

C 672416
R 1380443
03/04/01
R#6,20

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ELIZABETH MESQUITA MELO

**PROCESSO ADAPTATIVO DA FAMÍLIA FRENTE À
MASTECTOMIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, na área de concentração Clínico-Cirúrgica, junto ao Departamento de Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva

Fortaleza-Ceará

2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

616.99449
M485-p
2001

FICHA CATALOGRÁFICA

M485p Melo, Elizabeth Mesquita

Processo adaptativo da família frente à mastectomia /
Elizabeth Mesquita Melo. – Fortaleza, 2001

138 f.

Orientadora: Profa. Dra. Raimunda Magalhães da
Silva

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do
Ceará. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

1. Mastectomia - família. I. Título

CDD 616.99449



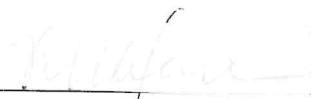
ok

PROCESSO ADAPTATIVO DA FAMÍLIA FRENTE À MASTECTOMIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, na área de concentração Clínico-Cirúrgica.

Data da Aprovação: 20 / 02 / 2001


BANCA EXAMINADORA



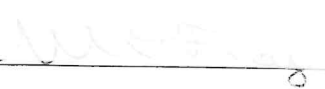
Prof.^ª Dr.^ª Raimunda Magalhães da Silva
(Orientadora)



Prof.^ª Dr.^ª Ana Maria de Almeida
(1.^º Membro)



Prof.^ª Dr.^ª Maria Socorro Pereira Rodrigues
(2.^º membro)



Prof.^ª Dr.^ª Maria de Nazaré de Oliveira Fraga
(Membro suplente)

Fortaleza - Ceará 2001

Estudo Inserido na Linha de Pesquisa Assistência
Participativa de Enfermagem em Situação de Saúde-Doença
e no Projeto de Pesquisa Saúde da Mulher no Cotidiano.

Para o desenvolvimento do presente estudo, contamos com o
apoio financeiro da CAPES.

“A família torna-se um traço de união entre os membros, cujos laços mútuos poderão, de outro modo, ser muito frágeis. Ocorrerá uma crise sempre que um dos membros queira partir, colocando a família fora do sistema, ou dissolvendo-a no seu interior”.

R. D. Laing

“Certamente o ciclo nunca se fecha, pois toda pesquisa produz conhecimentos afirmativos e provoca mais questões para o aprofundamento posterior”.

Minayo

DEDICATÓRIA

* A todas as enfermeiras que trabalham na área de Oncologia, na esperança de que este estudo venha a contribuir, de alguma forma, para o aprimoramento de sua prática profissional.

* A todas as famílias que já vivenciaram alguma experiência de câncer, especialmente, câncer de mama, pelo apoio oferecido, na maioria das vezes, às pacientes, frente ao impacto causado pela doença.

* Ao Grupo de Auto-ajuda, Ensino, Pesquisa e Assistência a Mulher Mastectomizada (GEPAM), pela oportunidade de compartilhar experiências, o que muito contribuiu para o meu crescimento profissional e técnico-científico.

* A todas as mulheres mastectomizadas, pois representaram a fonte de inspiração deste estudo.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

- * A minha mãe, companheira de todas as horas, que muito contribuiu em mais essa trajetória profissional, com paciência e dedicação.
- * A tia Margarida, por quem tenho muita admiração, em virtude de seu exemplo de força e perseverança, e que esteve sempre disponível, nas horas difíceis.
- * Ao meu namorado, Berni, pela atenção e amor, oferecendo-me apoio, disponibilidade e tolerância, não só nesse momento tão especial da minha vida, mas sempre.
- * Aos meus irmãos e sobrinho, pela compreensão nos momentos de dificuldade, prontificando-se a colaborarem no que fosse necessário.
- * A toda minha família, que, mesmo indiretamente, contribuiu em mais essa vitória.

AGRADECIMENTOS

* A minha orientadora, Raimunda Magalhães da Silva, por mais esse trabalho e pela disponibilidade no esclarecimento de dúvidas, com sabedoria e paciência.

* Ao Projeto Saúde da Mulher no Cotidiano, onde sempre encontrei apoio e aprendizagem.

* As Prof^{as}. Socorro Rodrigues e Ana Maria de Almeida, pela estima e atenção, contribuindo fortemente na construção e desenvolvimento deste estudo.

* A Prof^a Nazaré Fraga, pela cordialidade e disposição, frente ao convite para participar da Banca Examinadora.

* A Prof^a Marta Damasceno, por sua sinceridade e capacidade profissional, que muito contribuíram para o aperfeiçoamento inicial da pesquisa.

* A Prof^a Ana Fátima, coordenadora do GEPAM, pela amizade e oportunidade de vivenciar uma experiência tão singular, com as mulheres mastectomizadas.

* As amigas e companheiras de mestrado, Taciana e Diva, por todos os momentos compartilhados durante a trajetória do curso.

* As todas as demais colegas de mestrado, pelo que, juntas, vivenciamos.

* As amigas Dafne e Thereza, pela dedicação e conhecimentos oferecidos, além da disponibilidade para ouvir.

- * A Direção do Instituto do Câncer do Ceará, bem como à equipe de enfermagem, pelo apoio na concretização do estudo.
- * Aos auxiliares de enfermagem, do setor de quimioterapia, da referida instituição, pelo carinho e atenção, proporcionando grande ajuda durante a coleta dos dados.
- * Ao Dr. Tavares, médico residente desta instituição, pela considerável contribuição.
- * A equipe de cirurgiões, pelo interesse dispensado ao estudo, abrindo portas e oferecendo apoio.
- * As bibliotecárias, Norma e Eliene, pela dedicação e interesse, proporcionando informações que muito contribuíram para o estudo.
- * A todos que, direta, ou indiretamente, colaboraram no desenvolvimento desta pesquisa e em mais essa caminhada para a qualidade profissional.

SUMÁRIO

RESUMO	
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Problematização	13
1.2 Justificativa/Relevância do estudo	18
2 OBJETIVOS	21
2.1 Geral	22
2.2 Específicos	22
3 REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1 Câncer de mama	24
3.2 Mastectomia: implicações físicas e sociais	27
3.3 Família	30
3.4 Família e pacientes portadores de câncer de mama	36
3.5 Mastectomia no contexto familiar	39
4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	41
4.1 Justificando a escolha da teoria de adaptação	42
4.2 Aspectos teóricos e conceituais da teoria de adaptação	44
5 METODOLOGIA	51
5.1 Natureza do estudo	52
5.2 Caracterização do local da pesquisa	52
5.3 Caracterização da amostra	53
5.4 Procedimentos para coleta de dados	53
5.5 Organização e análise dos dados	55
5.6 Aspectos éticos da pesquisa	58
5.7 Financiamento	59
6 ANÁLISE DOS DADOS	60

6.1 Caracterizando os participantes -----	61
6.2 Definindo as categorias de análise -----	63
6.2.1 Desempenho de papéis -----	63
6.2.1.1 A doença e o desempenho dos papéis da família -----	65
6.2.1.2 Percepção da família sobre o papel da mulher -----	76
6.2.1.3 Alterações dos papéis no contexto familiar -----	80
6.2.2 Família e as relações de interdependência -----	92
6.2.2.1 Impacto familiar frente à doença -----	93
6.2.2.2 Relacionamento familiar -----	96
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	109
SUMMARY-----	114
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	115
9 ANEXOS-----	125

