, né?, assim, a primeira vez que eu vi também tive um impacto. Agora, pra mim, já é normal. [...] aí eu fui enrolando, enrolando, enrolando e, no final, não coloquei [a prótese] e está tudo bem. [...] E eu pensava: “Eu vou pôr por uma estética?” e que nem os médicos falavam assim, ó: “Não é só uma cirurgia, é no mínimo três cirurgias. E não vai ficar cem por cento ainda” – eles falam... “a gente mexe na outra também”. Aí meu marido falava assim: “Está ruim pra você? você está se sentindo mal?” “Eu não estou sentindo mal”, eu falava. E ele falava assim: “Pra quê? Pra que que você vai entrar no centro cirúrgico de novo? Tem que fazer um monte de cirurgia. Se você está boa, tá tudo certo.” E eu também pensava: “Aí, vou ter que entrar no centro cirúrgico e ficar na minha mãe e a minha menina, né?” [...] Só que, assim, é... assim, eu não fico mostrando, entendeu? O meu marido quer ver assim, mas eu não gosto de ficar mostrando. Ele fala assim: “Não tem nada a ver isso aí, isso aí não é nada.” Ele fala pra mim: “Isso não é nada. Não atrapalha em nada.” [...] Então, ele olhou, assim, não falou nada. Só falou assim: “Ah, tirou e você está livre.” Ele fala assim pra mim até hoje: “Está livre, tirou, então não tem perigo mais.” (Rosana).

Coloquei silicone, a diferença é que um é maior que o outro, mas nunca me importei com isso. [...] Olha, minha filha, eu não queria pôr. Eu não queria, porque era outra cirurgia, era outra coisa e eu fazia hemodiálise, era outro medo. Mas aí o médico falou que eu era nova, que eu não podia desistir da vida e que eu tinha que colocar, aí eu decidi colocar. [...] Ele [o marido] é bastante crítico. Então, deixa ele criticar à vontade. [...] É porque, assim... Eu fiz mastectomia e a cicatriz fica no meio do peito, né? E geralmente eles tiram coisa da barriga pra pôr no peito, mas eu não podia fazer isso, porque eu fiz a histerectomia, né? Então, eu tive que colocar tipo um balão que ele vai enchendo no peito. Toda semana eu ia lá e enchia aquele balão. (Vanessa)

Tirei o quadrante. [...] Me encaminharam pro psicólogo, mas aí eu não fiz.[...] A gente [ela e o marido] não conversava sobre isso. E no dia da cirurgia ele estava viajando. Não deixaram ele ir comigo, a firma não liberou. Aí meu irmão que foi me buscar. (Tatiana)

Não foi fácil, mas a gente atravessou tudo junto... Ele foi na cirurgia comigo. [...] – Foi Triste. Ele é muito centrado, mas ele ficou bastante abalado. [...] [O médico] Disse que faríamos a cirurgia, tiraria o quadrante só. [...] Aí fiquei esperando vaga para cirurgia. Acho que demorou uns dois, três meses. [...] [Nessa espera] você fica um pouco apreensiva, porque a doença é imprevisível e o que você mais quer é tirar aquilo logo. Mas eu entregava para Deus, sabia que, no momento certo, eu seria chamada. Ocorreu tudo bem, graças a Deus. Recuperação foi boa. (Cláudia)

Eu fiz só a cirurgia. [...] Mas quando ele [o médico] me disse que ia tirar o peito todo, eu fiquei olhando para a cara dele e, de repente, começou descer lágrima, descer lágrima, foi a primeira vez que eu chorei na frente de alguém, porque minha cunhada estava comigo. Eu sabia da cirurgia, só não sabia que ia tirar todo o peito.[...] Sei lá... é uma coisa estranha, diferente, e aí chorei demais, chorei, chorei, chorei, chorei, chorei, chorei até cansar, depois que eu cansei, parei de chorar, sentei na cadeira, na frente do médico e disse: “Quando vai ser a cirurgia?” [...] E, nisso, foi menos de dois meses eu já estava operada. Eu chorava à noite, pra eles não verem eu chorar de dia. Depois que ia todo mundo dormir, eu ia chorar, então, era uma força aparente. Eu fui corajosa. O médico disse que tem que operar, então vamos! Tem que fazer ? Então vamos. Não me escondi não. Encarei de frente [...] Ele [o marido] tinha muito medo de eu morrer, até porque os menino ainda era pequeno, né? (Vanessa)

Ele falava: “Você vai fazer tratamento, vai ficar bem, hoje em dia tem tratamento pra tudo.” E isso me acalmava. [...] Fiz mastectomia parcial. Tirei o quadrante. (Tatiana)

Eu fiz a primeira [cirurgia] e quando eu fui pra tirar os ponto [...] o doutor falou pra mim que achava melhor a gente voltar pra sala de cirurgia e tirar alguns nódulos que ele considerava que poderia dar problema futuramente. [...] Aí saí de lá com outra cirurgia marcada.[...] eu não tenho glândula na minha axila. Ele tirou tudo. Tanto que ele fala que, pela medicina, eu sou mutilada do lado esquerdo, né? Eu não posso carregar mais do que dois quilos, não posso muita coisa. [...] O meu foi só um quadrante. Então, daí, eu não, eu não parei de trabalhar. [...] E isso aí foi muito bom pra mim, porque eu tinha contato com as pessoas, né? Tava conversando, eu tava tocando a minha vida, né? [...] foi de boa pra mim, [...] graças a Deus meu tratamento foi bem tranquilo, bem tranquilo mesmo, eu falo assim que eu tive que passar isso, porque Deus permitiu mesmo. Era uma prova que eu tinha que passar, mas eu passei até que bem, em vista do que os outros falam. (Rosa)

b. Quimioterapia

A presente subcategoria traz à tona como o casal se posicionou durante o processo da quimioterapia, visto que essa modalidade de tratamento acarreta muitas modificações corporais que não se limitam à aparência física, mas que abrangem também a autonomia da mulher e a intimidade estabelecida entre os cônjuges. Vale destacar que a quimioterapia foi a modalidade de tratamento que mais afetou e exigiu das mulheres e dos seus parceiros.

Apenas uma participante não realizou essa intervenção enquanto as demais realizaram diversas sessões quimioterápicas entre brancas e vermelhas, sendo que esta última desencadeava maiores efeitos colaterais. Acerca dos efeitos colaterais apresentados, os mais relatados pelas nossas participantes foram alopecia, vômitos, emagrecimento, inchaço, fraqueza, indisposição, feridas e dores.

Para auxiliar as participantes a lidar com esse momento, alguns maridos enfatizaram que o cabelo cresce novamente após o tratamento, outros reforçavam que a mulher continuava bonita e um comprou peruca para sua esposa.

A fase da quimio foi a mais difícil. [...] Então, eu fiquei muito nervosa, eu ficava mais estressada ainda. Eu gritava e ele escutava, ele ficava na dele, sabe? Ele não falava muito. [...] Eu emagreci oito quilos. [...] era muito vômito. Não parava nada no estômago e a minha imunidade caía demais [...] me dava uma dor no corpo. Parecia que eu tinha levado uma surra, aí, eu não conseguia nem levantar da cama [...] quando eu fiz a primeira quimio, deu quinze dias caiu o cabelo. Eu não fiquei tão nervosa com o cabelo. O meu nervoso era porque eu ficava fraca e isso me fazia depender das pessoas. [...] Foi muito difícil esse tempo, porque eu sou bem ativa, bem resolutiva, independente. Tem um problema? Vamos resolver! E, nessa época, eu fiquei muito dependente [...] Ele me ajudou muito com a queda de cabelo. Então, quando eu raspei, ele chegou em casa, ele viu e falou: “Ficou bom!” – falou que ornou comigo, porque eu tinha uma cabecinha pequena, se fosse ele não ia ornar, porque ele tem cabeção [risos]. Falou que era para eu desenganar, porque cabelo cresce.[...] Aí, eu usava a peruca. [...] e consegui achar uma peruca da mesma cor do meu cabelo. [...] dentro de casa eu não usava peruca, eu ficava careca, ou colocava um lenço ou boné. Daí, na hora que depois que eu terminei tudo, que o cabelo começou a crescer, aí eu tirei a peruca e assumi mesmo. (Rosana)

Nas quimioterapias, que eu ia toda semana, ele me levava. Deixava o serviço, ia para outra cidade comigo. Eu ficava de cama uns cinco dias. [...] Eu tinha que ficar literalmente em repouso, se eu mexia um pouquinho o dedo, já doía meu corpo todo, eu tinha que ficar quietinha, parada, era muito triste. [...] Tinha que ficar igual uma estátua. [...] E pra mim foi difícil, porque antes eu era muito magra, era magrinha. Aí, de repente, você engorda, ganha quase dez quilo a mais, sem cabelo, com a boca cheia de ferida, sem sobrancelha, sem cílio. A gente sente

muito feia. Muito feia mesmo. [...] Meu cabelo caiu, menina, caiu tudo! Ele [o marido] é muito centrado, mas ele ficou bastante abalado. [...] Ele até comprou uma peruca pra mim. Mas é quente demais. Não aguentei usar, não. Daí eu usava lenço, chapeuzinho, quando tava frio, usava touquinha. (Cláudia)

Eu tive que fazer quatro quimios vermelhas. [...] Eu passava muito mal com as quimios, mas ele nunca deixou faltar nada para mim, nada mesmo. Foi um ano de todo esse tratamento. Durante o tratamento, eu sentia muita dor. Nessa época, eu já não trabalhava mais fora de casa, [...] Era da casa pra [omitido – cidade] e de [omitido – cidade] para a casa. [...] Eu continuei com a minha rotina, cuidava da casa, do Pietro, fazia comida. Só que eu fazia de uma forma diferente, porque a gente fica muito cansada, com muita fadiga, fica debilitada, mesmo, por mais que você queira fazer as coisas, você não consegue. (Tatiana)

[...] Depois fiz quimio. [...] Eu não conseguia nem comer. Você até quer comer, porque você vê aquela coisa que você sabe que você gosta, só que você vai comer, não tem gosto. [...] Eu fazia a cada vinte e um dias e ele me levava também. E depois passou a branca, que era toda semana e ele me levava também. [...] Quando eu vinha da quimioterapia, eu vinha num gás. [...] daí no outro dia eu estava acabada, né? [...] depois de três dias, aí eu baqueava porque, daí, eu não ficava com dor nada, mas eu não conseguia nem levantar na cama. [...] eu ficava só deitada, descansando mesmo. Porque é bem cansativo. [...] Caiu meu cabelo, caiu meu cílio, caiu minha sobrancelha. Ah, eu encarei de boa. [...] O que me fez mais falta nisso tudo foi o cílio... é... assim, na hora que eu fechava o meu olho, ele meio que grudava, porque não tinha os cílios.[...] Me incomodava usar chapéu, lenço, essas coisas. Por mim, eu ficava sem nada, só que não pode também tomar sol, né? [...] Ele falava que tava bonito, sem chapéu ou com lenço mesmo [...], para ele tava tudo bom, quanto a isso, ele não tinha problema, não, se eu saísse careca do lado dele, acho que não tinha vergonha, não, pelo menos nunca percebi. [...] Daí a sobrancelha eu fazia com sombra, né? E até o pessoal achava que era de verdade, só quando chegava bem perto assim que via que era feita. (Rosa)

6.1.3 Encontrando apoio e força

O câncer de mama é uma doença grave que impacta as diversas esferas da vida da mulher e de toda a família. Isto posto, todos os envolvidos, em maior ou menor grau, vivencia a experiência de não saber o que fazer, de não ter controle sobre os próximos acontecimentos de sua vida e de se ver impotente frente à finitude que se apresenta de forma tão abrupta e é percebida pelas participantes e seus cônjuges como algo quase intransponível.

O apoio recebido se configura em um importante elemento de enfrentamento. Nesta pesquisa, a família nuclear protagonizou o suporte ofertado à mulher, com destaque

para os cônjuges e os filhos. A família extensa apareceu como elemento da rede de apoio em apenas um caso.

Diante dessa conjuntura, o apoio e o suporte são ferramentas essenciais para amenizar o sofrimento, auxiliar o enfrentamento e ampliar a qualidade de vida. Paralelo ao auxílio recebido do cônjuge e dos familiares, os quais foram imprescindíveis para a boa condução da vida - seja no cuidado com os filhos ou da casa, no auxílio do autocuidado da mulher, tais como a preparação de refeições, de vitaminas e até no auxílio da mulher para tomar banho – e para o acolhimento das questões emocionais, visto que elas se sentiam mais fortalecidas e calmas com a presença e cuidado recebido.

Paralelo a esse apoio, constatamos que a espiritualidade e a preocupação com os filhos também se caracterizaram em elementos que fortaleceram e auxiliaram a mulher no difícil atravessamento do tratamento.

Constatamos que esses dois elementos contribuíram consideravelmente para o bem-estar e para a constituição da esperança mediante às dificuldades que permeiam o adoecimento.

a. Apoio conjugal e familiar

Este tópico visa focalizar as diversas nuances da rede de apoio que a mulher teve ou deixou de ter, ao longo do adoecimento. Observamos que todas as mulheres se sentiram apoiadas pelos seus cônjuges e consideraram fundamental o suporte ofertado por eles, durante o adoecimento.

Cada cônjuge ofereceu o apoio, dentro da sua realidade, e, por isso, essa categoria apresenta as formas diversificadas que eles utilizaram para funcionar como suporte para a esposa, tais como acompanhar nas consultas, utilizar palavras motivadoras, assumir o cuidado com os filhos e com as tarefas domésticas e não se separar

Além dos cônjuges, a mãe, a sogra, os irmãos e os filhos também compuseram a rede de apoio de algumas mulheres.

Nenhuma vez eu fui sozinha. Sempre na companhia do meu marido ou do meu irmão. [...] Ela [mãe] nunca foi, porque a minha mãe era bem frágil, só que a minha mãe ajudava, tipo, pra fazer tudo. Então, eu só agradeço a minha família. [...] A pessoa não precisa falar nada. [...] Só que, assim, só dele estar ali do lado eu já sentia forte. [...] Então, ele me ajudou muito. [...] E ele sempre falava assim: “Rosana é na alegria e na doença. Então vamos pra frente.” [...] Ele me ajudava bastante com a minha menina, porque, assim, tinha época que eu ficava mais deitada e ele ficava atento, tentando distrair a minha menina. [...] Ele fazia vitamina pra mim [...] até para tomar banho meu marido e minhas irmãs me ajudavam. [Olhos marejados e voz embargada]. Ele [o marido] fala assim pra mim que eu sou muito guerreira, ele sempre fala isso e eu fico

muito feliz, porque não é fácil passar. [...] ? E ainda tive ajuda assim, porque teve uma época que a gente foi vinte e oito dias para [omitido], não foi fácil, gastamos muito. A minha família ajudou, a minha mãe ajudou, o meu irmão ajudou, sabe? Então assim, a família é tudo! (Rosana)

Me ajudava em tudo. Aí a gente ia cantando louvor, ele conseguia transmitir paz para mim. [...] Aí meu marido e minha filha que limpava a casa e cozinava. Às vezes, a minha mãe e minha sogra iam lá me ajudar. Mas o meu marido era o meu braço direito. [...] vejo que ele me ajudou muito a superar. Ele não me abandonou em nenhum momento. Ele não me criticou em nada. Não reclamou nada. (Cláudia)

A gente não era, assim, uma coisa presente. Mas tinha companheirismo, porque eu achei que ele ia largar eu por causa do câncer, principalmente quando eu descobri que ia ser mastectomizada, tirar todo o peito. Eu até falei: “Se você quiser me largar, não tem problema, você tem todo o direito.” [...] Ele falou: “Imagina, você tá louca.” Ele ainda falava: “Você tem dois peito. Você tira um, fica um.” [...] É difícil uma pessoa que passe tudo isso junto, né? [...] Ele foi um apoio muito importante, porque, depois que eu descobri o câncer, eu achei que ele ia largar de mim [...] Ele não podia acompanhar nas consultas, porque ele sempre trabalhou, né? Aí ele pedia pra irmã dele ir, que é a minha comadre. [...] era o Renato [filho] que fazia o curativo, o curativo dos meus pontos, era ele que limpava o “totozinho”. [...] Ele [marido] não conseguia nem ver [...] Mas ele sempre teve ali do meu lado. Nunca me abandonou, não. (Vanessa)

No início, a minha irmã Juliana foi comigo, depois eu fui sozinha, porque eu pedi para ela não ir mais, porque eu achava que era melhor ela não ir. [...] Ele [marido] me deu muita força, muita mesma. [...] O Pietro também me deu muita força. Eu só consegui terminar mesmo o tratamento, porque eu tive a força dele. Se não fosse ele, eu teria desistido. Eu tinha desistido. [Começou a chorar, voz embargada.] (Tatiana).

[...] minha família ninguém me tratou diferente, ficaram preocupado, mas nada demais. [...] ele ficava... é... me perguntando as coisas, se eu estava boa e não sei o que... falando pra mim não fazer aquilo, não fazer isso, ele não queria que eu fizesse nada [...] Depois que descobri o câncer, a bajulação foi maior. Queria privar eu de tudo. Era cuidado, né? [...] E a gente se dava bem. A gente tinha bastante cumplicidade mesmo. Era bom. O único problema que teve, acabou. [...] E ele ficava pesquisando sobre a doença, coisa que eu não fazia, ele fazia, ele pesquisava na internet, tudo. [...] Ele foi comigo na cirurgia. [...] A firma que ele trabalha dá muito suporte. Deixou ele ir comigo, ficava comigo. [...] Ó, o meu, no diagnóstico eu não tenho o que reclamar. Eu fui bem... assim... acolhida, entendeu? Aí, depois no tratamento, eu não posso dizer, porque eu não tive uma experiência boa, porque eu não tive ele aqui comigo, né? Na hora de... é... a gente colher os frutos, não tivemos... Não pudemos colher, porque... é... ele não estava aqui, né? (Rosa)

b. A preocupação com o filho: uma força a mais

Este tópico enfoca a preocupação da mulher com a vida de seus filhos e se manifestou como uma fonte de força e motivação no enfrentamento do tratamento.

A possibilidade de morrer esteve como epicentro nesta preocupação das participantes e se manifestou em diferentes formas: desde a impossibilidade de acompanhar o desenvolvimento de seus filhos e estarem presentes nos momentos importantes de suas vidas, perpassando pela apreensão de como seriam cuidados e tratados pelas demais pessoas da família em caso da morte das entrevistadas, até à precaução de como todo o adoecimento estava repercutindo na esfera emocional deles.

Ademais, cabe destacar que o filho de uma participante também apresentou apreensão em relação à possibilidade de sua mãe falecer. Também destacamos o caso de Rosana, em que o cônjuge juntamente com a família extensa dela se reorganizaram financeiramente, bem como a rotina no trabalho para garantir que ela não ficasse longe de sua filha.

Só que eu pensava na minha filha. Ela tinha quatro anos. Aí eu pensava assim: “Meu Deus, o que vai ser da minha filha?! Eu não vou ver ela crescer! Eu não vou ver ela se formar, ela se casar.” O meu medo era esse. Meu único medo era esse. [...] Só que [omitido - cidade] fica há duzentos quilômetros da minha cidade E eu não queria ficar longe da minha filha, que tinha quatro anos. Aí, o que que a gente fez? Eu ia todo dia pra [omitido-cidade], vinte e oito dias, ida e volta. Aí meu marido me levava todo dia e voltava. Todo dia eu fazia isso. [...] E ele zoa que vai primeiro que eu, porque o filho, ele falava, assim o filho precisa mais da mãe que do pai e que vai deixar o futuro da Mariana garantido. (Rosana)

Ela é uma menina muito amorosa, muito amiga. Uma bênção. Hoje ela está com vinte e oito anos. Já tem uma menininha também e eu sou vovó. Ela é minha companheira, sabe? (Cláudia)

Eu estava disposta a viver, porque meus filho era muito pequeno pra outra pessoa criar. Richard sempre foi terrível, ninguém aguentava ele. Então, era só eu que ele tinha. Eu tinha medo de morrer e o meu filho ter que ir morar com a minha irmã, com a minha mãe. Porque eles eram muito novos. Então, eu falei: “Eu não vou morrer por causa disso. Não vou.” Então, eu fui muito forte. (Vanessa)

Então, a minha preocupação era mais com ele, do que ele tava pensando, do que ele poderia pensar, porque já não tem o pai e, se perder a minha mãe... [...] eu não estava com o pai dele e ele poderia pensar que eu ia morrer, porque ele falava pra mim “Mãe, você está com câncer, você pode morrer!” Eu falei: “Mas eu não vou morrer” e ele falava: “Como que você pode falar que você não vai morrer?” Eu falei: “Ah, eu tenho que pensar que eu não vou morrer, né?” (Rosa)

6.1.4 O exercício da espiritualidade

Nesta subcategoria, apontamos a importância da espiritualidade no enfrentamento do adoecimento. Constatamos que tal dimensão consistiu em recurso que resultou em força, tranquilidade e esperança no enfrentamento da doença.

Esse exercício se expressou por meio de orações, participação em cultos, realização de encontros religiosos na própria casa. Aqui, destacamos a situação de Claudia, pois ela tinha o apoio de seu marido no fortalecimento de sua fé, o qual se manifestava de diversas maneiras, tais como orando juntos, cantando louvores, ele jejuando em prol dela e convidando membros da igreja para visitá-la.

Observamos que não foram todas as participantes que recorreram à espiritualidade para lidar com as repercussões do adoecimento. Essa prática, foi utilizada pelas mulheres que já tinham essa práxis dentro de seu repertório antes do adoecimento

E na época eu escutava o padre Marcelo Rossi. Teve um dia que ele falou assim, [...]Tem uma pessoa que passou pelo câncer e olha, você vai ter que fazer a quimio. Você achou que não ia ter que fazer quimio, mas você vai ter que fazer. [...] Mas ela vai ser curada. [...]E aquilo me impactou. Eu falei, é pra mim. [...] E quando eles falam que talvez eu tinha que por cateter, eu falava, estou ferrada porque daí tem que estar fazendo limpeza. Aí eu falava tenta pegar em qualquer lugar. Aí eu tenho uma tatuagem especial né, eu escrevi Fé, porque por mais que minha veia estava fina, eu não precisei colocar cateter, eu consegui todas. (Rosana)

[...]E daí ele começou a jejuar para eu melhorar. Ele era muito preocupado comigo. Eu não conseguia jejuar, porque eu tava muito ruim. Então ele jejuava, a gente orava junto, cantava junto todo dia. Ele sempre dando força [...] Nessa época, meu marido levava muitos irmãos da igreja em casa para orar pra mim, fazer culto em casa. Então, isso fortalecia e me ajudava. [...] Daí a gente foi na igreja buscar a palavra e o Senhor falou pela palavra: “Tem aqui uma pessoa aqui que o Senhor manda te dizer: não chore. [...] Deus vai secar suas lágrimas.” E, a partir disso, eu não chorei mais, mesmo. Foi um ano de tratamento, mas sem choro, com paz. E eu sempre transmitia paz para toda a minha família, pro meu marido. Estava sempre alegre, brincando. [...] A gente buscava fé em Deus, força. Eu tenho muita confiança em Deus, eu sei que não vou morrer dessa doença. (Cláudia)

Ah, eu passei na psicóloga lá em [cidade-omitido], né? E aí ela falou assim pra mim: eu não tenho o que falar pra você, você está bem e é isso...Eu fiquei conversando com ela cinco minutos e ela me dispensou. [...] É que Deus estava comigo. É só Deus pra fazer isso na vida da gente, porque a gente tem que estar sempre ali com Deus, né? Porque só Ele para nos sustentar, pra nos dar força, pra poder passar tudo que eu passei, pelo que todo mundo fala, é que é puxado mesmo, então, não tem outra explicação. É, é Deus, né? É. Não é de mim não, é Deus. [...]

porque a gente que serve a Deus, Deus me preparou pra isso, entendeu?
E eu atribuo isso tudo a Deus, né? (Rosa)

6.2 A conjugalidade

Cabe evidenciar que compreendemos que a conjugalidade é afetada desde o momento da investigação e do diagnóstico de câncer de mama, tal como foi apresentado e abordado na categoria anterior do presente capítulo. Entretanto, aqui abordaremos de modo mais focalizado as repercussões do câncer de mama na organização e reorganização de algumas dimensões da conjugalidade, necessárias devido aos impactos da doença e tal qual as entrevistas demonstraram. Ela é composta por duas subcategorias “A vida antes do adoecimento” e “Ressonâncias do câncer de mama na conjugalidade”.

Sendo assim, na primeira subcategoria conheceremos como o casal construiu a sua história e como construíram seu cotidiano antes do adoecimento. A partir desse conhecimento avançamos na compreensão das repercussões que o câncer de mama trouxe para a conjugalidade.

6.2.1 A vida a dois antes do adoecimento

A presente categoria visa abordar como cada casal construiu a sua história e como nutriam a vida a dois. Conhecer tais aspectos é de suma importância para atingirmos o maior objetivo desta pesquisa, que é compreender quais são as reverberações do câncer de mama, na conjugalidade.

a. E assim formou-se o casal...

Aqui apresentamos alguns aspectos da história da díade, enfatizando a trajetória percorrida desde o namoro até o casamento antes do adoecimento. Como esse não era o objetivo principal da pesquisa, não encontramos dados aprofundados, mas compreendemos que nos fornece dados para vislumbrar os desdobramentos do casamento após o adoecimento.

De forma geral, constatamos que, com exceção de Tatiana, que conhecia Célio desde criança, as demais conheceram os companheiros em situações sociais, algumas ainda na adolescência e outras já na vida adulta. Vanessa foi a única participante que iniciou a vida conjugal sem estabelecer o namoro. Ademais, ela iniciou o relacionamento

sendo amante de Edvaldo. Apontar esse fator torna-se relevante, pois como veremos, traição é um elemento marcante na história deles e gerador de conflitos e sofrimento.

Além disso, cabe ressaltar que os cônjuges de Cláudia e Tatiana foram seus primeiros e únicos namorados. Rosa é a única participante que está em seu segundo casamento.

Apesar de algumas participantes relatarem algumas diferenças entre elas e os cônjuges, os relatos na fase do namoro preponderou os aspectos que evidenciam os aspectos positivos do outro e o movimento deles em relação ao planejamento do casamento.

A gente se conheceu numa feira pecuária aqui de [omitido] mesmo e daí a gente foi, né? se conhecendo, aí a gente começou a namorar, depois a gente largou. – Por conta de uma discussãozinha à toa, aí cada um foi pro seu lado e aí depois a gente se reencontrou. Aí depois de dois anos retornamos e daí a gente namorou seis anos. [...] Voltou todo aquele tempo que a gente tinha ficado junto. Daí a gente começou a namorar, depois nós noivamos. Quando a gente começou a namorar, depois de um tempo, a gente já estava pensando no casamento, né? Daí a gente comprou a casa, foi fazendo tudo, né? [...] Ai, ai. Olha, ele é muito bonito, ele é uma pessoa muito honesta, uma pessoa trabalhadora, sabe? (Rosana)

Eu sou evangélica e foi lá – na igreja – que nos conhecemos. [...] Ele foi meu primeiro e único namorado. [...] Então, ele estava nesse momento de voltar para as coisas de Deus, de abandonar o mundo. (..) Eu achava – ele – uma pessoa bacana, uma pessoa que tem o coração puro e eu disse: “Eu posso tentar, né?” Uma pessoa boa, de uma família boa. Então, eu me encantei com isso. A gente namorou mais ou menos uns dois anos. [...] Nós nos conhecemos, conversamos muito. [...] No início do namoro discutimos um pouco por ideias diferentes, mas, aos poucos, a gente foi se acertando e tudo foi dando certo. [...] Ah, coisa boba. Horário para sair, lugar onde a gente ia, ciúminho, coisa de jovem. Nada grave. (Cláudia)

Foi na padaria. [...] E naquele dia eu tava voltando do baile de madrugada e eu fui comprar um cigarro na padaria e ele estava lá na padaria. [...] Eu nunca tinha visto ele. Foi a primeira vez. Ele me chamou pra tomar uma cerveja e, desde então, estamos assim há vinte e cinco anos. [...] Foi rápido, foi bem rápido, porque foi questão de dias que a gente foi morar juntos. [...] Porque ele tinha uma namorada e ela tinha filhos. Aí ele largou da namorada e acabou ficando comigo pra se vingar da namorada e ficou comigo [...] Ah, ele era bom de papo. Ele morava com o filho dele e eu morava com a minha irmã, junto com minhas sobrinhas. E ele sempre me chamava para ir morar com ele. Aí teve uma hora que eu tive que sair da casa, porque era muita gente numa casa pequena. (Vanessa)

Eu conheci o Célio desde pequena, mas a gente começou a namorar eu tinha 15 anos e ele uns 18, 19, não sei ao certo. Tudo começou na escola. Ele perguntou se eu não queria namorar com ele. Eu disse que sim. Ele

foi em casa, pediu para o meu pai e começamos a namorar. Aí depois de uns quatro anos a gente foi morar junto. [...] (Tatiana)

Ah, então... A gente tava separado, eu tava separada e ele também. Ele tem dois filhos e o menor dele é na faixa de idade do meu filho. É uma... um ano de diferença. Aí os dois se dava bem, jogava bola juntos, aquela coisa, então, acabava que a gente fazia várias coisas junto, né? Aí acabou que... Na verdade, ele fala que ele já era apaixonado na época que a gente se conhecia lá atrás. Mas eu nunca soube. E daí a gente foi se apegando, se apegando e comecei a namorar e daí casamos [...] Na verdade, eu não escolhi não, eu fui escolhida. Ele que me escolheu. [risos] [...] Ah, a gente namorou pouco tempo, porque ele não era evangélico [...] E ele queria ser namorado e eu não queria ter namorado. (Rosa)

b. A vida a dois no cotidiano

Aqui demonstramos como o relacionamento da díade se efetivava, no cotidiano antes do adoecimento. Os relatos apontam que a maioria dos casamentos eram perpassados por compartilhamento, pela confiança, pela fidelidade e pela parceria. Alguns casais também conseguiram construir um projeto comum aos dois, elemento que se demonstrou fundamental na solidez da união existente entre eles.

No entanto, o casamento de Tatiana e Vanessa era marcado pelo distanciamento, incompreensão, violência psicológica e física. Os maridos de ambas omitem fatos importantes de suas vidas, sendo que o de Vanessa esconde os seus relacionamentos extraconjugais, enquanto o de Tatiana omite o uso de substâncias psicotrópicas. As duas participantes já se separaram dos seus cônjuges, mas por diversos motivos reataram o casamento.

Em relação às dificuldades enfrentadas pelos casais, destacaram-se o manejo da alteridade, o alcoolismo, as traições, a depressão e a vida financeira. Ao longo de sua trajetória, alguns casais construíram maneiras de enfrentamento das adversidades, enquanto outros intensificavam o conflito já existente.

Tem aquele clima entre a gente. No começo, a gente brigava muito, sabe? Agora, a gente tem uma cumplicidade, né? Assim, só de olhar a gente já sabe o que o outro tá pensando. [...] E as nossas briguinhas era assim, né? Um que não abaixava a cabeça para o outro, mas assim era normal. Um ajudava o outro, ele me ajudava nas tarefas, né?, da casa. Muita cumplicidade. Até o nascimento da Giovana planejamos juntos. [...] Dividíamos as tarefas, as contas. Então, era normal, assim não tinha, muita, assim, dificuldade, né? Só esses conflitos mesmo de questões de personalidade, de pensar diferente. Então, a gente ficava emburrado um com o outro, aí depois a gente voltava, né? (Rosana)

Então, eu sempre deixei bem claro para ele que eu não queria trabalhar, porque eu não conseguia, eu sempre fui adoentada. Quando fomos

casar, eu perguntei: “Você está disposto a tratar de mim?” Ele falou: “Sim, eu não vou falar pra você que eu vou te dar tudo de luxo, mas o básico para o dia a dia, não vai faltar.” [...] Sempre me tratou super bem. [...] graças a Deus, eu arrumei uma pessoa muito boa [...] A gente conversava, se ajudava e seguia. [...] E assim foi, devagar, fomos conquistando as coisas, muito suado, com bastante luta [...] No começo do meu casamento, eu estava muito feliz, porque a gente tinha conquistado as nossas coisinhas [...] Mas eu tive um aborto e esse aborto me deu uma depressão profunda. Então, ele passou um monte de tempo muito difícil comigo. [...] Ele me ajudou muito. A gente orava muito junto. Ele dava conselho pra mim [...] Ele foi um anjo na minha vida. (Cláudia)

No início, foi excelente. Porque, no começo, ele era muito atencioso, muito carinhoso, não era uma pessoa tóxica. Eu poderia fazer o que eu quisesse, eu saía, eu viajava sozinha, então, eu tinha liberdade. [...] O primeiro ano foi bom, depois começou as traições. [...] Depois das traições, a gente vivia brigando um tempo, depois voltava a conversar e ficava tudo normal até a próxima traição. [...] Era uma coisa de sair do inferno e ir pro céu. [...] Porque você fica muito noitada depois da traição. Você desconfia de tudo. [...] Faz tempo que ele bebe. [...] A gente era muito diferente, ele gostava dessa coisa de noite. Eu já não gostava de sair à noite. Essas coisas de balada, de bebedeira, eu não gosto. [...] Tinha dificuldade – financeira. [...] Eu sempre tentava conversar, era mais paciente. Ele é uma pessoa mais agressiva, impulsiva, explosiva. Tudo isso e mais um pouco. [...] Violência física é uma tradição, né?! [...] e violência psicológica. Essa eu percebi mais agora. [...] ele fala se eu largar dele, eu vou passar fome, não vou ter aonde morar. Ele fala que a minha família não me quer, que eles não liga pra mim. E eu falo que a dele também não liga para ele, que ninguém na família dele fez algo por ele, que ninguém gosta dele... Então, ele tem que agradecer de ter conseguido uma mulher e uma família. [...] Teve uma vez que eu fui embora, mas aí ele ficou chorando, pedindo perdão, implorando, pedindo pelos filhos, aí, acabei voltando. [...] Eu falo que eu não aguento mais essa vida. Eu me desgastei, porque eu mostro a verdade na cara dele e ele tem coragem de falar pra mim que é mentira. Ele não tem vergonha na cara. (Vanessa)

Vanessa verbaliza para o cônjuge que quer se separar, mas continua no relacionamento. E, quando indagada acerca do motivo que a faz continuar casada com Edvaldo, a resposta foi a seguinte: “Sei lá... Não sei.... Não sei te dizer. Eu só continuo... triste, né?” (Vanessa)

Aí depois de uns 4 anos a gente foi morar junto, mais porque ele queria. [...] ele era uma pessoa boa, mas bebia bastante. Aí a gente brigava muito. Eu brigava, porque eu não queria ver ele bebendo, sabe? Mas trabalhava, não deixava faltar nada. O papel de homem ele fazia. Aí, como a gente não se entendia, a gente conversava bem pouco e cada um ficava mais na sua. [...] Mas nunca foi de me agredir, só mais no finalzinho. [...] A gente largava, voltava, e assim ia. Foi assim desde o comecinho, tudo atribulado. [...] Só que, sabe, aquela coisa de adolescente de achar que vai morrer sem a pessoa? Primeiro namorado,

né? Aí a gente acabava voltando. [...] Ele nunca gostou que eu trabalhasse fora e eu sempre fui, porque a gente precisa ter nosso dinheirinho, né? [...] Eu fui descobrir esses tempos atrás que ele era usuário. (Tatiana)

Eu não fui morar com ele, não. Eles que veio morar comigo. Porque... Ah, eu estava mais... é... digamos, acomodada, né? Mas... é... então, eu tinha um pouco mais de condição, daí eles foram pra minha casa. Veio e desmontou a casa dele. [...] A gente se dava bem [...] A gente tinha uma... é... aliás, a gente tem até hoje. Uma boa convivência. [...] É... a gente era fidelidade mesmo, sabe? Eu confiava nele, assim tranquilo, tranquilo mesmo, e a gente tinha muita cumplicidade, tinha mesmo. A gente falava a mesma língua, sabe? Aquela coisa de que encaixava mesmo, né? Então, a gente não tinha problema, assim. [...] Problema foi o menino só [...] Era, era boa. Eu até comentava, porque a gente via alguns casal que tinha problema com madrasta, com padrasto. E a gente não tinha. Só que, quando teve, acabou. (Rosa)

6.2.2 Ressonâncias do câncer de mama na conjugalidade

Esta subcategoria aborda de modo enfático as repercussões do câncer de mama na conjugalidade durante e após o tratamento.