RESUMO

A mastectomia representa uma ameaça real à auto-estima da mulher, alterando o seu cotidiano e provocando mudanças, que podem ser de ordem física, social e emocional, afetando não apenas a mulher, mas ocasionando também conflitos na família. Objetivou-se: identificar estímulos que ocorrem no contexto familiar da mulher mastectomizada decorrentes da cirurgia e conhecer os comportamentos dos familiares diante destes estímulos, apresentados nos modos de desempenho de papel e interdependência. O estudo é do tipo descritivo e foi desenvolvido em uma instituição especializada em oncologia, localizada em Fortaleza-Ce, com 15 familiares de mulheres mastectomizadas, identificados após o contato inicial com as mesmas. Os dados foram coletados através de visitas domiciliares, utilizando-se um roteiro de levantamentos de dados, tendo como referencial a Teoria de Adaptação de Roy. A entrevista foi do tipo semi-estruturada. Os dados foram organizados com base no método de análise de conteúdo. Frente à descoberta da doença e à notícia da cirurgia o medo foi referido pelos familiares, gerando impacto na família e nos amigos próximos. Os comportamentos manifestados nesse momento contribuíram de forma negativa para o equilíbrio familiar, sendo, assim, considerados ineficazes. Os sentimentos de amor, carinho e afeição refletem o significado dado à mulher por seus familiares; sem alterações relevantes após a mastectomia, o que demonstra um comportamento adaptativo. Dentre as mudanças na vida da mulher e no seu contexto familiar acarretadas pela mastectomia e pelo diagnóstico de câncer de mama estão as alterações nos papéis dos vários membros da família, a partir das circunstanciais reduções que a mulher faz em seu papel, como forma de adaptação à sua nova condição. Essas alterações são tanto de ordem física, quanto emocional e econômico-social. As mudanças mais relevantes englobam as relacionadas às atividades profissionais ou afazeres domésticos. Os comportamentos manifestados pelos familiares constituíram-se, prioritariamente, em comportamentos adaptativos, contribuindo para a manutenção da integridade familiar. A união familiar observada auxiliou no enfrentamento do problema, possibilitando o estreitamento das relações familiares. Conclui-se que a família é, da mesma forma que a mulher mastectomizada, afetada durante todo o processo da doença, bem como no tratamento, sendo necessária uma atenção por parte da equipe de saúde a fim de envolvê-la no planejamento de suas ações. O modelo de adaptação é válido, uma vez que oferece uma melhor visão acerca da situação e dos comportamentos dos familiares baseados nos conceitos da teoria trabalhada.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problematização

Frente ao diagnóstico de câncer de mama, a mulher experimenta, geralmente, sentimentos de medo, tristeza e negação. Ela associa a doença à morte, mas também à castração de um órgão significativo, no caso, a mama, considerada um símbolo da feminilidade. Além de ser um atributo de sedução, a mama é, também, uma das importantes zonas erógenas do corpo feminino e tem função singular na maternidade da mulher, pelo fato de ser responsável pela amamentação dos filhos.

EPIDEMIOLOGIA O câncer de mama representa uma patologia cada vez mais presente entre as mulheres, sendo responsável por um elevado número de óbitos, especialmente entre as que se situam na faixa etária acima de 40 anos.

Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), 28.340 mulheres seriam acometidas, em 2000, pelo câncer de mama, representando 9,97% dos 284.205 casos novos de câncer estimados para aquele ano. Quanto ao número de óbitos, este tipo de câncer responderia por 7,23% dos 113.959 óbitos por câncer. A região com maior taxa de incidência de câncer de mama é a região sudeste, com 64,8% dos casos. Em seguida, vem a região sul, com 14,6%; a nordeste se apresenta com 14,5% e a centro-oeste com 4,7%. A região com menor taxa é a região norte, com apenas 1,4% dos casos estimados (Brasil, 2000).

O impacto que o câncer mamário costuma causar entre as mulheres, resulta tanto da importância que é dada à mama, quanto do medo relacionado aos tratamentos. Todeschini et al. (1994) colocam que, independentemente das condutas terapêuticas adotadas, o impacto causado pelo diagnóstico de uma doença, potencialmente letal, como o câncer de mama, parece ser suficiente para que ocorram reações emocionais nas mulheres acometidas pela patologia.

A descoberta de um nódulo mamário representa, assim, uma ameaça à mulher, principalmente se for confirmada sua malignidade. O fato acarreta, não raro, um desequilíbrio emocional nesta, passível de extensão à sua família. Isto

ocorre em virtude de o câncer, para a maioria das pessoas, significar dor, sofrimento e cura indefinida (Marreiro, 1998).

Diversos fatores podem influenciar as reações dos pacientes e de seus familiares, no momento em que enfrentam o risco ou o diagnóstico de câncer. Dentre estes, incluem-se os estágios da doença, o nível sócio-econômico, o nível de maturidade da família, o desenvolvimento psicológico, o grau de educação, os sistemas de apoio e os recursos da comunidade (Belcher, 1997).

Diante da descoberta do nódulo mamário e confirmação de sua malignidade, a indicação mais comum é a mastectomia, cuja técnica cirúrgica é realizada de acordo com o estágio da doença (Entrekin, 1997). Outros tratamentos podem ser indicados, tais como a quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, podendo, inclusive, haver uma associação desses procedimentos terapêuticos.

A mastectomia representa uma ameaça real à auto-estima da mulher, chegando a alterar o seu cotidiano e trazendo mudanças relacionadas ao seu dia-a-dia, que tanto podem ser de ordem física, como social e emocional.

Segundo Heckert (1995), a mastectomia atinge um universo complexo de significados. É possível que a mulher se sinta atingida na própria identidade, na sua imagem pessoal, com repercussões na sua auto-estima. Os relacionamentos também serão afetados, já que a identidade de cada um, em especial aquela que diz respeito ao gênero, estabelece-se na relação com o outro.

Dadas todas as conseqüências advindas da mastectomia, a mulher necessita do apoio de outras pessoas, especialmente dos familiares mais próximos. É um momento em que ela está se sentindo fragilizada, ansiosa, com sentimentos diversos permeando a sua mente.

Logo, a família representará um ponto de apoio dos mais importantes para o enfrentamento do problema. Esse apoio, manifestado através de ajuda física, material ou psicológica, sob a forma de um carinho, uma palavra, um gesto de amizade, com certeza, ajudará a mulher a encarar melhor as dificuldades decorrentes da cirurgia.

Belcher (1997) destaca que a família representa um sistema de apoio, constituindo um grupo psicossocial, formado pelo paciente e por uma ou mais

peças (crianças e adultos), co-existindo e com mútuo compromisso dos seus membros de um cuidar do outro e vice-versa. A autora afirma que a família pode ser classificada em nuclear, extensa e não tradicional, como a de pais solteiros ou de companheiros do mesmo sexo.

É importante lembrar que recentes discussões sobre a família, na literatura de enfermagem, conforme refere Hartman (1995), têm incluído mudanças no modelo da família, as quais envolvem expansão, tornando-a mais inclusiva, e menos tradicional, promovendo alterações em sua definição. Essas mudanças têm emergido, simultaneamente, com a saída da sociedade do mundo moderno, da era industrial, para o que é mais freqüentemente chamado de era pós-moderna.

A família, hoje, tomou um grau de extensão bem maior, em relação a épocas anteriores, podendo ser constituída não somente por pessoas ligadas por laços de sangue, mas, também, por pessoas que dividem o mesmo ambiente e mantêm laços afetivos, as quais representam muito para a pessoa em termos de gostar, dentre outros fatores.

Delaney apud Nitschke (1999a), considera a família como um sistema dinâmico de duas ou mais pessoas, as quais dividem uma história, objetivos comuns, obrigações, laços afetivos, além de um alto grau de intimidade. Destaca, ainda, que a família seria dois ou mais indivíduos, cada um com suas qualidades singulares, que, interagindo, formam um todo que é diferente e maior do que a soma de seus membros.

A família da mulher mastectomizada tem um papel fundamental na sua reabilitação pós-cirúrgica, concorrendo, e muito, para uma readaptação plena na sociedade. O papel, em questão, se traduz na ajuda fornecida, tanto emocional como fisicamente. É, pois, da maior necessidade, a participação da família na recuperação da mulher submetida à cirurgia, haja vista a condição que ostenta dentro do contexto, como ponto aglutinador de forças para superação do drama da mastectomia, incluindo a promoção de ajuste às mudanças decorrentes desse processo.

Silva (1998) coloca que a mulher mastectomizada vivencia sentimentos de incerteza e insegurança, desde o momento de descoberta da doença,

estendendo-se por todo o processo de readaptação. Por tal motivo, a família constitui um componente essencial no processo de recuperação e, conseqüentemente, na segurança pessoal.

A inadequação dos relacionamentos sociais da mulher mastectomizada, no período de readaptação, poderá dificultar o seu ajustamento social, dificultando, assim, a sua reabilitação (Rodrigues et al., 1998).

Vale ressaltar, todavia, que o diagnóstico de câncer ocasiona, de imediato, um impacto na família da pessoa acometida pela doença e no seu círculo de amizades. Segundo Fernandes (1997), o diagnóstico da doença leva a um momento de crise, tanto para a pessoa afetada como para sua família, refletindo no ambiente social em que a pessoa está inserida. Se esta doença é um câncer, e se este é na mama, completa-se o quadro de uma crise existencial e familiar que, se não trabalhado devidamente, poderá conturbar, fortemente, o sistema familiar.

De acordo com Simonton (1990), não é fácil aceitar um diagnóstico de câncer, a despeito dos conhecimentos que se possa ter sobre a doença. Nesta dura luta contra o diagnóstico de câncer, não é somente o paciente que sofre; as pessoas da família ficam, naturalmente, tão obcecadas pelo medo do desconhecido, que não conseguem viver normalmente, daí ser comum a manifestação de reações, as mais diversas, por parte dos familiares. Estas vão desde o apoio emocional, material e ajuda mútua, até a reação de medo, desprezo, raiva e "nojo". Silva et al. (1999), observaram, em um estudo, que a mulher mastectomizada, quando submetida à quimioterapia, na maioria das vezes recebe apoio dos familiares. Entretanto, encontram-se presentes também, reações negativas por parte dos mesmos frente à doença e ao tratamento.

A família tem, pois, um papel fundamental na saúde individual de cada um de seus membros, uma vez ser, a partir dela que emergem os primeiros cuidados em saúde. Nogueira (1977), coloca que sendo no ambiente familiar que se forma o indivíduo, é fundamental que ao tratarmos da sua saúde, este não seja considerado isoladamente, mas dentro do contexto em que vive. Dessa forma, as influências do meio social, as relações afetivas entre as pessoas e o ambiente

físico em que os indivíduos vivem, assumem capital importância para o binômio saúde-doença.

Falceto et al. (1996) frisam a importância de considerar a complexidade do indivíduo, como um ser que influencia e sofre influências, sendo a família o primeiro nível onde se processam essas trocas. As relações extra familiares, como relações com a vizinhança, com os colegas de trabalho e com instituições como escolas e igreja, também podem influenciar a saúde do indivíduo.

Gilliss (1991) evidencia que o paciente deve ser tratado no contexto familiar e que a enfermagem, como uma profissão humanística, destinada a prestar cuidados, deve basear-se nesse fato, quando no planejamento e oferecimento de seus cuidados.

Partindo-se do pressuposto de que a família representa um elo fortemente determinado por vínculos de sangue e afetivos, cumpre ressaltar que a presença de uma doença afeta, diretamente, a dinâmica familiar, isso por implicar conflitos, de natureza distinta, envolvendo questões financeiras, de relacionamento e de afetividade, dentre outras.

Nessa perspectiva, o diagnóstico de câncer gera um desequilíbrio na família, por ser o câncer uma doença potencialmente letal, geralmente associada à morte. A isso se vincula o medo dos procedimentos terapêuticos, com relação às mudanças que acarretam. No caso da quimioterapia, por exemplo, muitos são os efeitos colaterais, dos quais a alopecia é um dos mais comuns, podendo ocorrer ainda outros sintomas, associados ao sistema gastrointestinal e cutâneo, entre outros. A mastectomia é um procedimento cirúrgico agressivo e traumatizante, capaz de produzir sérias conseqüências para a mulher, a partir de alterações no seu modo de vida. São essas mudanças que provocam medo entre as pessoas e, mais ainda, na família, pela convivência mais próxima com a mulher atingida pelo problema.

A família vivencia todo o processo de diagnóstico e tratamento, vindo a sofrer impacto durante essa trajetória, uma vez que precisa reorientar seus papéis, como forma de contribuir tanto para a adaptação da mulher mastectomizada, quanto para a promoção de seu próprio equilíbrio.

A mastectomia, portanto, não afeta apenas a mulher, sendo, também, capaz de gerar conflitos dentro do ambiente familiar. Por conta disso, a família terá que se adaptar às mudanças, precisando utilizar mecanismos de enfrentamento, para superar as crises decorrentes. Se estes mecanismos forem utilizados adequadamente, o equilíbrio familiar poderá ser mantido, contribuindo para uma boa adaptação da mulher. Caso contrário, poderá haver um desequilíbrio, influenciando, de forma negativa, na sua recuperação.

Considerando-se que o diagnóstico de câncer de mama e a conseqüente realização da mastectomia causam impacto dentro do contexto familiar da mulher, questiona-se: Quais os comportamentos manifestados pela família da mulher mastectomizada, frente aos estímulos decorrentes da cirurgia?

1.2 Justificativa/Relevância do estudo

O interesse por este estudo está ligado ao desejo de dar continuidade a trabalhos anteriores, na área de câncer de mama, em particular com mulheres mastectomizadas, os quais tiveram início anos atrás, ainda durante a minha vida acadêmica, quando inserida no Projeto de Pesquisa Saúde da Mulher no Cotidiano. A participação no referido projeto incluía o desenvolvimento de pesquisas, na área de saúde da mulher, mais especificamente relacionada a câncer de mama e mastectomia, consubstanciando a realização de palestras educativas e de oficinas, para conscientização da população feminina, em conjunto com outras bolsistas do projeto, destacando-se a importância da detecção precoce do câncer de mama.

Durante o período de bolsista do PET, por três anos, houve natural envolvimento em atividades de pesquisa e extensão, nesta mesma área. Daí o desejo de dar continuidade a essa atividade.

O câncer de mama, em mulheres é, certamente, um problema de saúde pública, haja vista sua incidência se encontrar cada vez mais elevada, ocupando o primeiro lugar nos casos de neoplasias malignas na população feminina, sendo responsável por considerável número de óbitos. Tal constatação representa, por conseguinte, um fator importante no desenvolvimento deste estudo.

Enfatiza-se, também, o fato de a enfermagem estar intrinsecamente associada à pesquisa, sendo oportuno ressaltar que sua autonomia e cientificidade se associam ao estudo das Teorias de Enfermagem. A pesquisa é um instrumento que contribui bastante para o crescimento da enfermagem e, conseqüentemente, para a formação profissional das enfermeiras, no conjunto ou individualmente, visto que amplia a visão das coisas que nos cercam, ensinando a ver além do “horizonte”, aguçando nosso senso crítico e despertando interesse por coisas novas. Assim, a cada pesquisa realizada, além da descoberta de novos fatos, aumenta a expectativa acerca do assunto estudado.

Ninguém desconhece que uma pesquisa pode vir a originar novas pesquisas, fato indutor de sua continuidade. Daí a utilização dessa temática, a partir do trabalho intitulado “Mulher mastectomizada e a relação com o suporte social”, quando foi percebida a relação intrínseca entre o apoio familiar e a readaptação da mulher (Rodrigues et al., 1995). Após esse trabalho, um outro foi realizado, sob o título “Situações vivenciadas pelas mulheres com câncer de mama”, através do qual puderam ser observadas as mudanças consideráveis que ocorrem na vida da mulher após a mastectomia, mudanças estas que se inserem também no ambiente familiar (Rodrigues et al., 1996).

Na monografia, para conclusão do curso de graduação, foi explorado o conhecimento das mulheres mastectomizadas, acerca dos fatores predisponentes do câncer de mama, quando se procurou conhecer a trajetória percorrida pela mulher, durante todo o processo de tratamento. Detectou-se, então, o conhecimento restrito que as mulheres possuem a respeito dos fatores predisponentes do câncer de mama, tornando-se conhecidos os problemas que as mesmas enfrentam, durante todo o tratamento (Melo, 1997).

Como requisito de conclusão do curso de especialização, na área de clínico-cirúrgica, foi desenvolvida monografia, com a finalidade de analisar as dificuldades da mulher mastectomizada, durante a quimioterapia e os modos de enfrentamento desta, frente às dificuldades decorrentes. O tema despertou-me muito interesse, visto que o aspecto dessas dificuldades ainda não fora muito explorado, apesar do entendimento, pela experiência prática, de que a mulher

vivencia situações difíceis, desencadeadoras de crises, durante o uso de quimioterápicos, sendo relevante, assim, o estudo da temática (Melo, 1999).

O curso de Mestrado se coloca, assim, como oportunidade para explorar o processo adaptativo da família da mulher mastectomizada, em decorrência da cirurgia. A família constitui, reconhecidamente, um importante e fundamental apoio para a mulher mastectomizada, uma vez que as intercorrências psicossociais que a mastectomia acarreta são amplas e, se não forem devidamente trabalhadas, poderão dificultar a sua recuperação.