Isto posto, nela abordamos como a sexualidade foi vivenciada durante o tratamento, além de apresentar o processo de separação que alguns casais estabeleceram durante o adoecimento demonstrando os efeitos disso para o enfrentamento do câncer de mama.

Observamos que a dimensão sexual foi significativamente afetada e que trouxe conflitos para alguns casais, devido à falta de compreensão e respeito à falta de desejo sexual da mulher. Além disso, alguns casais se fragilizaram ainda mais ao longo do enfrentamento do câncer de mama e encontraram na separação uma via para solucionar essa situação.

Por fim, evidenciamos a vivência da díade acerca do casamento após a vivência do adoecimento.

6.2.2.1 Durante o tratamento

a. A vida sexual

Esta subcategoria aponta as repercussões do tratamento na vida sexual do casal. Todas as participantes apontaram alterações na vida sexual, principalmente devido à indisposição sexual provocada pelo tratamento e seus diversos efeitos. Algumas relataram que os cônjuges respeitaram essas dificuldades, demonstrando paciência e tolerância, contudo, essas mulheres que foram compreendidas referiram que entendiam a

necessidade e o desejo deles e quando estavam com efeitos colaterais menos intensos procuravam viver essa importante dimensão do casamento dentro de sua realidade.

No entanto, dentre aqueles que não puderam compreender esse momento difícil, alguns demonstraram pressões e instabilidades na reação, entre a compreensão e a irritação. De qualquer maneira, tais reações contribuíram para intensificar o sofrimento já vivenciado.

A despeito da diversidade de reações apresentados pelos cônjuges, para as entrevistadas, a demonstração de afeto e cuidado eram cruciais nesse momento, porém, nem todos os companheiros foram capazes de tal demonstração

Por fim, cabe destacar que, desde o momento do diagnóstico até o fim do acompanhamento, Vanessa não tomou conhecimento de nenhum episódio de traição, elemento recorrente na trajetória da díade.

Quando eu ia fazer um procedimento que eu já conhecia era mais tranquilo. Então, a gente ia conversando, daí ia falando das corrida dele, das cliente, né? É sempre pensando, tá acabando, vai passar, era mais, assim gratidão, sabe? E quando a gente via o resultado que tava tudo certinho, aí eu ficava bem aliviada e vinha até escutando umas músicas [...] Aí, na parte sexual, mudou já na primeira cirurgia. Diminuiu, porque eu não tinha a cabeça. Ele não me cobrava, não ficava nervoso, nada desse tipo. Ele teve paciência, muita paciência. (Rosana)

[...] prejudicou muito a parte sexual, né? Mas, os momentos que eu não estava bem, ele me respeitou de boa. Mas tinha um momento em que eu me via na minha obrigação também, eu, como esposa, eu também não sei deixar meu marido sem assistência. Mas, ele tinha muita paciência comigo, se eu não estava bem, ele sempre me respeitou, me compreendeu. [...] E depois que você tem o câncer é a primeira coisa que ele vai mudar, muda muito essa parte sexual. (Cláudia)

Pensando bem, a gente se distanciou mais ainda. Afinal, nessa época, ele até parou de dormir na mesma cama que eu. Ele dizia que tinha medo de rolar e bater na minha cirurgia. Aí ele foi prum quarto e eu fiquei no outro. [...] Ah, acho que ele tava preocupado comigo. [...] Sexo... Ele gosta muito. Então, era bem complicado. (Vanessa)

[...] quando começou o tratamento, ele também começou a me tratar de uma forma diferente, beeeem mais carinhoso. Só que essa demonstração de carinho e essa mudança não era constante. Porque, depois, ele mudava de novo, mas, mesmo quando ele mudava, ele não voltava a ser o que era antes de eu descobrir a doença. Às vezes, parecia que ele tinha dupla personalidade. [...] Teve um dia que chegou a me dizer que eu estava podre. [Olhos marejados e voz embargada]. [...] Ah, o homem cobra muito a mulher. E eu tive bastante problema ginecológico. Fiz vários exames e eu não tinha nada e os médicos falavam que era por conta dos tratamentos. Aí, era muito chato. Porque,

às vezes, ele me entendia, mas na maior parte, não. Aí você tem que fazer, mesmo sem querer. (Tatiana)

Eu acho que isso daí mexe muito com o casamento, muito mesmo. Porque, para homem, tudo gira em torno de sexo. Não tem outra coisa. Homem é movido a sexo. Entendeu? Acha que... é... vamos supor, a mama não tem nada a ver com a parte de baixo, né? [...] Eu pelo menos senti assim... desrespeitada. [...] Você não quer o sexo, mas você quer o carinho, o afago. É isso. Só que eles não entendem, né? Tem que explicar. Na situação que eu estava, eu também não queria nem explicar. Eu só falava “não” e pronto. Não queria nem saber se estava gostando ou não. [...] nessa parte, eu achei que teve muita falta de compreensão. [...] Às vezes, ele argumentava, mas ficava na dele. [...] Mas ele podia me abraçar e falar “Tudo bem, vamos no seu tempo.” Seria diferente, você está me entendendo? E, de repente, depois disso, poderia até virar alguma coisa, mas não, virava pra lá e eu virava pra cá e era assim, né? [...] Às vezes, no outro dia, ficava bravo, né? Bicudo, ia trabalhar emburrado, mas depois voltava igual um cordeirinho também, né? Parece que colocava a cabeça no lugar também, né? Pessoa tem que ter bom senso, né? Não é só sobre sexo. (Rosa)

b. O desenlace

Tatiana e Rosa viveram o rompimento do casamento durante o enfrentamento do câncer de mama. Tatiana se separou no início do pós-tratamento e Rosa, no final do tratamento. Desse modo, nesta categoria, apresentamos os fatores que, na perspectiva das participantes, desencadearam a separação. Além disso, explicitamos como a mulher reagiu a esse episódio e como o mesmo influenciou o enfrentamento da doença.

Nenhum casal se separa da noite para o dia. Essa decisão é tomada a partir de um conjunto de situações que não são solucionadas pela díade e que vão intensificando o desconforto vivenciado e propiciando um distanciamento do casal. Isto posto, este tópico visa apresentar de modo sucinto o cenário que os casais que se separaram estavam enfrentando.

Observamos que Tatiana mudou seu estilo de enfrentamento das dificuldades vivenciadas na vida a dois, conseguindo se posicionar e expressar sua compreensão acerca das situações experienciadas. A partir disso, seu cônjuge emprega um novo tipo de violência: a agressão física. No caso de Rosa, ela associa a separação aos frequentes desentendimentos com seu enteado.

Eu mudei bastante. Antes de eu ter câncer, eu era uma pessoa bastante submissa a ele. [...] Antes, por mais que não concordasse com as coisas, eu deixava, para evitar conflito. Ia levando, porque, quando eu falava, não adiantava de nada mesmo. Aí, depois eu mudei, eu comecei a falar,

comecei a fazer as coisas que eu achava que tinha que fazer, porque eu não tinha nada a perder, mesmo. E ele não aceitou muito. Tanto é que ele veio me agredir. [...] Depois disso, ele começou a beber mais ainda. Não podia falar nada que ele ficava me ameaçando. Sempre me tratando mal. Aí eu fiquei um mês só com ele, porque as coisas estavam piorando. Eu comecei a sentir medo dele.[...] A gente já não estava bem. (Tatiana)

A gente se dava bem, aliás, nosso casamento não acabou por causa nossa. Acabou por causa do filho dele. [...] O primeiro problema que teve, que não foi na relação, foi dentro de casa, teve separação. [...] O menino montava no pai, entendeu? O menino tinha muito controle sobre ele, sabe? Muito controle. [...] Sabe por quê? [...] ele arrumava as namoradinha e queria levar pra casa. [...] E ele queria esse tipo de liberdade de levar a namoradinha em casa e ir pro quarto e ficar lá, né? [...]Aí ele sabia os horário que eu saia e os horário que eu chegava. Só que às vezes eu demorava um pouquinho, chegava mais tarde, outro dia eu já chegava no horário. Então criava aquele clima, né? E eu não queria, porque era tudo de menor. E eu falava pra ele, pro pai, não. Não está bom, eu não quero isso aqui dentro de casa. [...] E até hoje eu não concordo, eu não concordo com isso. Meu filho tem vinte anos, ele não vai na igreja, mas eu não aceito (Rosa)

c. A tomada de decisão

Neste tópico abordamos o episódio que foi decisivo para um dos cônjuges tomarem a decisão de se separar.

Observamos que em um caso foi a participante que optou por se separar e no outro caso a participante foi deixada pelo cônjuge sem ao menos poder contar a sua versão sobre o ocorrido e, assim, poder pensar junto com o cônjuge outras formas de solucionar a situação que não fosse pela via da separação.

Vale ressaltar que Tatiana já havia se separado inúmeras vezes de seu cônjuge, mas acabava reatando. Foi a partir da vivência do adoecimento que conseguiu sustentar a sua decisão. Os dois epicentros da separação se relacionam com episódios envolvendo filhos.

Em suma, a separação tornou-se uma possibilidade para esses casais, pois ao longo da trajetória construída, eles não conseguiram encontrar alternativas para manejar as diferenças, no sentido da alteridade nem as diversas demandas em determinados momentos da vida.

Estávamos supermal e teve um dia que o menino começou a trabalhar no moto táxi e depois do trabalho dele parou no bar para tomar um copo de chopp. E ele não gostou. Aí, o Célio chegou em casa e começou a brigar comigo por isso. Mas brigar mesmo. E o menino apareceu na porta do quarto e falou “Pai, eu tô aqui” E ele continuou brigando comigo. Aí o menino foi lá fora e pegou uma barra de ferro e ficou na porta do quarto. Aí o pai dele encheu o zóio de água e falou assim: “Daqui, só sai um vivo hoje” – e foi para cozinha pegar uma faca. E eu

saí correndo para pedir socorro para o meu sogro, porque eu morava no fundo da casa deles. No que a gente volta, os dois estavam empelotados, no chão. Aí eu tirei meu filho. [...] Depois, no outro dia, eu fui trabalhar e, quando eu cheguei em casa para pegar as minhas coisas e do menino, ele disse que ele ia sair. [...]. (Tatiana)

Daí ele [enteado] começou a discutir comigo, coisa que nunca tinha acontecido [...] e daí meu filho... é... entrou no meio. [...] Daí eles começaram a discutir os dois e eu tive que entrar no meio. E daí o menino passou perto de mim, meu filho tava atrás e eu tinha o controle do meu filho, né? [...] Aí, no que ele passou perto de mim, eu segurei ele. Então, o meu braço cruzou aqui [fazendo gesto, mostrando o braço cruzando o peitoral] e eu segurei e imobilizei ele. [...] Aí ele falou pro pai dele que eu tentei enforçar ele. E o pai dele não deu o direito de defesa pra mim, entendeu? [...] ele falou que eu enforquei ele e tinha segurado ele pro meu filho bater. [...] E eu falo até hoje que isso aí foi uma armação dele pra poder separar a gente, pra ele poder ter mais liberdade. [...] Foi assim, eu fiz a última químio na sexta-feira e, no domingo, ele foi embora. Eu fui pra igreja e, quando eu voltei, eu cheguei e ele já tinha ido embora. Tinha nada dentro de casa. [...] Não tinha nada. Levou tudo. [...] Então, aí, depois de um certo tempo, a gente conversando, eu falei assim: “Por que que você não conversou comigo? Você alugava uma casa para morar com o seu filho e eu ficava aqui com o meu. Morava em casa separada, mas poderia continuar casado (Rosa)

d. Reverberações do rompimento

Neste tópico apresentamos como as entrevistadas enfrentaram a separação e como isso influenciou no enfrentamento do adoecimento.

Constatamos que as participantes vivenciaram de modo diferente esse acontecimento: uma sentiu alívio e a outra sofrimento. E tal fato suscitou desdobramentos diversos para o enfrentamento da doença, uma sentiu mais tranquilidade e a outra, dificuldade.

Ademais, Rosa teve que lidar com o fato de seu ex-cônjuge iniciar um novo relacionamento meses após o rompimento, aspecto que intensificou o seu sofrimento vivenciado nesse período. Os planos dessas participantes em relação à dimensão amorosa variam entre medo da reação do ex-cônjuge e a despreocupação em investir nesta dimensão no momento.

[...] Enfrentar o câncer sem ele foi menos tribulado [risos]. Eu tenho mais paz. Minha vida não é cheia de briga como era, mas eu ainda não tenho liberdade. A gente se separou, mas a gente ainda não se desprende. Ele deixou eu ficar na casa. E na cabeça dele é assim: eu não estou lá, mas minha família está. E eu tenho receio de arrumar uma outra pessoa. Porque, aqui em [omitido], é comum a mulher arrumar outro e o ex ir atrás. Eu tenho muito medo disso. Tanto é que eu passo até em psiquiatria por conta disso. (Tatiana)

Olha, no começo, foi meio complicado, porque ele sempre estava junto comigo, né? Mas depois você tem que tocar sua vida, né? Você tem que ir! Vai parar? Depois de tudo que eu já tinha passado, eu ia parar? Não! Mas foi um pouco difícil, mas deu certo. [...] [O ex-marido] namorou uma moça, mas não deu certo e agora tá sozinho. Nossa, foi terrível, hein? [...] namorou com ela, coisa de seis meses depois que a gente tinha largado. [...] Nossa, foi um choque. Eu não acreditava. Foi um baque que eu falei: “Meu Deus do céu!” E eu estava em tratamento ainda, né? [...] Mas eu terminei o tratamento sozinha. Ainda bem que foi no final. [...] E, se fosse no meio, poderia ter atrapalhado mais ainda o meu tratamento, né? [...] - Mas ele quer casar comigo de novo [...] e eu estou tão tranquila assim em relação a isso, não sei se quero não... Sabe por quê? Esse problema de filho vai ter sempre. [...] acho que não vai dar certo de casar mais não. Está bom assim. E tem meu pai agora também. Que dá problema também, viu? [...] Então, por agora, eu tô sossegada, mas vai que depois eu resolvo casar sério de novo, mas não sei. (Rosa)

6.2.3 O casamento após o tratamento

Neste tópico apresentamos como as participantes compreenderam e viveram a sua vida conjugal depois de concluída a fase pós-tratamento. Detectamos que naqueles casais nos quais o cônjuge ofereceu apoio e cuidado de forma mais expressiva e constante, os relatos traduziram o fortalecimento do casal e do casamento. Esse fortalecimento se materializou no aprimoramento do diálogo, na fortificação da cumplicidade, na diminuição da agressividade e no aumento da união entre a díade. No entanto, a falta de apoio e compreensão desse difícil momento na vida mulher resultou no enfraquecimento do vínculo conjugal, decepção, tristeza e separação.

Apenas uma participante apontou a permanência das modificações que o tratamento do câncer de mama suscitou no âmbito sexual, evidenciando a diminuição da libido e do orgasmo. Contudo, o casal tem utilizado a mesma forma de enfrentamento dessa dificuldade que utilizou desde a sua manifestação durante o tratamento: um compreende o lado do outro e vivenciam essa dimensão tão importante do casamento da melhor forma que podem, dentro de suas condições.

Ademais, observamos que o casal tende a voltar à rotina que vivenciavam antes do adoecimento. Desse modo, alguns casais voltaram a investir na vida social e construir projetos juntos. A traição reaparece no casamento de Vanessa. As duas participantes que se separaram ao longo do enfrentamento do adoecimento, concluíram que tal doença enfraquece o casamento e explicitam que o homem não está preparado para essa experiência difícil, fator que desencadeou separação.