Rodrigues et al. (1995) evidenciaram, em um trabalho sobre o suporte social da mulher mastectomizada, que a família é extremamente afetada frente ao diagnóstico de câncer de mama e, mais ainda, quando da realização da mastectomia.

É importante que a enfermagem desenvolva estratégias de atenção, com ênfase no cuidado junto à família, dentro de uma visão holística, contribuindo, de tal forma, para o cuidado individual de cada um.

Este estudo visa contribuir para a prática de enfermagem oncológica, mercê das informações que oferece, relacionadas à família de mulheres mastectomizadas. Com isso se oportuniza o aperfeiçoamento na assistência de enfermagem a essa clientela, visto que a saúde individual está intrinsecamente relacionada à saúde familiar, representando um fator importante na prática profissional.

O enfermeiro deve ter competência e sensibilidade para reconhecer a família como contexto e como centro para o cuidado e ser capaz de percebê-la como uma instituição complexa, que demanda apoio em tempos de dificuldades, sobretudo na situação de doença. Além disso, deve compreender a importância da família para o cuidado em enfermagem, e também a importância do cuidado da família em suas experiências de saúde e doença, tendo como meta promover um funcionamento pleno da família (Angelo, 1999).

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar o processo de adaptação da família da mulher mastectomizada frente à cirurgia.

2.2 Específicos

- Identificar estímulos que ocorrem no contexto familiar da mulher mastectomizada decorrentes da cirurgia.
- Conhecer os comportamentos dos familiares, diante desses estímulos, apresentados nos modos de desempenho de papel e interdependência.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Câncer de mama

O câncer de mama é uma patologia que vem afetando, cada vez mais, a população feminina. Constituindo um problema de saúde pública, é responsável por um elevado número de óbitos entre mulheres de todas as idades, com predominância na faixa etária acima de 40 anos, quando estas ainda se encontram em plena fase produtiva de suas vidas.

Brito (1994) coloca que o câncer de mama, na mulher, é uma das mais importantes causas de morbimortalidade, por câncer, em quase todas as populações do mundo, desde a segunda metade do século XX. Nos últimos 30 anos, sua incidência vem se elevando, sendo particularmente destacada no grupo de mulheres de 40-60 anos de idade.

Juaçaba (1999) afirma que o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, representando, aproximadamente, 28% de todas as neoplasias femininas. Refere que este tipo de câncer é excepcional antes dos 20 anos de idade, raro antes dos 30, aumentando sua incidência até os 50 anos de idade, existindo um platô até os 70 anos.

Fernandes et al. (1999) enfatizam que o câncer de mama é uma doença marcante, capaz de afetar, profundamente, o bem-estar físico, mental e social da mulher. Por envolver o estigma de morte, traz repercussões negativas como angústia, depressão e medo de morrer, podendo romper a identidade e auto-estima da mulher.

A educação deficiente das mulheres, em relação aos fatores de risco do câncer de mama, contribui para o desenvolvimento da doença, uma vez que a mulher não está alerta para a necessidade do diagnóstico precoce. A maioria das mulheres detecta o tumor em um estágio avançado, podendo tal fato ser atribuído a pouca prática do auto-exame da mama, recomendado para realização mensal pela própria mulher, segundo campanhas de prevenção do câncer de mama.

Morató (1999) assinala que, para controlar a doença mamária, especialmente o câncer, o diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível. Por tal razão acreditamos ser fundamental o conhecimento das mulheres

acerca da anatomia de suas mamas, o qual pode ser adquirido através de orientação direta fornecida por profissionais de saúde e por programas de saúde, bem como pela realização periódica do auto-exame.

Como se vê, o câncer de mama vem atingindo, de forma acentuada, a população feminina. O principal problema relacionado a essa patologia tem sido o diagnóstico tardio, complicando a terapêutica e reduzindo as chances de cura. O diagnóstico tardio pode estar associado à limitada campanha de controle da doença pelos órgãos de saúde, perdendo-se aí uma oportunidade valiosa para dar ênfase ao auto-exame da mama e aos fatores de risco, via educação contínua e efetiva da população feminina.

Outro ponto associado a essa questão refere-se também ao limitado acesso dessa população aos serviços de saúde, para realização de testes diagnósticos, o que vem retardar a confirmação do diagnóstico. Mesmo que a mulher detecte o nódulo, através do auto-exame, se não houver um acesso ao serviço especializado, ou se a queixa dessa mulher não for valorizada, o diagnóstico acabará não sendo precoce, desfavorecendo, portanto, as possibilidades de cura.

De acordo com Johnson & Johnson (1997), a educação do público, do cliente e de pessoas significativas, no que se refere ao câncer, envolve dois tipos de prática educacional: educação para a saúde e educação do cliente. A primeira é o processo de auxiliar os indivíduos, de forma individual ou em grupo, com vistas à tomada de decisões, baseadas em informações apropriadas sobre questões que afetam a saúde do indivíduo, da família e da comunidade. A educação do cliente, por sua vez, diz respeito a uma série de experiências estruturadas ou não-estruturadas, destinadas a prestar ajuda aos clientes e pessoas significativas, para que assumam posições frente às situações referentes ao diagnóstico de câncer, à adaptação à doença e aos sintomas, à prevenção, ao autocuidado e em relação a determinadas atitudes para manter ou recuperar a saúde.

Não podemos afirmar que existe uma prevenção efetiva para o câncer, em especial o câncer de mama, para o qual a prevenção se configura no diagnóstico precoce e na adoção de comportamentos capazes de reduzir os riscos de desenvolvimento da doença.

Crowley (1997) coloca que o risco de câncer de mama pode ser reduzido através de comportamentos da cliente referentes à eliminação ou limite da exposição aos fatores causais, além da promoção dos fatores de proteção (incluindo atividades de promoção da saúde). Mudanças no estilo de vida, implicando comportamentos que diminuam as chances de exposição aos fatores de risco, podem reduzir as chances de desenvolvimento de câncer.

Diante do aumento da incidência do câncer de mama na população feminina brasileira, aliada à elevação da expectativa de vida da mulher ao nascer, causando um aumento significativo da população idosa e, portanto, tornando maior o número de mulheres expostas ao risco da doença, faz-se necessário a formulação de programas especiais, por parte das organizações governamentais de saúde, principalmente a nível primário. Estes programas devem englobar a identificação de grupos de alto risco e a educação das mulheres, quanto às técnicas do auto-exame das mamas, visando ao diagnóstico precoce (Caleffi, 1996).

Azevedo & Mendonça (1993) ressaltam que a busca de estratégias comuns, com aproveitamento dos recursos existentes, direcionados à assistência integral à saúde da mulher, é fundamental dentro de uma política de controle do câncer.

Braccio (1997) enfatiza a relevância do diagnóstico precoce do câncer de mama, para a prevenção da mastectomia. Nesse sentido, atenção especial deve ser dispensada ao auto-exame mensal das mamas, à visita periódica ao ginecologista e à realização dos exames solicitados pelo médico.

Caleffi (1996) concorda com tal pensamento, ao afirmar que o auto-exame da mama, por sua importância, deve ser amplamente discutido. Afirma, ainda, que, em razão do alto custo de programas de rastreamento para câncer de mama, este exame tem sido bastante valorizado, principalmente se feito de maneira correta, atribuindo sua importância maior ao fato de levar a mulher a procurar precocemente o especialista, caso seja encontrada alguma alteração. Assim, no intuito de divulgar a importância da detecção precoce e incentivar a prática do auto-exame, torna-se fundamental a educação em oncologia nas escolas

secundárias, bem como o uso adequado dos meios de comunicação de massa, além da divulgação feita pelos profissionais de saúde.

É coerente colocar também o que afirma Morató (1999), quando cita que é importante conhecer a técnica de auto-exame da mama como fator de valor no diagnóstico precoce do carcinoma mamário. Refere que alguns autores estimam que 65% de todos os nódulos mamários são descobertos durante a realização do auto-exame. No entanto, nem todas as mulheres conhecem essa técnica. De acordo com pesquisas médicas, apenas 23% das mulheres realizam o auto-exame habitualmente.

A informação sobre a técnica e a importância do auto-exame deve ser fornecida por pessoal de enfermagem preparado ou pelos próprios médicos. Este exame tem uma grande importância no diagnóstico, visto que o modo de apresentação deste nódulo é ausente da dor (Morató, 1999).