Melhorou, porque a gente ficou mais cúmplice um do outro e ainda até eu falei pra ele, assim, que a gente discutia muito, agora um fala o outro ouve. Hoje a gente não briga mais. Assim, não vou falar pra você que a

gente é santos, mas, tipo assim, a gente não fica mais de mal, não fica mais sem conversar. Se ele tiver que falar, ele fala, mas já está conversando. Eu falo, mas a gente já está conversando. [...] A nossa família mudou totalmente, mudou totalmente a nossa união, a gente viu que a gente está mais firme, a gente está mais forte. [...] Daí hoje sempre a gente fala, um é o suporte do outro. [...] A gente tá pensando em outras coisas. A gente quer viajar pra Maragogi [...] (Rosana)

[...] diminuiu a libido e o orgasmo. Você perde bastante esse lado. [...] Minha sorte ainda é que ele não reclama, porque a gente se entende, mas, se essas coisas fossem muito mais importante para ele, já era, já era motivo de me abandonar. [...] eu procuro dar o meu melhor, sabe? Eu tenho problema, mas, mesmo assim, eu procuro fazer minha parte do melhor jeito possível [...] A gente sempre foi assim, muito unido e continua sendo. É na saúde e na doença. Eu acho que, se o cara, a pessoa não ama, ele vai ter dificuldade em enfrentar o casamento após o câncer [...] Ah, eu entendo que só favoreceu mais a gente. Nada mudou na questão de amor. Nada, eu acho que não abalou em nada. Às vezes, a gente estava tão bem que eu nem senti. [...] E aí a gente voltou à nossa rotina normal. [...] Íamos congrega, fazer visita para a irmandade, congrega em outras cidades. (Cláudia)

Companheirismo tem. [...] Só que, agora, pouco tempo atrás que descobri que ele estava com gracinha com uma mulher da internet. Mas faz pouco tempo. É igual eu te falei, quando a gente tá naquela zona de conforto, de confiança, de baixar a guarda... Uma maravilha... acontece de novo. [...] Não tem, assim... uma diferença. Eu não tenho... não sei [...] ele está bem menos agressivo que antes. (Vanessa)

Enfraquece [o casal]. [...] Viver do lado de uma pessoa que tem câncer, que tá passando por tudo aquilo, não é fácil. Quem tá do lado tem que estar muito bem preparado, porque, se não tiver, não consegue. (Tatiana)

No começo eu achei que eu não devia ter casado, né? Porque a hora que eu mais precisei... cadê? Mas foi uma decepção grande. Na verdade, para resumir... é... foi uma decepção muito grande. Muito grande, mesmo. Que eu não esperava [...] e a gente fica triste, quando acontece uma coisa assim, porque vem de uma pessoa que você não esperava, né? Por estar onde eu estava, eu esperava todo o apoio, mas, no final, foi assim. Eu não posso falar pra você também que a separação foi por causa do tratamento. Aconteceu numa época que não deveria ter acontecido [...] A falha dele foi não ter esperado. Ele deveria ter esperado o resultado do tratamento, né? [...] Então, eu fiquei bem chateada no final, né? Imagina? [...] Ah, já vi vários casos de marido ir embora, né? [...] Então, é isso daí: homem não está preparado pra isso, não. A primeira válvula de escape que eles têm, eles pegam. Entendeu? [...] Ah, se eu for analisar mesmo a minha situação, foi isso que aconteceu, né? Ele aproveitou uma situação e foi embora. (Rosa)

6.3 A vida após o câncer de mama

Esta categoria tem como objetivo central abordar as reverberações do câncer de mama nas fases subsequentes à finalização do tratamento, isto é, o acompanhamento de cinco anos pós-tratamento e durante a fase do pós-acompanhamento. Ela é composta por duas subcategorias: “O pior já passou” e “As marcas do câncer na vida”

De um modo geral, os efeitos colaterais na fase do acompanhamento não são debilitantes, o que possibilita à mulher ir reconquistando a sua autonomia, o que consequentemente, faz com que o suporte do cônjuge não seja empregado de forma tão intensa. Observamos que, nesta fase, as mulheres podem, aos poucos retomando a rotina que vivenciavam antes do adoecimento.

Já na fase do pós-acompanhamento constatamos que algumas marcas do câncer ainda se fazem presentes e impactando em algum nível a qualidade de vida da mulher.

6.3.1 O pior já passou

Foi evidenciado que nesta fase as mulheres não enfrentam efeitos colaterais de modo intenso e, por isso, começam a experienciar novamente a sua autonomia, que se manifestou no retorno ao mercado de trabalho e no fato de algumas participantes conseguirem ir sozinhas às consultas de acompanhamento. Contudo, essa autonomia não foi experienciada sem desafios, visto que o retorno ao mercado de trabalho foi marcado por sofrimento em decorrência da limitação que a mastectomia provoca na mobilidade do braço. Tal situação suscitou sentimento de frustração atingindo emocionalmente as participantes. A realização de fisioterapia auxiliou a mulher a enfrentar essa dificuldade, contudo, a limitação do braço ainda se faz presente em algum grau.

A maioria de nossas participantes realizou o acompanhamento tomando tamoxifeno, o qual era tomado na própria casa, por via oral. Entretanto, uma necessitou tomar outra medicação, de forma injetável, o que colocava a necessidade de ir ao hospital periodicamente e trazia novas preocupações, pois prejudicava o funcionamento cardíaco. Uma das mulheres que enfrentou essa fase separada do marido, relatou que a sua ausência fez falta no atravessamento do acompanhamento.

Além disso, uma das participantes vivenciou a possibilidade de estar com câncer no útero, situação que mobilizou intenso sofrimento, pois trouxe à tona toda a difícil experiência que acabou de enfrentar. Evidenciamos ainda que somente Cláudia teve efeitos colaterais de forma intensa durante o acompanhamento, e por isso, interrompeu a terapêutica por conta própria. Todos esses aspectos evidenciam que os efeitos do câncer

não se limitam à fase do adoecimento e que o momento do acompanhamento traz novas demandas para as mulheres.

No acompanhamento, eu tava tomando o tamoxifeno e tava fazendo muito mal para mim. Começou a me dar muita hemorragia, porque o meu endométrio aumentou demais. Então, eu parei de tomar o remédio. [...] tomei durante três anos. Mas eu não aguentava mais os sintomas. Aí parei e continuei só indo nas consultas. Todo ano faço ultrassom, mamografia, o *chek-up* completo. (Cláudia)

[...] no acompanhamento dos cinco anos[...] eu tomei tamoxifeno [...] No início, foi muito complicado. Porque, quando eu terminei as quimios e as rádios, eu tentei voltar para o serviço. Minha patroa me recontratou, só que eu não conseguia fazer o serviço. Aí, eu ia no quartinho, chorava, chorava, chorava. Aí eu fui forçando e fui conseguindo. Mas até hoje eu sinto. Mas aí você tem que fazer fisioterapia para ir te ajudando. [...] (Tatiana)

[...] fiz o acompanhamento. Eu ia sozinha, porque o doutor deixou eu fazer o tratamento aqui na minha cidade. Então, era pertinho da minha casa, eu podia ir a pé até, não tinha, não tinha reação nenhuma. [...] Olha, no começo, foi meio complicado, porque ele [ex-marido] sempre estava junto comigo, né? Mas depois você tem que tocar sua vida, né? Você tem que ir! Vai parar? Depois de tudo que eu já tinha passado, eu ia parar? Não! Mas foi um pouco difícil, mas deu certo. (Rosa)

E depois que eu fiz as quimios, eu não tomei aquele comprimido de cinco anos, eu tomei outro remédio que são dezessete doses que é na veia também e também era de vinte e um e vinte e um dias. [...] Então, eu tive que ir mais de um ano ainda, de vinte e um a vinte e um dias. A sorte é que esse remédio não tinha nenhuma reação assim de dor no corpo, de cair o cabelo, nada, só dava uma fraqueza assim nas pernas. Só que era um remédio forte, podia prejudicar o coração. Então, tinha que fazer o exame direto do coração. Tinha vez que fazia exame do coração e estava mais fraco. Aí também não podia fazer esse remédio. Então, foi bastante tempo. (Rosana)

6.3.2 As marcas do câncer na vida

Neste tópico exploramos as modificações suscitadas pelo câncer de mama, no âmbito pessoal, bem como as construções de sentido verbalizados pelas entrevistadas.

Dessa maneira, percebemos que o medo da recidiva persistiu em uma participante, bem como dores e a perda da mobilidade do braço em outras. O cônjuge auxilia a mulher a lidar com o medo da recidiva por meio de falas encorajadoras reforçando que o câncer de mama é uma parte da história deles que ficou no passado e não voltará.

A despeito das limitações provocadas pelo câncer de mama, todas as mulheres conseguiram encontrar aspectos positivos deixados pela doença, tais como o desenvolvimento da paciência, um momento espiritual e de aprendizagem.

Eu tenho muito medo de voltar. Eu morro de medo, você não tem noção. Medo muito grande, mas só que é uma coisa que eu tenho que conviver. [...] toda vez que vai fazer o exame, a adrenalina vai lá em cima. [...] Não só de mim, mas assim qualquer pessoa da minha família: se vai

fazer um exame de sangue, já mexe, sabe? É um trauma que você carrega sem você querer. [...] E ele [o marido] fala para eu tirar essas coisas da cabeça, que já passou, que eu não preciso ficar com medo, não, que já passou, já foi e o que eu tinha que passar, já passei. [...] E hoje em dia eu sou... eu sou mais paciente, eu não tinha paciência nenhuma. [...] Então, isso aí eu aprendi muito [...] porque o câncer, eu acho que você tem que ter muita paciência, porque não é uma coisa assim: ah, você vai lá faz cirurgia, tirou e acabou. É tempo. É paciência. Então, com esse tempo, você vai construindo. Você vai aumentando a sua fé, você vai tendo mais união, mais gratidão. [...] eu passei no concurso aqui da cidade para auxiliar de educação, estou esperando chamar. Ele não quer que eu trabalhe, tem medo de me prejudicar, prejudicar minha saúde. [...] Mas, quando eu for chamada, eu vou tentar. Eu fiz esse ano. Então, pode ser que demore ainda. (Rosana)

O câncer passa, mas as consequências fica. Meu braço não tem muita mobilidade. Perdi a força nele. (Cláudia)

Eu acho que tudo foi aprendizagem, foi ensinamento, foi o que me tornou uma pessoa melhor, hoje. Me ensinou a ter mais paciência. (Vanessa)

Muita dor. Dor no corpo e o médico disse que isso será para o resto da vida. Tem hora que estou bem, tem hora que estou ruim. Minha qualidade de vida diminuiu muito. Mas eu também fiquei mais corajosa e enfrentei o Célio. (Tatiana)

Então, eu particularmente acho que o câncer ele é mais... é emocional do que genético. [...] Quando eu estava casada com meu marido, com o pai do meu filho lá, ele vivia me traindo. [...] Aí as coisas que foi acontecendo, então eu acho que você vai... é... fui guardando muito, guardando, guardando, guardando e explodiu isso daí, né? [...] E outra, daí eu comecei a pensar no meu filho, né? [...] Eu não pensava em mim e foi do nada, num estalar de dedo, assim, eu falei: “Gente, que que eu estou fazendo? Estou colocando a vida do menino em risco.” [...] Então, eu acho que eu tive pra mim foi mais uma experiência espiritual, entendeu? Porque Deus permitiu eu passar por essa situação, de repente, pra mim consertar em alguma área que eu precisava, entendeu? [...] Então, é... uma coisa que eu não gostaria de passar de novo, mas é um risco que a gente corre. (Rosa)

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Figura 5 – Viver é rasgar-se e remendar-se



Fonte: Susano Correia⁹

Escolhemos a referida obra para iniciar nosso último capítulo, por dois motivos: I) O câncer de mama provoca rasgos em todas as esferas da vida da mulher, inclusive no casamento. O processo de remendar esses rasgos abrange diversas fases (diagnóstico, tratamento, acompanhamento, pós-acompanhamento), exige diferentes intervenções (acompanhamento nas consultas, acolhimento emocional, remanejamento da vida sexual, intensificação da dimensão espiritual) e, se contar com o auxílio de uma rede de apoio, torna-se menos doloroso.

Entretanto, ainda que o sofrimento provocado por esses rasgos seja resignificado, algumas marcas do remendo (implicações físicas e psicossociais) permanecerão para a vida toda. II) Aqui empreendemos uma possível costura entre a teoria que embasa este estudo e os resultados obtidos através da realização desta pesquisa, a qual almeja, como cerne, entender quais são as reverberações do câncer de mama para a conjugalidade.

⁹ Disponível em: <https://www.instagram.com/susanocorreia/>. Acesso em: 14 dez. 2022.

*Algumas vezes as mudanças acontecem na marra.
 Uma guilhotina afiada corta as nossas mãos,
 e todas as rédeas escapam.
 É o que pensamos ter acontecido,
 até que a gente se dá conta de que nunca houve rédeas.
 Ninguém monta na vida.
 Brincamos de escolher,
 brincamos de poder conduzir o destino.*
 (Carla Madeira)

De antemão, consideramos pertinente evidenciar os aspectos que modulavam a conjugalidade das participantes, referentes ao momento anterior ao adoecimento, pois o que ocorre no cotidiano de um casal é modulado pelo que acontece no espaço intersubjetivo, um espaço compartilhado que é construído inconscientemente pela díade e é comum e próprio ao casal (KAËS, 2011; EIGUER, 1985). Dessa maneira, ao receber o diagnóstico de câncer de mama, toda a história e trajetória de investimentos que cada integrante faz em si, no outro e na vida a dois, assume grande relevância, visto que é sobre esse terreno que a díade vai atravessar o câncer de mama. Ademais, conhecer tais aspectos torna-se relevante, pois, nesta investigação, houve uma preponderância e uma extensão do modo como os casais se investiam, nutriam o espaço compartilhado e solucionavam as dificuldades enfrentadas antes do adoecimento, para a fase de enfrentamento do câncer de mama.

Isso posto, pautados em Bereinstein (2011), ao olharmos para as maneiras como as díades construíram e alimentavam a vida a dois, identificamos que o casamento de Rosana e Cláudia se estruturava em um vínculo, enquanto o de Vanessa e Tatiana em apenas um estar juntos e o de Rosa, em uma relação. Iniciar a discussão de resultados a partir dessa diferenciação das modalidades de estar com o outro representa um compromisso para com a perspectiva teórica adotada, pois, conforme vimos, ao longo desta Dissertação, o conceito de vínculo é uma pedra angular para a psicanálise de casal e família.

Assim, assinalamos que o casamento de Rosana e Cláudia se configurava em um vínculo, pois era perpassado pela vigência e pela significância, componentes definidores da ação vincular, segundo o último autor supracitado. Esses aspectos podem ser evidenciados, na medida em que a união e o cônjuge possuem para elas um valor diferenciado dos demais relacionamentos estabelecidos e, portanto, elas investiam de uma forma singular na companhia do outro, materializando-se através da cumplicidade, da

compreensão, do apoio e até mesmo do entendimento entre eles, através do olhar. Além disso, a união conjugal dessas participantes era atravessada por constantes trocas e compartilhamentos da vida cotidiana, os quais se concretizavam através do diálogo, da construção de planos conjuntos e do compartilhamento, que foram evidenciados nos relatos acerca do planejamento da gravidez, na divisão das tarefas domésticas e nos programas conjuntos, tais como ir à igreja, ir à lanchonete, visitar familiares e amigos.

Com base nessa articulação, no casamento dessas duas participantes da pesquisa, notamos que foi possível vivenciarem o sentimento de estarem conectadas ao seu parceiro, sendo que Rosana evidenciou isso, relatando que sente que entre eles havia “um clima”, enquanto Cláudia enfatizou a forte união que construíram. Tais particularidades aqui expostas nos remetem ao sentimento de pertença, componente do Eu familiar, um organizador familiar conceituado por Eiger (1985), que propicia um contato mais íntimo entre os seus integrantes e confere uma maior consistência e consolidação do vínculo, porque configura o espaço no qual os componentes da família se ligam entre si, através de componentes compartilhados, dentre os quais estão a cultura, os hábitos, as tradições.

Essas participantes demonstraram o quanto estavam implicadas na construção do espaço compartilhado desde a escolha amorosa. Tal aspecto pode ser demonstrado nos seus relatos sobre os motivos que as fizeram escolher os seus cônjuges, para serem seus esposos. Tais relatos foram feitos com bastante clareza e brilho nos olhos. Foram escolhidos devido à beleza, à honestidade e ao compromisso com o trabalho (Rosana) e à bondade, à responsabilidade, aos valores e ao compartilhamento da mesma fé (Cláudia). Esse posicionamento ativo evidencia que, desde o momento da eleição amorosa, os princípios do Reconhecimento e da Responsabilidade, preconizados por Eiger (1985), estiveram presentes, visto que as características do outro já eram percebidas por elas, de um modo singular, além de atentaram em como a presença do outro iria impactar a sua vida.

Durante a construção da conjugalidade realizada pelas duas díades, constatamos também a presença do Respeito e da Reciprocidade descritos por Eiger (1985), pois ambas conseguiram nutrir o vínculo juntamente com o cônjuge, aprenderam a acolher a alteridade do outro e tiveram a sua singularidade acolhida, se transformaram e enriqueceram seu eu com as características advindas do seu parceiro, bem como fortaleceram a união, por isso, alcançaram, no decorrer da trajetória, formas mais funcionais e horizontais de solucionarem os conflitos.

Esses elementos podem ser evidenciados quando Rosana conta que, no início de seu relacionamento, as divergências com seu parceiro eram solucionadas através de brigas, de gritos, ficando até sem conversar por dias e, mesmo quando voltavam a conversar, não retomavam o assunto para solucionar de modo pacífico. Inclusive, durante o namoro, chegaram a se separar, devido a discussões, mas, a partir do trabalho vincular estabelecido, o qual exige redimensionamentos e concessões de ambas as partes, foi possível à dupla dialogar, ouvir, compreender o outro lado e pensarem, juntos, na solução possível.

Cláudia também relata que seu relacionamento era atravessado por discussões em decorrência do ciúme, da dificuldade de entrarem em consenso até mesmo em questões simples, como decidir o lugar e o horário em que iriam sair, contudo, aos poucos, foram construindo o diálogo como ferramenta principal para solucionar essas divergências. Essa participante nos conta que sempre foi muito emotiva e chorava muito, diante dessas situações, porém, em função da convivência com o seu parceiro, foi aprendendo a ter mais autocontrole.

A partir de tudo o que foi exposto, consideramos que, nos relatos apresentados pelas respectivas participantes, existe a presença do que Puget (2006) denominou ternura e hospitalidade às diferenças, pois um vínculo comprometido não está isento de conflitos e divergências: pelo contrário, ele comporta as diferenças de uma forma criativa e transformadora, tal como fez a díade composta por Rosana e Cláudia, porque todos os envolvidos estiveram abertos para o que vem do outro, propiciando uma vivacidade na vida a dois. Ressaltamos que lidar com a alteridade do outro exige que o Reconhecimento esteja bem consolidado, visto que reconhecer implica ver o outro para além das projeções depositadas nele e, ainda assim, enxergar valor nessas características que o compõem, de sorte a continuar investindo nas relações (EIGUER, 1985).

Ao lado do Reconhecimento, o Respeito é fundamental para o manejo da alteridade na vida a dois, pois esse princípio promove nos sujeitos a segurança de ser aceito tal como ele é, sem medo de serem rejeitados. Rosana e seu marido conseguiram conciliar as diferenças existentes, de modo a encontrar maneiras que possibilitaram o encontro do casal. Cláudia e seu esposo conseguiram manejar o ciúme e a depressão que ela enfrentava. Dessa maneira, a partir da presença do Reconhecimento e do Respeito, nesses casais, tanto elas como os cônjuges deixavam de ocupar, na relação conjugal, o lugar de mero objeto da realização do desejo para serem percebidos como sujeito. Esse movimento é complexo, exige muita disponibilidade e abertura para aceitar o novo, além

de inúmeras concessões para se chegar a uma decisão na qual os dois integrantes do vínculo se sintam confortáveis em serem quem são, em toda a sua inteireza, com potencialidades e fragilidades (BEREINSTEIN, 2011).

Conforme assinalamos anteriormente, por sua vez, o casamento de Vanessa e Tatiana se configurava em um estar juntos, pois não havia vigência e nem significância. Tais aspectos se materializam pelas falas que expressam um grande distanciamento existente entre eles: pouco diálogo e contato, pouca troca e expressão de afeto, enquanto Tatiana sintetiza todo esse funcionamento na seguinte frase: *“é cada um na sua”* (sic). Assim, elas não se sentiam conectadas ao seu cônjuge, não conseguiam experienciar o sentimento de pertencer àquela união, porque não eram investidas e nem investiam de forma singular no outro e no espaço compartilhado, denotando uma fragilidade do Eu familiar (EIGUER, 1985). Toda essa conjuntura fazia com que elas vivenciassem o que autor supracitado chamou de inquietante estranheza, sentimento suscitado quando há uma fenda na ligação e congruência familiar. Essa desconexão foi constatada não só por todo conteúdo verbalizado, mas também pela entonação e expressões em que cada fato era exposto, escancaradas na fala de Vanessa: *“a gente não era presente”* (sic). Essa fala denuncia o clima que imperava entre eles, em razão dos desdobramentos de uma presença ausente.

Não foi sempre assim: Vanessa refere que, durante o primeiro ano, o casamento foi muito bom, atravessado por carinho, afeto, atenção e respeito, mas, depois da primeira traição conjugal, foi definhando a cada dia que passava. Relacionamos esse tempo bom ao estado de apaixonamento, no qual não há espaço para as diferenças, ao passo que as semelhanças são exacerbadas. Contudo, os casamentos das duas participantes chegaram a essa situação, pois o casal não conseguiu manejar as diferenças que existiam entre eles. Com base nos relatos das participantes, observamos que essa dificuldade se assentava, sobretudo, no fato de os cônjuges terem uma personalidade inflexível, serem dominadores e usarem de inúmeras estratégias para inibir e submeter as participantes às suas decisões finais, tais como impulsividade e descontrole emocional. Isso evidencia que, mesmo estando em um casamento, os investimentos feitos por esses cônjuges aconteciam na Lógica do Um, isto é, deles para eles (BEREINSTEIN, 2011). Esses aspectos se agravaram, devido ao alcoolismo em que eles mergulhavam.

No início, as referidas participantes se posicionavam de uma forma pacífica, tentavam dialogar, construir junto com eles outras saídas para as divergências, todavia, eram reiteradamente desconsideradas, invalidadas e cada vez atacadas com mais

agressividade e violência. Esse aspecto pode ser observado nas tentativas delas em auxiliar os cônjuges a lidarem com o alcoolismo, motivo de inúmeras brigas do casal. Tal cenário resultou no desinvestimento do espaço compartilhado.

Dessa maneira, o cenário dessas conjugalidades demonstrou que, quando as mulheres deixaram de se movimentar em direção à construção do espaço compartilhado, a fim de evitar as brigas, o desinvestimento desses casais foi ocorrendo paulatinamente a cada projeto não compartilhado, a cada conflito não solucionado e a cada incômodo não enfrentado. Nesse movimento, o desvinculamento foi se agravando e o vazio foi se tornando cada vez mais evidente, aniquilando a capacidade criativa da vida a dois e exacerbando o funcionamento baseado em não ditos existentes entre eles, os quais se manifestavam por meio das traições, no casamento de Vanessa, e da omissão de diversos assuntos importantes, no casamento de Tatiana, tais como o uso de substâncias por parte do companheiro e os diversos boletins de ocorrência, dos quais até hoje ela não sabe o motivo.

Puget (2006) assinala que, durante o processo de desvinculamento, há uma vivência constante de um incômodo e de um desconforto, mediante o desencontro conjugal. Desse modo, o casal que não consegue investir no espaço compartilhado pode se defrontar com o desejo de separação, seja por parte de um, seja por parte dos dois integrantes que compõem a díade. Esse aspecto pode ser evidenciado em diversas falas das referidas participantes, sobretudo quando Vanessa verbaliza que não aguenta mais estar na relação.

Percebemos que, para lidar com esse desconforto, as díades investiram reiteradamente no tamponamento do vazio. Assim, verificamos que Vanessa recorreu à adoção de um filho e à renovação dos acordos após as traições, mesmo estes sendo descumpridos por parte do cônjuge. Por outro lado, no caso de Tatiana, o tamponamento do vazio foi feito através de separações recorrentes, quando, a cada vez que reatavam os votos para construir um espaço compartilhado, estes eram renovados, mas o objetivo nunca foi atingido.

Além disso, conjecturamos que as referidas participantes conseguiram sustentar aspectos da sua alteridade, estando em um casamento atravessado pelo vazio e pela violência, como algo que propiciava acalento diante do abandono da vida a dois. Esses aspectos podem ser notados no fato de Tatiana sustentar o seu desejo de ter sua independência financeira e continuar trabalhando, mesmo sem a concordância de seu cônjuge. Vanessa, por sua vez, conseguiu manter o seu sonho de ser mãe e realizou a

adoção de um filho, mesmo sem a concordância de seu cônjuge. Assim, a preservação de projetos individuais foi uma saída empreendida para a manutenção da alteridade, necessária para a preservação psíquica diante do desgaste proporcionado pela conjugalidade.

Bereinstein (2011) afirma que o desvinculamento produz estados de irritação, os qual são a base da agressividade, da intolerância, da violência, dos silêncios, da desqualificação e das críticas, elementos comuns e corriqueiros na vida desses casais. O que impera nesse movimento é o desconhecimento do outro, fazendo com que a conjugalidade seja perpassada por um estado paranoide, o qual é vivenciado por meio dos ataques do outro, que são materializados nas brigas que vão se tornando cada vez mais frequentes e mais intensas.

Acerca desses ataques, mencionamos a violência psicológica que atravessava o casamento de Vanessa, onde cada um se utilizava da fragilidade do outro para feri-lo. Nesse caso, Edvaldo escancarava o desamparo de Vanessa, assegurando que ela não tinha para onde ir e que ninguém da família dela se preocupava com ela, enquanto ela contratacava, abordando fatos relacionados ao pai dele. Além disso, evidenciamos a violência física, no casamento de ambas.

O desvinculamento, o vazio e os estados de irritação presentes no casamento dessas participantes revelam a ausência dos 4R's conceituados por Eiguer (1985), visto que, em vez de Reciprocidade, princípio que garante um investimento mútuo no outro e no espaço compartilhado, cada membro das díades investia na individualidade. O Respeito foi substituído pela imposição da vontade de um sobre o outro. Por sua vez, a Responsabilidade pela situação em que viviam foi delegada aos cônjuges, por serem inflexíveis e por beberem, sem conseguirem constatar que a forma como lidavam com tudo isso também contribuía para a manutenção da situação. Ademais, o Reconhecimento não foi notado, pois as suas singularidades foram atacadas em contrapartida ao acolhimento e validação.

Acreditamos que o casamento de Rosa se constituía em uma relação, pois, embora a vigência e a significância se fizessem presentes, não se produzia uma ação vincular na díade, devido a uma grande dificuldade em lidar com a alteridade do outro. Cabe destacar que essa dificuldade é suscitada pelos ideais contemporâneos que atravessam a relação conjugal, os quais, por estarem pautados no individualismo, enfatizam a autonomia e a satisfação de cada cônjuge, em detrimento do investimento na construção do espaço

compartilhado, com projetos em comum (SEVERO, 2007; PIGNATARO; FÉRES-CARNEIRO; MELLO, 2019).

Pelo fato de a vigência e a significância estarem presentes, essa díade conseguia investir no espaço compartilhado, experienciava o sentimento de ser casados e pertencer à relação, tendo uma convivência harmoniosa e pautada no cuidado do outro, aspectos que podem ser percebidos pelos relatos que enfatizam a cumplicidade, a fidelidade e a sincronia do casal. Em um primeiro momento, ficamos com a sensação de uma sintonia, entretanto, em uma análise atenta, consideramos que a falta de divergência e uma aparência de semelhanças nos alinhamentos e concepções são, na verdade, uma manifestação de uma relação não horizontal, onde os movimentos da díade na presença de uma divergência eram para fazer prevalecer o desejo de Rosa e não para construir uma resposta que abrangesse o que fazia sentido para os dois, elementos que denunciam a fragilidade do Respeito e do Reconhecimento, por parte dela.

Devido a isso, nesse casamento, a singularidade do outro não suscita curiosidade e encantamento, pelo contrário, gera comportamentos que buscam invisibilizá-la. Cabe destacar que Eiguer (1985) assinala que, quando o sujeito não é reconhecido e respeitado, ele tem as suas características atacadas e deixa de ser tomado pelo outro como um construtor do espaço compartilhado, conjuntura que provoca sofrimento.

Ademais, era a partir desse movimento de negação das diferenças e da exacerbação das semelhanças que essa díade conseguia investir na Reciprocidade e na Responsabilidade, em função dessa conjuntura construída sob a negação das diferenças. A submissão de um sujeito à vontade do outro faz com que um sempre se torne alheio à própria vida. Logo, a relação conjugal pode ir perdendo o sentido e o significado, elementos que, se não forem identificados a tempo, podem provocar o desenlace (PUGET, 2006; BERENSTEIN, 2011).

Para exemplificar a não horizontalidade que permeia a relação, citamos o momento inicial da construção da vida conjugal, onde eles enfrentavam uma diferença que exigia um redimensionamento da díade: os princípios da religião de Rosa compreendem o sexo antes do casamento como pecado e esse era o desejo de seu cônjuge, durante o namoro. Nesse sentido, a solução para esse embate foi ele tornar-se membro dessa instituição religiosa, não só para conhecer, compreender e comungar da fé e da doutrina, mas para acompanhá-la em uma atividade que era significativa para ela. Todo esse ritual foi feito às pressas e, ao longo da história relatada, percebemos que, para ele, foi algo mais protocolar do que propriamente uma conversão, porque ele deixa de

frequentar os cultos e rompe com uma premissa do cristianismo acerca do casamento: a indissolubilidade.

Sem o Reconhecimento, o Respeito, a Reciprocidade, a Responsabilidade e o acolhimento das diferenças não há trabalho intersubjetivo, nem mudança do eu e transformação da relação, uma vez que a divergência e o tensionamento são molas propulsoras dessa construção. Contudo, todos esses elementos, imprescindíveis para uma vida a dois, são incompatíveis com o ideário contemporâneo marcado pelo individualismo e narcisismo, o que intensifica as dificuldades inerentes em ser dois ser deixar de ser um (FÉRES-CARNEIRO, 2010; GOMES, 2007; ZANETTI, 2012).

Vale ressaltar aqui que ela é a única participante desta pesquisa que enfrentou o câncer de mama em um recasamento, aspecto bem comum da contemporaneidade. Barnardi *et al.* (2016) assinalam que o recasamento possui peculiaridades, pois carrega consigo o desejo de superar a experiência amorosa anterior, bem como o de construir uma nova história. Dessa forma, as referidas autoras esclarecem que as expectativas colocadas no segundo casamento, frequentemente, são maiores do que no primeiro. Quando o recasamento inclui filhos de uniões anteriores, a situação se complexifica, porque, muitas vezes, é necessária a ressignificação das expectativas projetadas no novo cônjuge em relação ao cuidado desses filhos, aspecto que interfere na conjugalidade recentemente construída, exigindo um constante diálogo entre a díade, para que, diante de divergências, as soluções sejam encontradas conjuntamente (PASLEY; GARNEAU, 2016).

Nesse cenário, a conjugalidade é atravessada, simultaneamente, pelas demandas parentais relativas aos filhos de casamentos anteriores, situação que pode exigir que essa díade recém-formada tenha de lidar com o ex-cônjuge, além de possíveis repercussões da conjugalidade anterior (DANTAS *et al.*, 2019; GOMES, 2012).

Embora os aspectos relativos ao estabelecimento inicial da vida conjugal não estejam definidos como o escopo central desta investigação, eles foram importantes para a compreensão das reverberações do câncer de mama para o casamento, para a compreensão, seja da manutenção, seja do desvinculamento conjugal e seus desdobramentos, durante o enfrentamento do câncer de mama. Para Eiguer (1985), o adoecimento se configura em um trauma que pode suscitar uma crise no casal e no grupo familiar.

O mencionado autor argumenta que o atravessamento de uma crise exige dois posicionamentos fundamentais: a aceitação da nova situação e o manejo de reações intensas. No que tange à aceitação da nova situação, observamos que, diante da

constatação do nódulo, algumas mulheres procuraram imediatamente os profissionais de saúde (Rosana, Cláudia e Rosa), enquanto outras precisaram de um tempo maior para lidar com essa situação e postergaram a busca pelo recurso da medicina, aspecto que contribuiu para o agravamento da situação, tal como ocorreu com Vanessa.

Em relação ao campo das emoções, esta pesquisa constatou que a experiência do câncer de mama na vida de mulheres adultas suscita uma gama de profundas emoções, pois, logo na detecção do nódulo do seio, algumas mulheres já sentiram medo, apreensão e até desespero. Essas emoções se ampliam e se intensificam, quando recebem o diagnóstico, visto que a reação majoritária das mulheres foi chorar incessantemente. Esse comportamento foi gerado pela sensação de perda de controle e uma série de medos, tais como o de morrer, do tratamento, de ser abandonada pelo cônjuge e de não acompanhar o desenvolvimento de seus filhos.

Tais aspectos evidenciam que o momento do diagnóstico do câncer de mama se configura em um momento delicado e pode suscitar um impacto psicológico significativo (VENÂNCIO, 2004; MENEZES; SCHULZ; PEREZ, 2012; SANTOS *et al.*, 2013). Durante o tratamento, vemos as emoções continuarem acentuadas. Na fase do pós-tratamento, essas emoções se amenizaram, pois os casais começaram a adentrar num terreno onde o câncer já não ameaçava tanto, já que o tratamento de todas foi exitoso. Assim, as mulheres já não enfrentavam tantos efeitos colaterais e, gradativamente, a autonomia e a vitalidade que foram afetadas, aos poucos, foram resgatadas.

A partir dos relatos das entrevistadas, notamos que os cônjuges também vivenciaram esse turbilhão de emoções, ficando abatidos, preocupados e com medo de perder sua companheira, demonstrando que eles também necessitam ser considerados como sujeitos impactados e incorporados, no rol de cuidado da equipe profissional (NERIS; ANJOS, 2014; YOSHIMUCHI; SANTOS; MAGALHÃES, 2018).

Todos os casais tiveram dificuldade em conversar sobre o momento que estavam vivenciando, durante a fase do tratamento. Dessa forma, procuravam pautar seus diálogos no tempo futuro, pois podiam vislumbrar a superação da doença e se colocar longe de todas essas angústias suscitadas. Foi somente pela conclusão do tratamento que os companheiros conseguiram compartilhar com as suas esposas os seus medos e angústias. As mulheres, por sua vez, compreenderam esse posicionamento dos seus cônjuges como mais um elemento de cuidado para com elas, porque eles estavam tentando não intensificar a sobrecarga emocional que elas estavam atravessando. Sem dialogar acerca

das suas vivências, durante o adoecimento, cada integrante da díade experienciou sofrimentos semelhantes, de forma isolada (PICHETI; CASTRO; FALKLE, 2014).

Observamos que as reações das mulheres e de seus cônjuges estão associadas à circunstância de que a nossa sociedade ainda relaciona o câncer à morte, bem como o caráter invasivo do tratamento que incide sobre os aspectos que culturalmente formam a identidade feminina, sobretudo os cabelos e os seios (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002; FERREIRA; ALMEIDA; RASERA, 2008; AMBRÓSIO; SANTOS, 2011).

Cabe destacar a forma singular como o marido de Rosa foi afetado, pois ele experienciou uma reação emocional intensa, chorando constantemente, além de apresentar uma grande preocupação com o desfecho da situação, pesquisando e verbalizando sobre a doença, frequentemente. Seu posicionamento foi diferente dos demais, pois sua mãe havia falecido em decorrência de câncer, anteriormente ao diagnóstico da esposa. Dessa forma, o modo como o cônjuge é afetado pelo diagnóstico impacta na sua capacidade de ofertar apoio emocional e acolhimento para a sua esposa (CECILIO *et al.*, 2013). Diante dessa situação, foi necessário que, desde o diagnóstico, Rosa ocupasse a posição de ofertar apoio emocional, ao invés de recebê-lo. A maneira como esse cônjuge reagiu ao diagnóstico nos remete a um dos desdobramentos que a crise ocasionada pelo adoecimento pode suscitar: a reatualização de assuntos não elaborados (EIGUER, 1985). Assim, conjecturamos que a forma como essa mobilização emocional ocorreu está relacionada a uma reatualização da vivência da morte de sua mãe.

O trauma e a crise causados pelo adoecimento podem impactar a coesão existente entre os membros, pois provoca uma fenda entre o passado e o presente, entre a realidade conhecida e nova realidade, que exige um redimensionamento de todos os envolvidos (EIGUER, 1985). Constatamos que a reorganização dos casais está associada às demandas emocionais suscitadas pelo diagnóstico, bem como pelo tratamento e seus efeitos colaterais, o qual, devido à debilidade provocada, reduz consideravelmente a autonomia da mulher. Com a análise dos resultados, observamos que os casais que possuíam um bom investimento no espaço compartilhado, antes de o câncer de mama adentrar em suas vidas, tiveram uma maior flexibilidade e conseguiram se reorganizar para lidar com as novas demandas impostas pelo adoecimento.

Desse modo, nessas díades, o diagnóstico suscitou uma intensificação do cuidado dos cônjuges para com as mulheres, o qual se materializou no apoio e no suporte nas mais variadas formas, tais como no acompanhamento às consultas, na responsabilidade com os filhos pequenos, no compromisso com as tarefas domésticas, na preocupação com o

estado de saúde da mulher e no auxílio com o próprio autocuidado da esposa. Esse aspecto é de suma importância, pois, quando os cônjuges podem redimensionar os seus papéis, de sorte a ofertar o apoio às mulheres, isso auxilia significativamente o enfrentamento da doença (BIFFI; MAMEDE, 2004; BLANC; SILVEIRA; PINTO, 2016). A partir desses posicionamentos dos cônjuges, Rosana, Cláudia e Rosa sentiram que não estavam sozinhas, que eram amadas e importantes para seus esposos.