O autor ressalta que apenas 15 a 20 % das pacientes com tumor de mama apresentam dor, apesar de que outros sintomas, já presentes em formas mais avançadas, delatam sua existência. Em consequência, o auto-exame da mama tem uma importância relevante na detecção, o mais precocemente possível, de qualquer anomalia na mama.

3.2 Mastectomia: implicações físicas e sociais

As mamas, que surgem na adolescência, tornam-se um componente marcante da feminilidade, pois representam papel fundamental na imagem corporal da mulher, além da função de amamentação (Rodrigues et al., 1996).

Diante do diagnóstico de câncer de mama, o tratamento preferencial é a mastectomia, que consiste na retirada total ou parcial da mama e envolve mudanças biopsicossociais significativas. O tratamento cirúrgico é, em geral, associado a outras condutas terapêuticas, tais como quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia.

As estratégias de tratamento cirúrgico são estabelecidas de acordo com o estágio da doença. Se a doença está no estágio 0, será realizada mastectomia setorial, associada ou não à irradiação, dependendo da extensão. Nos estádios I e

II, é indicada mastectomia setorizada, com irradiação. Os estádios III e IV remetem à mastectomia radical modificada (sem, necessariamente, retirada do músculo peitoral menor e peitoral maior) e terapia adjuvante. A mastectomia radical é realizada se houver envolvimento de linfonodos mediastinais ou peitorais (Entrekin, 1997).

De acordo com Todeschini et al (1994), as duas modalidades de tratamento cirúrgico, mais comumente adotadas, são a mastectomia radical modificada (amputação da mama) e a cirurgia conservadora. Ambas podem ser associadas a outros tipos de tratamento, como quimioterapia ou radioterapia, implicando em significativas modificações na imagem corporal das clientes.

A mulher portadora de carcinoma mamário, antes de iniciar o tratamento, em geral, passa por conflitos psicológicos e distúrbios emocionais. Muitas vezes, até chegar à decisão de se tratar, ela percorre uma trajetória difícil, dolorosa e repleta de dúvidas. Isto se deve ao fato da importância que é dada à mama, tanto pelas mulheres, quanto pela própria sociedade, fazendo surgir na mulher o medo da cirurgia e, conseqüentemente, adiamento do tratamento.

Segundo Annik (1988), o fenômeno de demora para a procura do especialista e início do tratamento, após a descoberta de um nódulo mamário, tem causas múltiplas: ansiedade ao descobrir o caroço, comprometida pela negação e, ainda, a existência de atitudes fatalistas em relação ao corpo e à doença.

Fernandes et al. (1999) ressaltam que o caráter letal que o câncer representa, culturalmente, para as pessoas, implica na negação da doença e, conseqüente fuga do tratamento.

A preocupação da paciente não se resume apenas à sobrevivência. Muitas vezes, o impacto emocional da amputação da mama se sobrepõe ao impacto do diagnóstico. A expectativa da mutilação desencadeia reações emocionais tão intensas, que poderão ser comparadas à fantasia de morte (Brenelli, 1994).

O mesmo autor coloca que este fato pode ser explicado pelo significado psicológico e corporal da mama para a mulher. A mama, além de sua função ligada à maternidade e à sexualidade é, também, um símbolo narcísico. Durante a vida da mulher, a mama sempre esteve associada, na nossa e em outras culturas,

ao símbolo de identidade corporal feminina e ao sentimento de auto-estima e valor próprio.

Não raro, quando a mulher decide procurar um especialista, a doença já está em um estágio bastante avançado, sendo a cirurgia inevitável e, nessa situação, o risco da indicação de uma mastectomia total e/ou estabelecimento de tratamentos bastante agressivos está sempre presente.

Silva & Mamede (1998) evidenciaram, em um estudo, a importância da família, como apoio para a mulher mastectomizada enfrentar situações advindas dessa nova condição. Assim, esta procura organizar os seus relacionamentos sociais, constituídos por uma rede de elementos que envolvem pessoas da família, amigos, profissionais de saúde e outros grupos sociais que poderão ajudá-la durante o processo de reabilitação.

Submeter-se a uma cirurgia de mama provoca, portanto, forte mobilização emocional. Todas as pessoas sentem medo, em maior ou menor grau. Este medo tem uma base real, visto que haverá uma incisão, dor, limitação de movimentos, dentre outros incômodos. Há também o risco da anestesia, pois sobre esta pairam sempre muitos temores. Porém, sem dúvida nenhuma, o medo maior é em relação à morte (Heckert, 1995).

Cita, ainda, o autor, que a gravidade do estado de saúde, a extensão da cirurgia, as possibilidades de êxito, bem como os riscos envolvidos, contribuem para a intensidade deste quadro emocional. Deve-se levar em conta, no entanto, o valor simbólico que o órgão afetado representa para a pessoa.

O mesmo autor ressalta que ao lado das razões objetivas, o medo da cirurgia também se justifica como decorrente da fantasia de cada um, associando os acontecimentos a outros da sua vida pessoal, ou a fatos que dizem respeito a familiares e pessoas significativas, e mesmo àqueles que povoam o ideário coletivo.

Qualquer cirurgia, diga-se de passagem, é acompanhada por um sentimento de perda. Em que pese o fato de a pessoa saber que realizando a cirurgia vai se “livrar do mal”, sempre fica uma sensação de perda. Todavia, quando a cirurgia corresponde à extirpação de um órgão visível e de extrema

importância, como é o caso da mama, esse sentimento torna-se mais forte, podendo ser comparado à perda de um ente querido.

Na verdade, após uma cirurgia para retirada da mama, a mulher passa a enfrentar situações difíceis. Tanto no pós-operatório imediato, como no pós-operatório tardio, a mulher mastectomizada vivencia momentos de desequilíbrio, decorrentes da cirurgia. As repercussões físicas podem ser evidenciadas através de dores na região cirúrgica, limitação dos movimentos do membro superior, correspondente à mama amputada e edema, dentre outras. As repercussões de ordem psicológica se apresentam, em geral, de forma também bastante significativa, considerando-se a pessoa em sua totalidade, uma vez que, além de afetarem o seu âmbito social, podem contribuir para reforçar o surgimento de sintomas físicos. Tais ocorrências vêm dificultar o autocuidado da mulher, ou ocasionar um desequilíbrio interno, contribuindo para o aumento dos sintomas fisiológicos, incluindo dor, edema e outros sintomas, citados anteriormente.

A mastectomia produz profundas alterações na imagem corporal da mulher, por ser a mama um órgão extremamente valorizado por esta. Na cultura ocidental, principalmente, o busto feminino se tornou idealizado, representando o ponto de identificação com o papel feminino: feminilidade e “ser sexualmente atraente” (Todeschini et al, 1994).

A retirada da mama é, pois, um processo cirúrgico agressivo, geralmente acompanhado por conseqüências traumatizantes na vida da mulher acometida por câncer de mama.

3.3 Família

Segundo Barroso (1999), a instituição família, em paralelo à sociedade brasileira, vem sofrendo transformações ao longo dos tempos, sendo também influenciada pela nova ordem econômica mundial. Com isso, muda o conceito de família e, também, a visão dos profissionais de saúde acerca dos problemas que prejudicam o funcionamento ótimo desse grupo social.

Corroborando com a referida autora, Althoff (1996) cita que, situado em cada sistema de organização da sociedade, os indivíduos sofreram e continuam a

sofrer transformações significativas, as quais tem influenciado a sua forma de viver. Complementa afirmando que, como parte do corpo, a família tem crenças e valores próprios, caracterizados de acordo com determinado momento histórico e determinada localização geográfica.

Assim, concordamos com Ferrari & Kaloustian (1998), quando referem que é essencial haver um contínuo acompanhamento, pelos profissionais que trabalham junto à família, do processo de mudanças desta, bem como do desenvolvimento de perspectivas e abordagens teóricas que possibilitem a compreensão desse processo, envolvendo não somente os aspectos relacionados ao mundo intrafamiliar, mas também os relacionados a dinâmicas das políticas sociais no país.

Barroso (1999) coloca que já não há um modelo padrão para a família brasileira, antes representada pelo pai, mãe, filhos e avós, ficando este modelo restrito a determinados segmentos sociais e determinadas culturas. Atualmente, a família apresenta múltiplas faces, predominando, nos segmentos sociais menos favorecidos, a família formada pela mãe e filhos, sem a presença da figura masculina - o pai.