É oportuno realçar que a maior parte desses comportamentos não representa a adoção de novos papéis, pelos cônjuges, pois eles já faziam parte da rotina familiar; o que houve, de fato, foi uma mudança na intensidade e na frequência com que assumiam tais tarefas, tendo em vista o momento no qual a mulher estava debilitada e limitada para participar do compartilhamento dessas dimensões, da maneira como estavam habituados. Os posicionamentos que exigiram uma maior reorganização, por parte do cônjuge, foram acompanhar as esposas nas consultas, pois isso implicava se afastar do trabalho e, muitas vezes, ficarem longe de sua casa, seja residindo em quitinetes, quando iam para outra cidade realizar o tratamento, como ocorreu com o marido de Cláudia, seja ficando na casa da sogra, como aconteceu com o marido de Rosana, o que colocou em xeque a privacidade deles. Na verdade, a vida do cônjuge mediante o câncer de mama da esposa também sofre modificações significativas e pode suscitar níveis altos de ansiedade, reações graves ao estresse e doenças psicossomáticas (NERIS; ANJOS, 2018).

Como apontado por Salci e Marcon (2011), o período de tratamento por câncer de mama exige uma flexibilidade, não só da mulher e do seu companheiro, mas também da família extensa. Dessa forma, as pessoas com quem as mulheres com câncer de mama possuíam maior vínculo também tiveram que, em alguma medida, redimensionar os seus projetos, as suas prioridades e os seus papéis. Apenas Rosana teve um apoio expressivo e contínuo de sua família, inclusive com auxílio financeiro, porque seus membros se revezavam para acompanhá-la nas consultas, cuidavam de sua filha, remanejavam o seu dia a dia, para garantir o bem-estar dela. Pode-se enfatizar que, mesmo antes do adoecimento, essa díade continuava investindo na sua família de origem e sendo investida por ela, nutriam a convivência e investiam em momentos juntos. Quando a família partilha com o cônjuge o cuidado e o suporte à mulher, ela amplia as possibilidades de suporte oferecidas pelos companheiros (YOSHIMUCHI; SANTOS; MAGALHÃES, 2018).

Outro recurso utilizado pela maioria das mulheres e por alguns casais, para o enfrentamento do câncer de mama, foi a espiritualidade. Logo, vemos esse elemento ser

buscado desde o diagnóstico, para lidar com os medos, as angústias e as incertezas suscitadas. Esse posicionamento foi adotado por mulheres e casais que já tinham a espiritualidade como componente, em sua vida. Assim, o exercício da espiritualidade se materializava em diversas formas, tais como fazer orações pessoais e receber orações de familiares, ouvir programas religiosos em rádio e receber visitas de membros da igreja. O casal que mais investiu conjuntamente nessa dimensão foi o da participante Cláudia. Seu marido ia à igreja buscar a palavra para ver o que Deus tinha a dizer para eles, orava junto com ela e chegou até a fazer jejum, em prol da cura de sua esposa. Observamos que o exercício da fé foi um dispositivo que trouxe esperança e força, aspectos que impactaram positivamente essa vivência, possibilitando uma maior qualidade de vida (BENITES; NEME; SANTOS, 2017).

Já nos casais que revelavam um espaço compartilhado frágil, observamos o predomínio da dificuldade em adotar novos posicionamentos, apesar de o cônjuge, em alguns momentos, apresentar atitudes pautadas na gentileza com suas esposas, aspectos que se distanciam das ações hostis e agressivas que preponderavam na trajetória deles, intensificando o sofrimento da mulher. Nessa direção, vemos contrastando momentos em que elas foram chamadas de “podre” e de “porca” com momentos em que as motivavam, reafirmando para elas que o tratamento seria bem-sucedido.

Aliás, percebemos que todos os cônjuges utilizaram frases positivas e encorajadoras em relação à eficácia dos tratamentos, de forma a fortalecer a sua mulher, posicionamento que todas as mulheres consideraram como aspecto relevante para uma melhor travessia desse momento. O suporte recebido se configura como um elemento protetor no enfrentamento das adversidades, tal como o adoecimento, e é um dos fatores que mais influenciam a adaptação das pessoas a essa nova condição vivenciada (AMBRÓSIO; SANTOS, 2015).

Por mais que esses comportamentos positivos tenham sido inconstantes, as participantes os tomaram como aspectos que contribuíram para o enfrentamento. Outro exemplo importante referente a essas mudanças do cônjuge é que, em nenhuma fase do tratamento, Vanessa tomou conhecimento de episódios de traição, elemento que atravessava o casamento deles, há tempos. Os cônjuges não acompanharam as mulheres nas consultas em nenhum momento do tratamento, devido ao trabalho, e não encontramos nos relatos a construção de outras formas de se fazerem presentes, nesse período, seja através de telefonemas, seja por outros meios.

Além disso, eles não assumiram de forma expressiva as tarefas domésticas e a responsabilidade com os filhos. Vanessa e Tatiana não tiveram auxílio assíduo dos maridos, durante o adoecimento, todavia, seus filhos adolescentes as auxiliavam. A ausência ou a fragilização de apoio pode afetar a capacidade adaptativa do sujeito, visto que não é possível dividir a sobrecarga psicossocial que uma crise impõe (AMBRÓSIO; SANTOS, 2015).

Apesar desses percalços, nesta pesquisa, todas as mulheres se sentiram apoiadas por seus cônjuges. Para compreender a percepção de Vanessa e Tatiana em se sentirem apoiadas pelos cônjuges, mesmo diante do baixo engajamento no relacionamento e pouco remanejamento das dimensões da sua vida, olhamos com cuidado para a trajetória de ambas e verificamos que o cônjuge de Vanessa a protegeu de reviver o desamparo de ser abandonada, em um momento de fragilidade, como aconteceu quando morou na rua, situação que deixou marcas dolorosas em sua vida. Isso se comprova pela circunstância de que todas as vezes que ela verbalizou cumplicidade no casamento, durante o enfrentamento do câncer, ela remeteu ao fato de ele não ter se separado dela. Esse aspecto expressa que a conjugalidade, na contemporaneidade, ainda é buscada pelos sujeitos como fonte de refúgio das adversidades (GOMES; PAIVA, 2003). Logo, as falas humilhantes e a baixa reorganização do seu marido foram minimizadas, perante o fato de eles permanecerem casados.

Tatiana, por sua vez, se sentiu apoiada porque seu cônjuge pôde prover as suas necessidades materiais, pois ela estava desempregada e passou a depender financeiramente dele. Dessa forma, quando relata que o marido a auxiliou, nesse momento, ela enfatiza que ele não deixou faltar nada para ela. A partir desses posicionamentos, as referidas participantes sentiram que receberam de seus cônjuges um apoio fundamental no enfrentamento da doença, embora tais aspectos não tenham englobado o fortalecimento do vínculo conjugal. Desse modo, consideramos que cada cônjuge ofertou o apoio, a partir da história de investimentos que haviam construído.

A sexualidade surgiu na análise de resultados como uma dimensão que exigiu uma adaptação significativa da díade, sobretudo durante a quimioterapia, devido aos efeitos colaterais provocados, ocasionando a perda da libido, a diminuição da lubrificação e a dificuldade em atingir o orgasmo. A satisfação sexual é um componente significativo para a boa qualidade das relações conjugais, e as modificações que ocorrem nessa dimensão, diante do enfrentamento de câncer de mama, se configuram em uma das principais demandas que o casal necessita manejar, não só durante o adoecimento, mas

frequentemente, na fase do pós-tratamento (CESNIK *et al.*, 2013; SANTOS; SANTOS; VIEIRA, 2014; SANTOS *et al.*, 2017).

Verificamos que, nos casais vinculados, como o de Rosana e o de Cláudia, os cônjuges apresentaram uma compreensão em relação à falta de libido e de desejo sexual, por parte de suas mulheres. Por isso, eles não as pressionavam para ter relações sexuais e as mesmas aconteciam no momento que era mais confortável para elas. Em contrapartida, essas mulheres entendiam também o desejo deles e, quando estavam mais dispostas, em virtude de períodos com menos efeitos colaterais em função do tratamento, procuravam vivenciar a sexualidade dentro das possibilidades. Contudo, para a maioria dos casais, a sexualidade foi um elemento que gerou tensão, conflito e sofrimento, devido à pressão dos parceiros para elas terem relações sexuais. Nesse cenário, Tatiana e Vanessa acabavam cedendo às pressões, aspecto que intensificava o sofrimento já vivenciado. Rosa não se submetia à relação sexual simplesmente para satisfazer o seu cônjuge.

De acordo com as pesquisas, o tratamento é uma fase do enfrentamento do câncer de mama no qual a maioria das mulheres interrompe a prática sexual, e a retomada dessa esfera da vida está relacionada às concepções pessoais de sexualidade, às relações de gênero e à qualidade do relacionamento (SANTOS *et al.*, 2017). Nesse sentido, os relatos de Rosa demonstram a necessidade do investimento em outras dimensões da intimidade, tais como carinho, afago e abraço. Entretanto, em razão do baixo investimento no espaço compartilhado da maioria dos casais participantes desta pesquisa, eles não conseguiram criar outras possibilidades para a vivência da sexualidade, durante o adoecimento, visto que seus investimentos permaneceram na Lógica do Um (BERENSTEIN, 2011), escolhiam o que era melhor para si e o impunham ao outro, denotando uma rigidez em se abrir para o que é proveniente do outro, especialmente no tocante à sexualidade.

A mastectomia foi um aspecto que também atingiu a sexualidade do casal, sobretudo das mulheres que realizaram o procedimento de forma radical, pois, além de as mulheres terem as suas emoções intensificadas, elas tiveram dificuldade e desconforto em mostrar seu corpo para o cônjuge. A mastectomia total acarreta um maior impacto sobre a mulher, pois a mama é um atributo associado à sexualidade e à feminilidade. Desse modo, esse procedimento pode fazer com que a mulher não se sinta mais atraente e passível de ser desejada sexualmente, podendo produzir, inclusive, marcas físicas e psicológicas que impõem a necessidade de adaptar-se às novas condições de vida (AMBRÓSIO; SANTOS, 2011; LEITE; PERES, 2013; CESNIK; SANTOS, 2012; JUNQUEIRA *et al.*, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2022).

Foi possível verificar as ressonâncias desse aspecto, quando as participantes relataram que a primeira vez que se viram sem a mama foi uma experiência impactante. Rosana optou, com o apoio do seu marido, em não fazer a reconstrução e foi aprendendo a conviver melhor com essa marca em seu corpo. Cabe destacar que o seu marido reitera, através do diálogo, que a perda da mama não influenciou o desejo e a atração sexual sentida por ela. Pelo contrário, Rosana relata que ele relaciona a retirada da mama como um fator que garantiu a sobrevivência dela, o que denota um deslocamento da compreensão da mama como símbolo erótico.

Por sua vez, Vanessa fez a cirurgia de reconstrução e recebeu críticas do seu marido, devido à cicatriz que ficou exposta em seu seio e pelo fato de uma mama ter ficado menor que a outra. Mesmo ela dizendo que essas críticas não a afetam, a sua expressão facial e entonação da fala revelam o contrário. Assim, a forma como o cônjuge reagiu à cirurgia se constitui em um fator significativo para o modo como a mulher lidou com a mastectomia.

Ademais, observamos que a fissura provocada pela doença não se restringe ao passado e presente, tal como postulou Eiguer (1985), mas se estende também ao futuro que os casais haviam sonhado e idealizado. Nesse sentido, vemos um elemento fundamental da vida a dois ser impactado: o projeto vital compartilhado. Partilhar um projeto comum é fundamental para a estabilidade do casal, pois ele sintetiza os desejos, planos e metas da díade, evidenciando a implicação de ambos, no espaço compartilhado (PIGNATARO; FÉRES-CARNEIRO; MELLO, 2019). Constatamos que os cônjuges dos casais com o espaço compartilhado bem consolidado colocaram seus projetos pessoais em segundo plano e tornaram o enfrentamento do adoecimento como o principal projeto compartilhado do casal, no momento de enfrentamento da doença. Haja vista a reorganização que fizeram, mediante o irrompimento da doença e o quanto se demonstraram engajados e comprometidos, em cada fase, fazendo-se uma presença significativa, a partir da sua adaptação aos novos papéis e responsabilidades.

A construção do projeto vital compartilhado se relaciona com o Ideal de Ego, definido por Eiguer (2008) como organizador familiar e designado como elemento fundamental para a estabilidade familiar e para a construção do seu próprio futuro, uma vez que consiste na consecução de projetos que garantam os investimentos e ideais conjuntos da família. Um elemento significativo do projeto construído a dois nesses casais se refere ao filho (RODRIGUEZ; GOMES, 2012; ZANETTI; GOMES, 2014). Notamos que, nos casais vinculados, o filho se constitui em um elemento do projeto

compartilhado e do ideal de ego da família, visto que foi planejado e investido tanto pela mulher quanto pelo marido. Por outro lado, naquelas díades consideradas como fragilizadas, não verificamos a evidência de um projeto compartilhado bem constituído e, por isso, não foi possível estabelecer um projeto comum mediante o adoecimento.

Nesses casamentos, os filhos ora representam o desejo apenas da mulher, como o caso da Vanessa, que adotou Renato sem o consentimento do marido, ora não foram planejados, como aconteceu com Tatiana e Vanessa, mas que, mesmo assim, ocuparam um lugar de investimento na vida delas.

Contudo, em todos os casos, os filhos se configuraram como um componente fundamental no enfrentamento do câncer de mama. O medo de morrer e, conseqüentemente, não poder acompanhar o desenvolvimento dos seus filhos apareceu de maneira evidente, desde a fase do diagnóstico, atravessando todo o tratamento. Para além de ser uma fonte de tristeza, a preocupação com os filhos se configurou em um elemento que conferiu força e esperança para superar o adoecimento, possibilitando às participantes realizarem investimento em si, o que favoreceu significativamente o enfrentamento da doença. Dessa maneira, apontamos que os filhos realmente ocuparam o ideal de ego de família, através dos quais foi possível a continuidade dos investimentos, seja de maneira grupal, naqueles casais que puderam investir mutuamente, seja individualmente, naquelas mulheres que não contaram com o cônjuge, para compartilhar tal projeto.

Para destacar a importância da construção de um projeto compartilhado, as pesquisas apontam que, diante de sua impossibilidade, o casal frequentemente acaba desembocando numa separação (EIGUER, 2008; FÉRES-CARNEIRO, NETO, 2010; EMIDIO; SOUZA, 2019). Tatiana e Rosa se separaram, ao longo do enfrentamento da doença. Associamos esse acontecimento não só à falta de projeto compartilhado, mas à ausência dos 4 R's e à dificuldade de lidar com a alteridade do outro, conforme realçamos anteriormente. Nesta pesquisa, o câncer de mama não provocou mudanças no modo como as díades se investiam e vivenciavam a conjugalidade. Entretanto, observamos que a doença mobilizou modificações na forma como alguns integrantes da díade se posicionavam, no casamento, suscitando um novo desfecho para a vida a dois: a separação.

Assim, a partir do adoecimento, Tatiana assumiu um posicionamento mais ativo diante das imposições de seu cônjuge, exigindo que ele a Reconhecesse e a tratasse com Respeito, o que evidencia uma disponibilidade e abertura para encarar o conflito, o vazio

e o abandono em que viviam (PUGET, 2006; BERENSTEIN, 2011). Podemos conjecturar que, caso esse novo comportamento de Tatiana fosse acolhido e entendido por seu cônjuge, o casal teria a possibilidade de, talvez, construir novos modos de ser e estar na presença do outro, pois as divergências são ótimas produtoras de novas possibilidades e construções criativas (FÉRES-CARNEIRO, NETO, 2010). Entretanto, seu marido ampliou o tipo de violência empregada: agora não fazia uso apenas da violência psicológica, mas também da violência física. Com esse novo tipo de tensão e conflito, o casamento se desfez, na fase do pós-acompanhamento.

No casamento de Rosa também não percebemos a elaboração de um projeto compartilhado, porque o projeto de um era imposto ao outro. Essa decisão foi tomada pelo cônjuge, pois ela teve um conflito com o filho dele. A forma como ele se separou seguiu o protótipo de como o casal lidava com conflitos: a solução encontrada para as divergências por um foi imposta ao outro, sem diálogos, sem trocas e sem concessões. O que mudou, nesse momento, foi que ele saiu do lugar de acatar as escolhas do outro e passou a se posicionar de acordo com os seus desejos. O ocultamento das diferenças vivenciadas durante toda a trajetória construída fez com que a díade não encontrasse recursos para conviver com o divergente e, a partir dele, construir algo próprio dos dois. Desse modo, quando o casal se defronta com um conflito que não consegue mascarar, uma vez que envolvia outra pessoa, que exigiu um posicionamento dele, ocorreu a separação ainda no momento de tratamento.

A separação apresenta duas ramificações: uma que vislumbra a possibilidade de liberdade e o alívio, e a outra, a qual posiciona o sujeito diante da vivência da perda e da mortificação de uma parte de si (MALDONADO, 2000; FRANCO; MAGALHAES; FÉRES-CARNEIRO, 2018). Esta pesquisa evidenciou que a maneira como se deu a separação incidiu no atravessamento do câncer e se relacionou com a fase do adoecimento em que ocorreu, bem como com o histórico de investimento realizado pelo casal, no espaço compartilhado.

Nessas circunstâncias, Tatiana experienciou o alívio, alegando, inclusive, que foi melhor atravessar o pós-acompanhamento solteira do que na companhia do ex-cônjuge, pois teve paz, sem as brigas e discussões constantes. Esse dado evidencia que a separação conjugal pode ter efeitos construtivos para os sujeitos, principalmente quando o preço para manter o casamento é a autodestruição e a destruição do outro (FÉRES-CARNEIRO, 2003; ANTUNES; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2010). Ela foi uma participante que se separou na fase do acompanhamento: seu tratamento foi exitoso e seu

casamento foi marcado por desinvestimento, situação que se intensificou durante o adoecimento. Tatiana permanece morando na casa que construiu junto com o cônjuge, mas que fica no terreno de sua ex-sogra.

Rosa, por sua vez, foi deixada pelo marido na fase final do tratamento; dessa forma, relata que ainda não tinha certeza se seria exitoso ou não, de sorte que ainda lidava com angústias e medos referentes a um tratamento malsucedido. Além disso, seu casamento era perpassado por um certo investimento, havia conexão e ligação entre eles, de modo que concluir o tratamento sem a companhia do cônjuge intensificou o seu sofrimento, pois ele se fazia bem presente em sua vida e se configurava em uma fonte de apoio para ela.

A separação pode se configurar em uma ferida narcísica no sujeito, a qual afeta a sua identidade (LISBOA; FÉRES-CARNEIRO, 2008). A partir disso, pensamos que a separação foi um momento difícil para Rosa, sobretudo quando o marido, após dois meses do término com ela, iniciou um namoro. Por suas falas, constatamos que ainda possui mágoas do ex-cônjuge, pelo fato de tê-la deixado em um momento delicado de sua vida, e espera um pedido de desculpas. O ressentimento é um sentimento bastante comum, após uma separação, pois há uma quebra das projeções e desejos que foram depositados no casamento e no parceiro. Esse sentimento frequentemente se intensifica, quando o sujeito percebe que o outro está conseguindo gerenciar a sua vida e sentir prazer, sem sua presença, ação que é sentida como um ataque a si e pode suscitar sentimentos de humilhação e traição (GOMES; LEVY, 2010).

O casal não foi capaz de olhar para o desvinculamento que foi se instaurando insidiosamente a cada não compartilhamento, e Rosa não se sente responsável pelo que aconteceu; ao contrário, carrega um sentimento de ter sido abandonada, culpabilizando o outro, como se toda essa conjuntura não fosse também mobilizada por ela. Entretanto, a separação é um produto da ação conjunta dos integrantes que compõem a díade, é resultado da articulação de ambos (MALDONADO, 2000; FÉRES-CARNEIRO, 2003; BERENSTEIN, 2011).

Quando se encerrou o tratamento do câncer de mama, todas as mulheres iniciaram a fase do pós-tratamento, também denominada acompanhamento, a qual dura cinco anos, quando, além de realizarem exames e terem consultas periódicas, também tomam medicações por via oral ou injetável. Ao encerrar o acompanhamento, a mulher entra na fase do pós-acompanhamento, momento em que as medicações são suspensas e as consultas médicas ganham uma periodicidade maior.

Constatamos que as demandas e remanejamentos do casal, na fase do pós-tratamento, se estendem à fase do pós-acompanhamento. No geral, esses períodos foram vivenciados com menos efeitos colaterais debilitantes, o que colaborou para a mulher reconquistar aos poucos sua autonomia e uma redistribuição no compartilhamento das responsabilidades. Em nossa pesquisa, somente Cláudia teve, durante o pós-tratamento, efeito colateral intenso (hemorragia), o que fez com que ela interrompesse a medicação por conta própria. Assim, a díade vai adentrando em um território já conhecido e desejado: a vida sem a presença do câncer de mama. Contudo, habitam nesse terreno de diferentes maneiras, alguns mais fortalecidos, outros mais fragilizados e alguns separados.

Entretanto, algumas participantes vivenciaram algumas intercorrências, no período do pós-tratamento. Tatiana se separou, tal como já destacamos, neste capítulo, enquanto Vanessa experienciou a possibilidade de câncer no útero, com a necessidade de uma cirurgia para a retirada do órgão, pois no local em que estava localizado o nódulo não era possível a realização da biópsia. Todo esse processo repercutiu em seu estado emocional, o qual ela sintetizou na seguinte palavra: colapso. Diante dessa situação, o cônjuge a acompanhou na cirurgia, mas o suporte recebido dele, nessa fase, se limitou a essa ação, talvez pelo fato de o laudo médico afastar o diagnóstico de câncer uterino. O medo da recidiva é um fator que pode afetar a qualidade de vida mulher sobrevivente ao câncer de mama (VIDOTTI; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Apesar de o cenário ser conhecido pelos sujeitos, algumas marcas do câncer de mama ainda permaneceram na vida de algumas mulheres e na vida de alguns casais. A sobrevivência ao câncer de mama, se perpetua por toda a vida e é constituída de diferentes fases, cada qual com suas peculiaridades (GIMENES; QUEIROZ, 1997; ROSSI; SANTOS, 2003).

Nesta pesquisa, as entrevistas ocorreram entre seis e dez anos após o término do tratamento, e ainda observamos implicações físicas e psicossociais na vida da mulher, tais como o medo da recidiva, intensificado perante qualquer sintoma que surge em seu corpo ou no de seus familiares, a apreensão diante do resultado de algum exame, a dor no corpo e a limitação da mobilidade do braço. Isso posto, o manejo dos efeitos do câncer de mama se estende por períodos que ultrapassam a fase de tratamento e se manifestam no pós-tratamento, bem como na fase do pós-acompanhamento (SILVA E SANTOS, 2008; VIDOTTI; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013). Detectamos que, nesse período, o

cônjuge auxiliava a esposa a lidar com esses medos, a partir de diálogos que enfatizavam que o câncer de mama fora algo já superado.

Dentro desse aspecto, destacamos a redução da mobilidade do braço provocada pela mastectomia, pois impacta a esfera pessoal e profissional da mulher, como ocorreu no caso de Tatiana, a qual era empregada doméstica e teve sua eficiência prejudicada pela cirurgia, fator que dificultou a sua reinserção no mercado de trabalho. Rosa, que era cabelereira, mesmo tendo feito a mastectomia parcial, também teve sua vida profissional afetada. Além disso, a dor frequente no corpo foi apontada por algumas mulheres como um elemento que reduziu significativamente a qualidade de vida. Esses dados são convergentes com a literatura científica brasileira (LEITE; PERES, 2013; SILVA E SANTOS, 2008; VIDOTTI; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Contudo, a experiência do adoecimento também trouxe marcas positivas, visto que as participantes relataram ter-se tornado mais pacientes, corajosas e mais cuidadosas, tanto com a sua saúde como com a dos seus familiares, aspectos que evidenciam um crescimento pós-traumático a partir da vivência do câncer de mama (CAMPOS; COELHO; TRENTINI, 2021). Um dos elementos que propicia a transformação dos sujeitos e de suas relações mediante o adoecimento por câncer de mama é o contato com a finitude (SANTOS; PERES, 2013). A possibilidade de morte pode fazer com que os sujeitos reorganizem suas prioridades, seus projetos, revejam seus valores e suas crenças, favorecendo a adoção de novos posicionamento e estilos de enfrentamento, tal como vemos na situação de Tatiana, a qual, antes do adoecimento, adotava uma postura passiva, para não gerar conflito com o esposo, porém, o adoecimento modificou suas ações, consumando sua separação conjugal.

A dimensão sexual no período do pós-acompanhamento foi abordada por duas participantes que relataram a perda de libido, a dificuldade de ter orgasmos, a menopausa precoce e a dificuldade de se despirem totalmente na presença de seus maridos, pois se sentem desconfortáveis em mostrarem a marca da mastectomia. Esses achados são convergentes com o que a literatura científica aponta (GASPARELO *et al.*, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2015). O modo como as díades fortalecidas enfrentaram tais aspectos no pós-acompanhamento se assemelha à maneira como os enfrentaram, no período do adoecimento: um entende a situação do outro e juntos encontram momentos para vivenciar essa importante dimensão da vida conjugal. Em relação aos casais fragilizados, somente Vanessa permaneceu casada, entretanto, ela não abordou essa dimensão na fase do pós-acompanhamento.

Na dimensão afetiva, em casais que possuíam uma conjugalidade mais estabelecida, houve uma aproximação e intensificação de sua conexão, já que, conforme demonstrado ao longo desta Dissertação, eles conseguiram nutrir o espaço intersubjetivo, articular os 4 R's, redimensionar o projeto compartilhado, enfim, puderam se reorganizar mediante as reverberações suscitadas pelo câncer de mama. Nos casais cuja conjugalidade se apresentava mais fragilizada anteriormente ao diagnóstico, houve o aumento do distanciamento existente entre eles, o qual, em alguns casos, se materializou na separação. Nessa linha, vemos que Vanessa, não se separou, mas o distanciamento entre ela e o cônjuge se evidencia no fato de continuarem a viver no vazio e no abandono que os atravessavam, antes do adoecimento, inclusive os episódios de traição voltaram a ocorrer. Ademais, a referida participante alegava ter desejo de se separar.

Em face de tudo o que foi exposto acerca do atravessamento do câncer de mama, constatamos que o modo como o casal enfrentou as reverberações da doença, desde o diagnóstico até o final do tratamento, em suas múltiplas manifestações, está associado à trajetória de investimentos ou desinvestimentos que construíram, ao longo do casamento, e ao redimensionamento do projeto compartilhado, segundo já foi demonstrado neste capítulo. Contudo, esses dois movimentos estão condicionados à articulação do Reconhecimento, do Respeito, da Responsabilidade e da Reciprocidade, que foram fundamentais em todo o processo e que demonstraremos a seguir.

Reconhecer implica vislumbrar o outro tal como ele é e, ainda assim, continuar o tendo como importante e, conseqüentemente, digno de investimentos (EIGUER, 1985). Nesse sentido, cremos que, no contexto do adoecimento, a presença do Reconhecimento foi fundamental para o redimensionamento que o casal realizou. Assim, os cônjuges adotaram novos posicionamentos, porque reconheceram a nova condição de sua esposa. Desse modo, o Reconhecimento está presente no manejo das emoções intensas que o casal adotou, nas mais variadas formas de suporte ofertado à mulher, na abertura dos companheiros em assumir novos papéis e na reorganização da vivência da sexualidade.

Constatamos que esse princípio vincular se expressou de forma mais sólida nos casais que já investiam mutuamente na conjugalidade, antes de o adoecimento atingir a vida a dois. Nos casais que tinham dificuldade de lidar com a alteridade do outro, o Reconhecimento se fez presente em alguns momentos e possibilitou alguns comportamentos mais condizentes com a nova situação que a mulher estava vivenciando, contudo, ele não se consolidou, pois os cônjuges também tinham atitudes diametralmente opostas às necessidades das participantes.

Ademais, essas mudanças comportamentais não foram suficientes para gerar aproximação afetiva dessas díades, porque, por serem pontuais, esporádicas e desarticuladas do Respeito, da Responsabilidade, da Reciprocidade e da presença de um projeto compartilhado, não foram capazes de construir um atributo fundamental à estabilidade da relação: o sentimento de pertença, componente do Eu familiar. Logo, esses casais continuaram a ser atravessados pelo sentimento de inquietante estranheza, o que fez com que experienciassem, de diversas formas, a fenda existente do sentimento de ligação.

O Respeito, no âmbito conjugal, está relacionado ao valor e à importância de toda a construção que a díade fez, na vida a dois, o que requer que o outro seja considerado parte integrante do espaço partilhado (EIGUER, 1985). Nessa perspectiva, observamos a manifestação desse princípio vincular no enfrentamento do câncer de mama, na medida em que os cônjuges levavam em consideração o desejo e a necessidade da mulher. Tais aspectos podem ser evidenciados na compreensão dos cônjuges em relação à indisponibilidade sexual da esposa; no comportamento do marido de Rosana, em entender a sua necessidade de ficar perto da filha e, dessa forma, se articular para que isso se efetivasse na prática. Alguns casais se depararam com a ausência do Respeito, o que suscitou sentimentos de raiva e tristeza.

A presença da Responsabilidade em um relacionamento permite que o sujeito não seja apenas afetado por aquilo que acontece com o outro, mas também assegura que ele se posicione em relação ao acontecido (EIGUER, 1985). Isso posto, a sensibilização suscitada pela Responsabilidade mobiliza atitudes que auxiliam o outro a lidar com as suas vivências. Conforme demonstrado ao longo desta Dissertação, todos os cônjuges foram impactados pelo câncer de mama da esposa e se posicionaram, cada um à sua maneira, dentro da conjugalidade que foi construída pelo casal até então. Percebemos que, naqueles casais que possuíam um espaço compartilhado mais investido, a Responsabilidade se materializou em posicionamentos mais diversificados e constantes, em comparação aos casais que mostravam um baixo investimento no espaço intersubjetivo. Tais fatos puderam ser observados na reorganização dos papéis exercidos pelos homens, no suporte ofertado à mulher, bem como no redimensionamento do projeto compartilhado do casal.

A Reciprocidade diz respeito ao modo como o casal se investe e investe na relação. Ela se materializa na interação e na forma como compartilham a vida a dois (EIGUER, 1985). A mulher com câncer de mama fica debilitada, durante o tratamento, e a sua

prioridade é redimensionada. Dessa forma, grande parte de sua libido é investida para manter-se viva. Assim, no período que abrange o diagnóstico até o final do tratamento, a Reciprocidade do casal foi afetada, porque a mulher não conseguia investir no relacionamento na mesma proporção que seu cônjuge. Tal fato exigiu a disponibilidade do cônjuge para intensificar seu investimento no casamento. Consideramos que essa disponibilidade foi propiciada pela articulação do Reconhecimento, do Respeito e da Responsabilidade.

Assim, a existência da Reciprocidade como elemento constituinte do relacionamento foi o elemento que oportunizou essa necessária reorganização dos investimentos, escancarando a precariedade, a manutenção ou o seu redimensionamento. Contudo, nos casais que investiam nesse princípio, desde o início da sua trajetória, vimos a contribuição da mulher ser reestabelecida já no momento do pós-tratamento, pois, aos poucos e dentro da sua realidade, voltaram a compartilhar as responsabilidades do cotidiano e investir nos momentos a dois, tais como ir à lanchonete, frequentar a igreja, visitar familiares e amigos.

Em suma, verificamos que a falta do Reconhecimento, do Respeito, da Responsabilidade e da Reciprocidade prejudicou o redimensionamento realizado pela díade, mediante as reverberações que o câncer de mama provocou no casamento, intensificando o sofrimento vivenciado e ocasionando conflitos e distanciamento nos casais. Em contrapartida, a articulação desses princípios associados à presença da vigência e da significância possibilitou ao casal vivenciar o enfrentamento da doença de modo mais conectado, fator que fortaleceu o relacionamento.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*A utopia está lá no horizonte.
Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos.
Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos.
Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei.
Para que serve a utopia?
Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.*

(Eduardo Galeano)

A presente pesquisa demonstrou a importância da qualidade dos relacionamentos conjugais para o enfrentamento do câncer de mama, realçando que a maneira como a díade investe na vida a dois pode fazer do casamento um componente que alivia ou intensifica o sofrimento já imposto pelo adoecimento.

Nesse contexto, a história construída pelo casal antes do adoecimento possui grande relevância, visto que é sobre esse terreno que a travessia da crise vai se desenrolar. Os casais tendem a utilizar, durante o atravessamento do adoecimento, o modo de enfrentamento que empregavam para solucionar as adversidades que surgiam, ao longo da vida. Em face dessa situação, o Reconhecimento, o Respeito, a Reciprocidade, a Responsabilidade, bem como o manejo das diferenças, se configuraram como elementos essenciais em todo o processo, pois delineararam os redimensionamentos que os casais foram capazes de fazer.

Outro ponto que nos chamou atenção foi o fato de que todas as participantes tomaram conhecimento do nódulo em situações do dia a dia, quando se tocaram despretentiosamente, e não em exames de prevenção. Esse dado revela a importância de intensificar o debate acerca do critério da idade para a realização da mamografia, porque a atual legislação brasileira estipula que mulheres que não tenham sinais e sintomas de câncer de mama façam mamografia apenas a partir de 50 anos de idade.

Somado a isso, cabe destacar que um dos fatores que contribuíram para a exacerbação emocional suscitada pelo diagnóstico foi a circunstância de essa doença ainda estar associada à morte. Tal aspecto permeia os temores e o sofrimento, podendo interferir no tratamento das mulheres, considerando que se relaciona ao impacto ao receber o diagnóstico, tal qual uma sentença de morte. Embora o enfrentamento da doença ainda seja permeado de sofrimentos e não exista uma certeza em relação ao prognóstico, o acesso a informações capazes de desmistificar o significado atribuído à doença pode minimizar os seus impactos.

Além disso, o período do tratamento foi marcado por inúmeros sofrimentos, enfrentamentos e mudanças, as quais exigiram uma readequação da rotina e do funcionamento do casal, em busca de adequar o cotidiano da vida às necessidades impostas pelo tratamento e às diversas reações desagradáveis que ocorrem, em decorrência das intervenções necessárias. Nesse sentido, a presença do cônjuge novamente se faz importante, diante dessa diversidade de situações, que tanto a mulher como sua família vivenciam, durante todo o período de tratamento. Sua presença funcionou como apoio e suporte, auxiliando na manutenção da vida cotidiana, permitindo que a mulher pudesse investir na busca de recuperação de sua saúde. Diversamente, a vida conjugal, atravessada por conflitos e turbulências, exacerbou o sofrimento, num momento de fragilidade para as mulheres e as famílias. Além disso, o apoio da família estendida teve grande significado, nesse momento. Os dados apontaram para a importância do olhar e cuidados que incluam o cônjuge no rol de intervenções, assegurando-lhe informações, acolhimento e assistência psicológica, seja no cuidado de educação em saúde, seja no oferecimento de ferramentas úteis para lidarem com todas as reverberações suscitadas pela doença.

Ademais, mesmo o câncer de mama suscitando grande reverberação na esfera emocional de nossas participantes e de seus companheiros, somente duas foram encaminhadas para o acompanhamento psicoterapêutico, indicando que nem todas as equipes de saúde entendem a psicologia como uma área que pode contribuir no enfrentamento de vivências oncológicas.