Assim, diante da forma como a família vem se estruturando nos últimos tempos e sofrendo modificações, torna-se impossível identifica-la como um modelo único ou ideal (Ferrari & Kaloustian, 1998).

Segundo Falceto et al. (1996), a família não se restringe à soma de seus membros, indo bem além disso. Ela é o grupo social no qual o indivíduo se forma e por ele é influenciado, mais diretamente, durante toda sua vida. É a organização social de onde nunca se sai. É um organismo com leis próprias de funcionamento que configuram uma estrutura com características estáveis, mas com flexibilidade para mudar, com o decorrer do tempo, influenciado pelo meio onde se insere.

Os autores enfocam que, no decorrer do ciclo de vida, a família enfrenta múltiplas crises vitais, além de acidentais. Entre as crises vitais, cita-se: o casamento, o nascimento do primeiro filho, a convivência com os filhos pequenos e filhos adolescentes, além da saída dos filhos de casa para constituírem novas

famílias ou por outros motivos. As crises acidentais dizem respeito à mudança de domicílio, desemprego, doença e morte dos entes queridos, dentre outras.

Ao vivenciarem as crises vitais, as famílias preparam-se para o possível surgimento de crises acidentais, de forma que venham a enfrentar estas, sem desenvolver respostas patológicas (Falceto et al., 1996).

Na visão de Patrício (1994, p. 97), "família é um sistema interpessoal, formado por pessoas que interagem por variados motivos, tais como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico".

Refere a autora que durante o processo de viver, a dinâmica familiar apresenta mudanças que envolvem as esperadas no decorrer do desenvolvimento e as mudanças situacionais ou acidentais, originadas no ambiente familiar e externo.

Com relação à formação, a família se apresenta sob os mais variados tipos: família nuclear, composta pelo pai, mãe e filhos; extensa ou ramificada, quando diferentes gerações são incluídas (Leonardo apud Elsen, 1994b). Algumas famílias incluem entre seus membros, além das pessoas ligadas por laços sanguíneos, também as pessoas com quem mantêm laços afetivos (Cartana apud Elsen, 1994b), enquanto outras consideram a família apenas seu círculo de amigos íntimos, com os quais não possuem nenhuma consangüinidade (Elsen, 1994b).

A família deve ser percebida levando em consideração não apenas o somatório de comportamentos, anseios e demandas individuais, mas como um processo interagente da vida e das trajetórias individuais de cada um de seus integrantes (Ferrari & Kaloustian, 1998).

Como chama atenção Althoff (1996), não há uma única forma de estrutura familiar, mas uma diversidade, com modos particulares de ser, encontrada na maioria da população. Desde os primórdios, ressalta a autora, as estruturas familiares sofrem modificações, de forma a atender às suas necessidades.

Entretanto, a despeito das mudanças ocorridas nos últimos séculos, proporcionando modificações em algumas regras estabelecidas, é ainda marcante

a característica que determinou a família como pertencente à esfera privada, a qual responsabilizava a mulher pelo cuidado dos filhos (Althoff, 1996).

Toda família tem uma história e cria a história, dentro da qual estabelece um nível de relacionamento com o ambiente, modificando-o e por ele sendo modificado. Os seres humanos têm liberdade em relação ao grupo familiar, e este tem liberdade em relação ao ambiente. Nesse contexto, a partir de uma determinada situação, a família estabelece seus próprios meios de encontrar soluções dentre os vários caminhos que se lhe apresentam para seguir e atingir seus objetivos, reagindo de modo diversificado em relação ao ambiente que a circunda, o que caracteriza o seu modo de interagir e influencia as relações estabelecidas (Carvalho apud Centa & Elsen, 1999).

A saúde é entendida, atualmente, não apenas como a ausência de doença. Falceto et al. (1996) citam que a saúde deve ser concebida como resultante da interação de determinantes biológicos, físicos, psicológicos, sócio-econômicos e culturais, além da oportunidade de acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse conceito amplo enfatiza a unicidade dos vários níveis de organização do homem: como indivíduo, como parte de uma família e de uma coletividade.

Com base nessa visão sistêmica de tratamento dos problemas de saúde, é fundamental que os profissionais de saúde enquanto equipe, conheçam métodos e técnicas de avaliação e orientação de famílias e as encarem juntamente com o paciente como contexto-problema e recurso terapêutico (Falceto et al., 1996).

A compreensão da família como cliente, no conjunto de seus membros, ao invés de levá-los em conta isoladamente, possui implícita a noção de sistema, que, por sua vez, significa integração e unidade (Araújo et al., 2000).

Nesse contexto, faz-se necessário ressaltar a enfermeira como parte essencial da equipe de saúde. Ela representa um potente instrumento na prevenção, promoção e recuperação da saúde, dada as suas funções múltiplas junto ao cliente, família e comunidade, além de sua flexibilidade de papéis.

A família representa, na verdade, uma parte essencial do cuidado de enfermagem. Tal fato é demonstrado nos estudos sobre a temática família, nos

depoimentos fornecidos por estudantes e enfermeiros, quando, porém, é evidenciada a dificuldade destes, em termos de aproximação com a família. Percebe-se, então, que a família está presente em cada um de nós, vivendo, inevitavelmente, momentos difíceis e demandando ações do enfermeiro, para ajudar a superá-los, inclusive com possibilidades de crescimento (Angelo, 1999).

Volker (1997) refere que o cliente para o qual a enfermeira proporciona serviços formalmente especializados, é representado pelo indivíduo, família, grupo ou comunidade. Coloca, também, que a família compreende pessoas que estão relacionadas ou que funcionam como grupo de apoio significativo para o cliente.

Segundo Elsen (1994b), apesar de a maioria dos enfermeiros considerar o indivíduo, a família e a comunidade como clientes, a prática do cuidar de famílias, entretanto, continua permeada de incertezas. Várias são as dúvidas que surgem quanto à especificidade da família, como cliente.

Simultaneamente à descoberta da impossibilidade de compreensão das situações de saúde e doença, a partir de um modelo unicausal, a enfermagem foi compreendendo, da mesma maneira, que o comportamento do ser humano, tanto em situações de saúde, como em situações de doença, sofre influências do contexto cultural, social e histórico. Logo, há necessidade de uma aproximação com outras ciências, tais como a antropologia, a sociologia, a psicologia e a história, dentre outras (Marcon & Elsen, 1999).

A família passou a ser centro para a atenção da enfermagem e, conseqüentemente, parte intrínseca do seu objeto de trabalho. Atualmente, a enfermagem busca o aprofundamento da investigação na área da família, para melhor prestar a sua assistência.

Nitschke (1999b) acentua que trabalhar com família significa não perdê-la do nosso foco, o que não quer dizer que devemos estar com todos os elementos da família ao mesmo tempo. É importante nunca perdê-la de vista enquanto rede de relações. Por outro lado, não significa que a individualidade seja esquecida; ao contrário, respeitá-la é condição essencial.

Elsen (1994a) evidencia que a enfermagem familiar requer um embasamento do assunto, além da interação com as famílias, para observação

das situações concretas vivenciadas por estas. A partir destes fatores, poderá ser dada uma maior ênfase ao crescimento da enfermagem familiar.

A partir da experiência com um Grupo de Pesquisa na área da Saúde da Família, Elsen (1994a, p. 50), pontua que "a enfermagem descobre que a família não é um recipiente passivo do cuidado profissional, mas, sim, um agente, sujeito do seu próprio processo de viver". A autora coloca que é importante, então, a busca de estratégias para trabalhar com a família, abrangendo todo o processo de assistir/cuidar.

Althoff (1999) refere que, apesar da prática com famílias constituir uma atividade desenvolvida pela enfermagem, desde os seus primórdios, durante muitos anos a enfermagem tradicionalmente vem centrando os seus estudos no indivíduo.

Entretanto, já não é suficiente a assistência ao indivíduo, considerando-o parte de um grupo (a família), mas mister se faz assistir à família, no seu todo. Esta, além de ser agente do cuidado de seus membros, também deve ser vista como objeto de cuidado dos profissionais de enfermagem e, logo, como seu objeto de trabalho (Marcon & Elsen, 1999).