O câncer de mama produz impactos que não se restringem ao momento do tratamento, mas que podem perdurar a vida toda, afetando a qualidade de vida das mulheres. Dentro desse âmbito, destacamos a dificuldade das mulheres na reinserção no mercado de trabalho, devido ao adoecimento. O trabalho é um elemento importante da autonomia dos sujeitos, sobretudo no tocante à reconstrução da vida, após as intervenções necessárias para o tratamento da doença.

Consideramos pertinente a ampliação de estudos que investiguem o aprimoramento de estratégias de acesso aos serviços de saúde da população, em relação aos marcadores sociais, pois, nesta pesquisa, o tempo do processo de investigação do nódulo da participante parda e que residia na área rural de seu município foi cerca de um ano. Já o das mulheres brancas que residiam na área urbana foi, em média, de 60 dias, uma diferença bastante significativa.

Assim, levando em conta os resultados apontados nesta investigação, é imperioso salientar o papel e o aprimoramento das políticas públicas, bem como dos serviços oferecidos a essa população, os quais poderiam minimizar os efeitos e sofrimentos decorrentes do adoecimento, uma vez que poderiam proporcionar maior proteção, informações e ampliação dos serviços e, dessa maneira, atendendo à diversidade de demandas que o câncer exige.

Por fim, ciência é isso: responde a algumas questões e abre muitas outras. Isso me faz traçar um paralelo com a função da utopia proposta por Galeano, pois ela nos movimenta, na medida em que expande as nossas indagações e reflexões a cada problema solucionado e, assim, vamos aprimorando nossas práticas e avançando enquanto sociedade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T.G *et al.* Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, jul./set. 2015.
- AMBROSIO, D.C.M.; SANTOS, M. A. Vivências de familiares de mulheres com câncer de mama: uma compreensão fenomenológica. **Psic Teor Pesq.**, v. 27, n. 4, p. 475-484, 2011.
- AMBROSIO, D.C.M.; SANTOS, M.A. Apoio social à mulher mastectomizada: um estudo de revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 851-864, 2015.
- ANTUNES, A. L. P.; MAGALHÃES, A. S.; FÉRES-CARNEIRO, T. Litígios intermináveis: uma perpetuação do vínculo conjugal? **Rev. Aletheia**, v. 31, n. 1, 2010.
- AZEVEDO, M. M. A. O adoecimento do seio e a transmissão psíquica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia**, ano VII, n. 4, p. 32-43, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de L. A. Reto e A. Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 2001.
- BEREISNTEIN, I. **Do ser ao fazer**. Curso sobre a vincularidade. São Paulo: Via Lettera, 2011.
- BERENSTEIN, I.; PUGET, J. **Psicanálise do casal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- BIFFI, R.G.; MAMEDE, M. V. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 32, n. 3 p. 262-269, 2004.
- BLANC, L. O.; SILVEIRA, L. M. de O. B.; PINTO, S. P. Compreendendo as experiências vividas pelos familiares cuidados frente ao paciente oncológico. **Pensando Famílias**, v. 20, n. 2, p. 132-148, 2016.
- BORGES, C. C.; MAGALHÃES, A. S.; FÉRES-CARNEIRO, T. Liberdade e desejo de constituir família: percepções de jovens adultos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 66, n. 3, p. 89- 103, 2014.
- BRASIL. **Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999**. Brasília: Presidência da República, 1999.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 741/05**. Rede de Atenção Oncológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 874/13**. Política Nacional para Prevenção e Controle ao Câncer. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

- CARUSO, I. **A separação dos amantes: uma fenomenologia da morte**. São Paulo: Cortez, 1986.
- CARVALHO, F. C. G.; PAIVA, M. L. S. C. O olhar de três gerações de mulheres a respeito do casamento. **Bol. psicol**, São Paulo, v. 59, n. 131, p. 223-235, dez. 2009.
- CECÍLIO, S. G.; SALES, J. B.; PEREIRA, N. P. A.; MAIA, L. L. Q. G. N. A visão do companheiro da mulher com histórico de câncer de mama. **REME - Rev Min Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 23-31, 2013.
- CESNIK, V. M.; SANTOS, M. A. Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. **Psicol. Reflex. Crít.**, v. 25, n. 2, p. 339-49, 2012.
- DELALIBERA, M.; PRESA, J.; BARBOSA, A.; LEAL, I. Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2731-2747, 2015.
- DEL PRIORE, M. **História do amor no Brasil**. 2. ed. São Paulo, SP: Contexto, 2006.
- EIGUER, A. **Um divã para a família**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1985.
- EIGUER, A. Desentendimento de casal e luta pelo reconhecimento. In: GOMES, I. C.; LEVY, L. (org.). **Atendimento psicanalítico de casal**. São Paulo: Zagodoni, 2013. p. 44- 59 (Série Prática Clínica).
- EMIDIO, T. S.; SOUZA, J. B. Até que algo os separe: um estudo sobre o estabelecimento e a manutenção do casamento na contemporaneidade. **Vínculo - Revista do NESME**, v. 16, n. 1, p. 97-111, 2019.
- FEIJÓ, A. M. *et al.* O Papel da Família Sob a Ótica da Mulher Acometida por Câncer de Mama. **Revista Ciência Cuidado Saúde**, v. 8 (suplem.), p. 79-84, 2009.
- FERES-CARNEIRO, T. Separação: o doloroso processo de dissolução da conugalidade. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 367-384, 2003.
- FÉRES-CARNEIRO, T. Conjugalidade. In: LEVISKY, R. B.; DIAS, M. L.; LEVISKY, D. L. (org.). **Dicionário de Psicanálise de Casal e Família**. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2021. p. 97-101.
- FÉRES-CARNEIRO, T.; LISBOA, A. V.; SEIXAS, A. M. Transmissão psíquica geracional familiar no adoecer somático. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, n. 2, p. 102-113, 2011.
- FERREIRA, C. B.; ALMEIDA, A. M.; RASERA, E. F. Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. **Interface**, v. 12, n. 27, p. 863-871, 2008.
- FLORIANI, C. A. Cuidador familiar: Sobrecarga e proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 4, 2004.

FRANCO, D. A.; MAGALHAES, A. S.; FERES-CARNEIRO, T. Violência doméstica e rompimento conjugal: repercussões do litígio na família. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 154-171, dez. 2018.

FREUD, S. **Psicologia das massas e análise do Eu**. Trad. de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 (Obras completas - 1920-1923).

FREUD, S. **Totem e tabu**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012 (Obras completas - 1912-1913, v.11).

GASPARELO, C.; SALES, C.A.; MARCON, S. S.; SALCI, M. A. Percepções de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. **CiencCuidSaude**, v. 9, n. 3, p. 535-542, 2010.

GIDDENS, A. **Transformações da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. Oeiras: Celta, 2001

GOMES, I. C. **Uma clínica específica com casais**: contribuições teóricas e técnicas. São Paulo: Escuta, 2007.

GOMES, I. C.; PAIVA, M. L. S. C. Casamento e família no século XXI: possibilidade de holding? **Psicologia em Estudo**, v. 8, n. esp. p. 3-9, 2003.

GOMES, I. C.; ZANETTI, S. A. S. Transmissão psíquica transgeracional e construção de subjetividade: relato de uma psicoterapia psicanalítica vincular. **Psicologia USP**, v. 20, n. 1, 2009.

GOMES, M. S. L. **No entre dois**: o vínculo do casal. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras – UNESP, Assis, 2017.

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

INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **O que é câncer?** Publicado em maio 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer>. Acesso em 15 nov. 2022.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Câncer de mama**. Publicado em jun. 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/mama>. Acesso em 15 nov. 2022.

JUNQUEIRA, L. C. U.; SANTOS, M. A. Atravessando a tormenta: imagem corporal e sexualidade da mulher após o câncer de mama. **Revista Família**, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, v. 1, 2020.

JUSTO, J. S. O “ficar” na adolescência e paradigmas de relacionamento amoroso da contemporaneidade. **Revista do Departamento de Psicologia** - UFF, v. 17, n. 1, p. 61-77, jan./jun. 2005.

KAËS, R. **Um singular plural**: a psicanálise à prova do grupo. São Paulo: Loyola, 2011.

KAËS, R. **As alianças inconscientes**. São Paulo: Ideias & Letras, 2014.

LINS, R. N. **O livro do amor** (volume 2): do Iluminismo à Atualidade. Rio de Janeiro, RJ: Best Seller, 2012.

LIPOVESTKY, G. **A era do vazio**: ensaios sobre o individualismo contemporâneo. São Paulo, SP: Manole, 2005.

LISBOA, A. V.; FÉRES-CARNEIRO, T. Quando o adoecer assombra e une o grupo familiar. **Pulsional**: Revista de Psicanálise, ano XVIII, n. 184, p. 40-48, 2005.

LISBOA, A. V.; FÉRES-CARNEIRO, T. Até que a doença nos separe? A conjugalidade e o adoecer somático. **Psico.**, v. 39, n. 1, p. 83-90, 2008.

MAGALHÃES, A.S.; FÉRES-CARNEIRO, T. A conjugalidade na série identificatória: experiência amorosa e recriação do eu. **Pulsional** - rev. Psicanál, v. 16, n. 176, 41-50, dez. 2003.

MAIESKI, V. M.; SARQUIS, L. M. M. Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influência sobre o trabalho. **Rev. Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 346-52, jul./set. 2007.

MAIRINK, A. P. A. R. *et al.* A prática sexual de mulheres jovens em tratamento para o câncer de mama. **Revista de Enfermagem Esc Anna Nery**, v. 24, n. 3, p. 1-9, 2020.

MALDONADO, M. T. **Casamento, términos e reconstrução**: o que acontece antes, durante e depois da separação. São Paulo: Saraiva, 2000.

MELO, E. M.; SILVA, R. M.; FERNANDES, A. F. C. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 219-225, 2005.

MOGUILLANSKY, R.; NUSSBAUM, S. **Psicanálise Vincular**: Teoria e clínica. Vol. 1: Fundamentos teóricos e abordagem clínica do casal e da família. São Paulo: Zagodoni, 2011.

MOLINA, S. M. A.; MARCON, S. S. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. **RevBrasEnferm.**, v. 59, n. 4, p. 514-520, 2006.

MYNAIO, M. C. D. S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MYNAIO, M. C. D. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2009.

NERIS, R. R.; ANJOS, A. C. Y. Experiências dos cônjuges de mulheres com câncer de mama: uma revisão integrativa. **RevEscEnferm USP**, v. 48, n. 5, p. 922-923, 2014.

NERIS, R. R.; ZAGO, M. M. F.; RIBEIRO, M. A.; PORTO, J. P.; ANJOS, A. C. Y. Experiência do cônjuge diante da mulher com câncer de mama e em quimioterapia: estudo de caso qualitativo. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018.

PENNACCHI, R. **Compulsão à repetição conjugal**. In: LEVISKY, R. B.; DIAS, M. L.; LEVISKY, D. L. (org.). **Dicionário de Psicanálise de Casal e Família**. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2021.

PEREIRA, G. B.; GOMES, A. M. S. M.; OLIVEIRA, R. R. **Impacto do tratamento do câncer de mama na autoimagem e nos relacionamentos afetivos de mulheres mastectomizadas**. São Paulo: Centro Universitário Adventista de São Paulo – Unasp, 2017.

PEREIRA, J.; MORAES, L.; SANTOS, R.; SOUSA, F. Disfunção sexual feminina pós-mastectomia devido câncer de mama: uma revisão integrativa. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 21, n. 3, p. 823-830, 2020.

PICHETI, J. S. **Relação conjugal em situação de câncer em um dos cônjuges**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale Rio dos Sinos, São Leopoldo-RS, 2012.

PICHETI, J. S.; CASTRO, E. K.; FALCKE, D. Silêncios e rearranjos na conjugalidade em situação de câncer em um dos cônjuges. **Psicologia em Pesquisa**, v. 8, n. 2, p. 189-199, 2014.

PUGET, J. Intersubjetividad. Crisis de la representación. **PsicoanálisisAPdeBA**. v. XXV, n.1, p. 175-189, 2003.

PUGET, J. **Cada vez nos conocemos menos**. Panel de Pareja - Perspectivas Psicoanalíticas sobre los vínculos de familia y pareja. Buenos Aires: FEPAL, 2007.

REZENDE, V. L.; DERCHAIN, S. F. M.; BOTEAGA, N. J.; SARIAN, L. O.; VIAL, D. L.; MORAIS, S. S. Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. **RevBrasGinecol Obstet.**, v. 27, n.12, p. 737-743, 2005.

RIOS, I.C. O amor em tempos de Narciso. **Interface:comunicação, saúde, educação**. v. 12, n. 25, p. 421-6, abr./jun. 2008.

ROSSI, L.; SANTOS, M. A. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicol. Ciênc. Prof.**, v. 23, n. 4, p. 32-41, 2003.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

SALES, C. A.; MOLINA, M. A. S. O significado do câncer no cotidiano de mulheres em tratamento quimioterápico. **Rev. Bras Enferm.**, v. 57, n. 6, p. 720-723, 2004.

SANTOS, D. B.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, M. E. Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Saúde Soc.**, v. 23, n. 4, p. 1342-55, 2014.

SANTOS, D. B.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, M.E.; CESNIK-GEEST, V. M. Interrupção e retomada da vida sexual após o câncer de mama. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 4, p. 1-10, 2016.

SANTOS, M. A.; PERES, R. S.; FERREIRA, S. M. A.; GOZZO, T.O.; PANOBIANCO, M. S.; ALMEIDA, A. M. A (in)sustentável leveza dos vínculos afetivos: investigando a sexualidade em mulheres que enfrentam o tratamento do câncer de mama. **Vínculo**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 01-08, 2013.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Enfrentamento do câncer em família. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. esp. p. 178-186, 2011.

SEVERO, A. **Encontros e desencontros**: a complexidade da vida a dois. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

SILVA, P. M. **Monogamia na contemporaneidade**: um estudo sobre a exclusividade no casamento. 2022. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica - PUC RIO, Rio de Janeiro, 2022.

SILVA, T. B. C.; SANTOS, M. C. L.; ALMEIDA, A.M.; FERNANDES, A. F. C. Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. **Rev. Esc. Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 133-139, 2010.

SUY, A. **A gente mira no amor e acerta na solidão**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2022.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VENÂNCIO, J. L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, p. 1, p. 55-63, 2004.

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

VIEIRA, T. C. C. **Mulheres mastectomizadas**: o que muda na dinâmica conjugal? 2015. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2015.

WEISSMANN, L. Os três espaços psíquicos. In: WEISSMANN, L. **Famílias monoparentais**: um olhar psicanalítico. 2008. Dissertação (Mestrado) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008. p. 46-56.

WEISSMANN, L. **Interculturalidade e vínculos familiares**. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2019.

WEISSMANN, L. Casal. *In*: LEVISKY, R. B.; DIAS, M. L.; LEVISKY, D. L. (org.). **Dicionário de Psicanálise de Casal e Família**. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2021. p. 68-71.

ZANETTI, S. A. S. **A opção por não se vincular amorosamente de maneira compromissada entre as condições de existência contemporâneas e a herança psíquica geracional**. 2012. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

ZANETTI, S. A. S.; SEI, M. B.; COLAVAN, J. R. Desafios de se manter como um casal na contemporaneidade: contribuições da psicanálise sobre a dinâmica conjugal. **Vínculo** - Revista do NESME, v. 10, n. 1, p. 5-54, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Roteiro de Entrevista – Grupo A

(Mulheres que permaneceram casadas mediante ao processo de adoecimento pelo câncer de mama)

Data da Entrevista: ____/____/____

I. Identificação

Nome: _____ Idade: _____ Cor: _____ Estado civil: _____
Escolaridade: _____ Profissão: _____ Tempo de relacionamento: _____

II. História do Relacionamento

1. Me conte como iniciou o relacionamento de vocês.
2. Como era a vida de vocês enquanto casal? Como costumavam lidar com as adversidades que surgiam ao longo da vida?
3. Me fale sobre como era o casamento de vocês. Você percebeu mudanças após o diagnóstico do câncer? Explique.
4. Como o casal reagiu à notícia e o tratamento do câncer?

III. Reverberações do câncer na conjugalidade

4. Como o assunto “câncer de mama” entrou da vida de vocês?
5. Como o casal viveu as diversas etapas desse processo (diagnóstico, tratamento, acompanhamento e pós acompanhamento)?
6. Na sua opinião, quais foram as consequências para o casamento? Como você entende o casamento após o diagnóstico e o tratamento do câncer? Explique.
7. Como você entende o seu casamento depois de tudo o que você(s) enfrentou(aram)?

IV. Repercussões do adoecimento à conjugalidade

8. Como você percebe as consequências do câncer de mama à sua vida? E para a sua vida de casal? Explique.

APÊNDICE 2 – Roteiro de Entrevista – Grupo B

(Mulheres que se separaram ao longo do adoecimento)

I. Identificação

Nome: **Idade:** **Cor:** **Estado civil:**
Escolaridade: **Profissão:** **Tempo de relacionamento:**

II. História do Relacionamento

1. Me conte como iniciou o relacionamento de vocês.
2. Como era a vida de vocês enquanto casal? Como costumavam lidar com as adversidades que surgiam ao longo da vida?
3. Me fale sobre como era o casamento de vocês. Você percebeu mudanças após o diagnóstico do câncer? Explique.
4. Como o casal reagiu à notícia e o tratamento do câncer?

III. Reverberações do câncer na conjugalidade

4. Como o assunto “câncer de mama” entrou da vida de vocês?
5. Como o casal vivenciou as diversas etapas desse processo (diagnóstico, tratamento, acompanhamento e pós acompanhamento)? Na sua opinião, quais foram as consequências para o casamento?
6. Na sua opinião, quais foram as consequências para o casamento? Como você entende o casamento após o diagnóstico e o tratamento do câncer? Explique.
7. Me conte como aconteceu o processo de separação. Como foi enfrentar o câncer de mama com a separação?
8. Como você entende o seu casamento depois de tudo o que você(s) enfrentou(aram)?

IV. Repercussões do adoecimento à conjugalidade

9. Como você percebe as consequências do câncer de mama à sua vida? E para a sua vida de casal? Explique.