Nesse sentido, há nítida concordância com o pensamento de Queiroz, Barreto e Barroso (1999), quando citam que a doença é uma conjunção de vários fatores, portanto, a relação entre a família e o profissional responsável pelo cliente, quanto mais harmônica for, maior será a possibilidade de superação dos conflitos, no curso da doença.

As autoras colocam, ainda, que a comunicação é um fator importante na arte do cuidar, podendo funcionar, também, como uma opção terapêutica. Nessa perspectiva, é fundamental que o enfermeiro desenvolva uma interação efetiva com a família do cliente, visando à participação harmoniosa de ambos, no processo de promoção, manutenção e recuperação da saúde.

A participação da família de que se trata, envolve a comunicação entre os componentes desta, como fator essencial de contribuição positiva para a saúde de seus membros. Seguindo essa linha de pensamento, Elsen (1994b), afirma que quando a família funciona como um sistema fechado, em termos de comunicação,

não interagindo com outros subsistemas, pode influenciar, negativamente, na saúde de seus membros, os quais poderão ter problemas para iniciar relações com outras pessoas não pertencentes ao círculo familiar.

Por outro lado, segundo a mesma autora, famílias saudáveis, que dão apoio aos seus membros, que são flexíveis às mudanças no seu funcionamento, para atender às suas necessidades, permitem que o indivíduo, quando portador de uma patologia, mantenha adesão ao tratamento, o que possibilitará sua reabilitação e/ou recuperação da saúde.

3.4 Família e pacientes portadores de câncer

Na família, os membros que participam do seu cotidiano, como agentes ativos ou passivos, precisam encarar os problemas que demandam cuidados de saúde, quer sejam de baixa, alta ou média complexidades; precisarão enfrentá-los, independentemente da existência ou não de preparo dos seus membros para esse fim específico (Fernandes & Mamede, 1999).

A doença, sabe-se muito bem, é um processo que termina por envolver todo o grupo familiar. Ressalte-se, ainda, que é dentro desse grupo que o indivíduo precisa encontrar as condições necessárias para a busca e manutenção da saúde. A saúde de cada um dos membros pode ser afetada pelos problemas intrafamiliares, contribuindo para agravar ou até desencadear patologias. A doença ou morte de um destes resulta em sofrimento para a família (Falceto et al., 1996).

Embora a saúde da família e a de seus membros sejam diferenciadas, elas se interligam, como, por exemplo, na situação de saúde/doença de um dos membros da família, terminando por afetar a saúde da família, como um todo (Marcon & Elsen, 1999).

Levando-se em consideração esta afirmativa, quando um membro da família é afetado por uma doença letal, como o câncer, a família é influenciada diretamente, podendo sofrer conflitos que, por sua vez, poderão gerar o seu desequilíbrio, ou por outro lado, o seu crescimento, com o aumento da coesão entre os membros que a compõem.

Deitos & Gaspar (1997), em estudo realizado, enfatizam o impacto que o câncer provoca tanto nos pacientes como nos familiares. Observaram os autores, baseados em literatura pertinente sobre o assunto, que os efeitos psicológicos da doença se estendem à família do paciente, aos amigos e até mesmo aos profissionais que convivem diretamente com o mesmo.

Belcher (1997) pontua que o diagnóstico de câncer ocasiona diversas reações nos membros da família da pessoa acometida pela doença, como também nas pessoas significativas para a mesma. Essas reações podem incluir: frustração, desamparo, culpa, pesar, proteção, medo, ocultação de emoções, incerteza, impotência, ambivalência, aumento da necessidade de ficar mais próximo e desejo da rápida recuperação.

Podem ocorrer, ainda, mudanças nos papéis e responsabilidades familiares, tais como: adoção de novos papéis ou aumento de responsabilidades; mudança nos níveis de dependência/independência; mudanças na rotina diária, dentre outros. A qualidade das relações compartilhadas com os membros da família, ou com outras pessoas significativas para a pessoa, afeta as respostas ao potencial risco de câncer ou ao diagnóstico real (Belcher, 1997).

A equipe de saúde necessita utilizar medidas que possam auxiliar o paciente oncológico, na manifestação de comportamentos adaptativos, incluindo questões relacionadas ao equilíbrio emocional, para o que é fundamental o estabelecimento de um clima de confiança entre os profissionais e o paciente. É necessário o uso do bom senso, no que se refere à comunicação do diagnóstico, uma vez que nem sempre convém expô-lo ao paciente. A família é parte importante neste processo, visto que pode contribuir e mediar a reação do paciente, a partir da sua própria reação.

De la Parra & Fodor (1992) ressaltam a impossibilidade de comunicar o diagnóstico de câncer a um paciente, contra a vontade dos familiares. Destacam, também, que não é ético comunicar o diagnóstico de câncer, indiscriminadamente, em todos os casos, nem ocultá-lo, sistematicamente, em todas as ocasiões.

Os autores ilustram a ocorrência de dificuldade de adaptação, tanto ao câncer, como aos tratamentos estabelecidos. A adaptação é importante para uma

melhor cooperação com o tratamento e um menor sofrimento psíquico dos pacientes oncológicos. Colocam os autores que uma reação emocional, capaz de impedir que o paciente busque ajuda ou siga o tratamento, representa uma conduta não adaptativa. Será, no caso, uma reação que causará mais sofrimento do que a própria doença e poderá aumentar os transtornos da patologia.

Com este paciente, mais do que qualquer outro, não é suficiente responder as dúvidas manifestadas com conceitos ou outras palavras, promover encontros e fazer visitas ou atender a chamadas telefônicas; é necessário saber discernir o que há por trás dessas dúvidas expressas, para que se torne possível respondê-las de modo mais adequado e eficaz. É exatamente para esse ponto que os profissionais de saúde devem dirigir sua atenção (García, 1992).

Stuart, García e Figueroa (1992), referem que toda a família, frente ao diagnóstico de uma doença crônica, enfrenta uma série de tensões excessivas e necessidades que interferem nas relações dentro da unidade familiar e, mais além dessa unidade, podendo estender-se ao ambiente social no qual está inserida.

O sucesso do tratamento de uma doença está na dependência, muitas vezes, do entendimento da dinâmica familiar e da função que a doença cumpre na família e, mais precisamente, junto ao próprio paciente. O envolvimento da família, no tratamento, torna a intervenção mais efetiva e multiplica os recursos de auxílio ao paciente (Falceto et al., 1996).

A enfermagem, na sua prática assistencial com família, depara-se com diversas dificuldades, uma vez que, embora busque uma interação efetiva com esta, compreendendo a importância de suas crenças e valores no processo saúde-doença, enfrenta situações complexas, geradas pela incompatibilidade prática, entre o que é definido pelas políticas sociais e de saúde e sua aplicabilidade (Althoff, 1996).

Acrescenta a autora que apesar das mudanças ocorridas nas estruturas familiares, ao longo do processo histórico, a família é considerada o espaço mais adequado para o crescimento e desenvolvimento humano.

Estudando a dinâmica familiar em crianças portadoras de doença neoplásica, Stuart, García e Figueroa (1992) perceberam a presença de efeitos

psicológicos nos familiares, tais como: depressão, ansiedade, medo e frustração, repercutindo nas esferas pessoal (sentimentos de culpa, desespero), social (retração) e matrimonial/sexual.

Ditos autores assinalam que o diagnóstico de uma doença oncológica, em uma criança, representa um sério problema, do ponto de vista psicológico, para toda a família, cada componente reagindo de maneira diferente, diante de tal acontecimento, variável, de forma, até certo ponto abrupta, segundo a situação e interação da família.

A família do paciente oncológico é vista, muitas vezes, como um problema, seja por sua ausência ou demasiada presença (García, 1992). De la Parra & Fodor (1992) enfatizam que se o paciente e seus familiares compreendem as implicações da doença e do tratamento, é possível conseguir uma boa cooperação por parte do paciente.

3.5 Mastectomia no contexto familiar

Conforme foi enfatizado, a mastectomia afeta não apenas a mulher doente, estendendo-se ao âmbito familiar, ao contexto social em que está inserida, inclusive ao seu grupo de amigos. A família sofre o impacto do diagnóstico, juntamente com a mulher, se potencializando com a indicação da mastectomia e tratamentos associados.

Em se tratando do câncer de mama, a família que possui um portador desse tipo de câncer requer uma maior atenção, em virtude do caráter crônico e da gravidade de que se reveste a doença, além do significado social e impacto psicossocial que o estigma dessa doença representa para a mulher e para seus familiares (Fernandes & Mamede, 1999).

Fernandes (1997) coloca que a constatação de um diagnóstico de câncer gera ou potencializa os problemas familiares. As crises exigem um relacionamento mais participativo, havendo a necessidade de diálogos mais freqüentes e abertos, mesmo porque, neste momento, existe, realmente, algo muito diferente sobre o que conversar. Ressalta, também, que a doença gera problemas que afetarão o âmbito familiar e social da mulher.

Após a confirmação do diagnóstico de carcinoma mamário, a família necessita tomar decisões para conviver com a doença. Ao mesmo tempo, é importante enfatizar que em situações de crise, muitas vezes, a família acaba por mostrar uma certa inabilidade para tomar decisões e um certo temor em falar abertamente sobre o assunto (Fernandes & Mamede, 1999).

A mastectomia produz alterações consideráveis no cotidiano da mulher, haja vista ser uma cirurgia que requer um certo tempo para a mulher voltar às suas atividades normais, além do que, influencia, fortemente, o seu equilíbrio emocional, podendo incorrer em sentimentos negativos como depressão, tristeza, isolamento social, dentre outros.

Essas conseqüências refletem-se bastante no ambiente familiar da mulher, por ser neste ambiente que ela permanece, a maior parte de seu tempo, o que concorre para que a família também passe por situações difíceis que, se não contornadas, poderão prejudicar sua integridade e afetar o processo de reabilitação da mulher.

Rodrigues (1999) observou em estudo realizado com mulheres mastectomizadas, que o suporte emocional oferecido, por parte de familiares e amigos, auxilia a mulher na recuperação. Este pode ser oferecido em forma de palavras, gestos, dentre outros comportamentos. Entretanto, não raramente, isso pode se tornar difícil, dado que os familiares nem sempre conseguem proporcionar o devido apoio a essa mulher, implicando o fato, de forma negativa, no surgimento de respostas desfavoráveis ao seu ajustamento à condição de mastectomizada.

Reforçando tal afirmativa, Melo (1999) evidenciou, através do estudo com mulheres mastectomizadas, em tratamento quimioterápico, que a família é acometida de um desequilíbrio, em função do abalo sofrido com a doença e com os tratamentos indicados, anulando sua capacidade para oferecer o apoio que a mulher tanto necessita, conforme nos deixa perceber a fala de uma das pacientes pesquisadas, ao se referir ao apoio recebido pela família: *"Nada. Nada. Eles ficam tão nervosos que fazem barulho, fazem tudo que eu não gosto. Choram... ficam tristes"*. Situações como a relatada, podem, de fato, vir a acarretar prejuízos na recuperação da mulher.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Justificando a escolha da teoria de adaptação

A vida não constitui um processo estático, mas dinâmico. Daí a pessoa dever se adaptar, constantemente, às mudanças ocorridas durante o seu ciclo vital, a fim de garantir a manutenção do próprio equilíbrio. Não é fácil, porém, para o indivíduo, deparar-se com acontecimentos novos, pois tudo que é desconhecido costuma gerar medo e ansiedade.

O comportamento é uma característica própria de cada indivíduo. Via de regra, todos nós temos uma maneira individual e costumeira de agir. Todavia, devido à possibilidade do surgimento de mudanças, ao longo da vida, o processo de adaptação a estas se torna um imperativo. Quando experiências que nos causam ansiedade são vivenciadas, a reação mais comum se faz através da utilização de mecanismos de defesa que implicam em modificações nos hábitos (Rodrigues et al., 1996).

Citam as mesmas autoras que toda situação nova exige atitudes diferentes, relacionadas ao problema ocorrente. As pessoas agem conforme a demanda do momento e procuram adaptar suas atitudes às necessidades exigidas pela situação, relacionadas a aspectos físicos, psicológicos, dentre outros.

Kaplan & Sadock (1993) colocam que a ansiedade é uma reação a uma ameaça física ou psicológica, percebida pela pessoa como perigo. Para controlar a ansiedade, são utilizados diversos mecanismos de defesa que refletem alterações no dia-a-dia.

A doença é um fator desencadeante de crises na vida de cada um, como também na dinâmica familiar, sendo um condicionante, muitas vezes, de alterações físicas, comportamentais e/ou emocionais. É importante que os determinantes destas alterações sejam trabalhados através de atitudes positivas, a fim de que não incorram em desequilíbrio, relacionado tanto à pessoa como à família.

A situação de saúde/doença de um dos membros afeta a saúde familiar. É visível o fato de que uma doença grave pode alterar a dinâmica familiar. Os papéis precisam ser redimensionados e o estresse que permeia as relações interpessoais

controlado, para que não gere uma situação de crise na unidade familiar (Elsen, 1994a).

A mastectomia se configura, então, como uma intervenção cirúrgica que ocasiona mudanças, decorrentes não apenas de processos físicos, mas também psicológicos. Isso vem a alterar o cotidiano da mulher no que diz respeito à realização de atividades físicas, trabalhos domésticos rotineiros, trabalhos profissionais, além de alterar seu espaço social, envolvendo relacionamentos pessoais, familiares e conjugal.

Toda essa problemática pode estar associada à valorização que é dada ao órgão mamário pela mulher e pela sociedade. Esse fato deve-se à representação importante que a mama tem na imagem da mulher, caracterizando sua beleza.

Fernandes (1997) cita que a retirada de uma parte do corpo da mulher, especialmente a mama, que é um órgão de fundamental importância na formação da identidade feminina, modifica sua identidade, refletindo na estrutura da família, visto que a mulher poderá ficar com a auto-estima abalada, afetando a sua imagem corporal.

De acordo com o Modelo de Adaptação, proposto por Sister Callista Roy, as pessoas constituem sistemas abertos, que mantêm interação contínua com seus ambientes, conseqüentemente ocorrendo mudanças internas e externas. As pessoas recebem estímulos constantemente, os quais exigem respostas que podem ser adaptativas ou ineficazes. As respostas adaptativas contribuem para a integridade da pessoa (Roy & Andrews, 1999).

Nesse contexto, a família também pode ser considerada um sistema, sofrendo a influência de estímulos, com exigência de respostas. Logo, há necessidade de adaptação contínua às mudanças, para manutenção de sua integridade.

Diante do exposto, observa-se que a Teoria de Adaptação de Roy enquadra-se, perfeitamente, neste estudo, pelo sentido que apresenta, em termos de oferecimento de subsídios para uma melhor observação e análise da reação causada pela mastectomia no contexto familiar da mulher, ressaltando as

dificuldades percebidas pelos familiares e como estes se comportam no enfrentamento das mesmas.

Neste estudo, trabalhou-se, predominantemente, com os modos de desempenho de papéis e de interdependência, visto que os mesmos se articulam aos papéis ocupados pela pessoa e seus relacionamentos.

4.2 Aspectos teóricos e conceituais da teoria de adaptação

Sister Callista Roy iniciou seu trabalho referente ao modelo de enfermagem, ainda como estudante de graduação, juntamente com Doroty E. Johnson, no período de 1963 a 1966, na Escola de Enfermagem, da Universidade da Califórnia, em Los Angeles, a qual serviu de campo para a realização da primeira descrição formal sobre o modelo. As origens do modelo partiram de experiências pessoais e profissionais de Roy (Roy & Andrews, 1999).

Em 1970 é publicado o primeiro artigo sobre o modelo, intitulado "Adaptation: a conceptual framework for nursing". Nesse mesmo ano, o modelo é implementado como base no currículo de bacharelado em Mount St. Mary's College em Los Angeles (Roy & Andrews, 1999). Em 1971 é publicado o artigo "Adaptation: a basis for nursing practice".

Durante as décadas seguintes, mais de 1500 estudantes do Mount St. Mary's College auxiliaram na clarificação, refinamento e desenvolvimento dos conceitos básicos do modelo de adaptação de Roy para a enfermagem. Durante o ano de 1990, como docente e teórica da faculdade de Boston, Roy deu ênfase aos movimentos contemporâneos, acerca dos conhecimentos de enfermagem e imprimiu continuidade na integração da espiritualidade, com uma compreensão da enfermagem na promoção de adaptação.

O referido modelo é constituído por quatro elementos essenciais: a pessoa que recebe o cuidado de enfermagem; o conceito de ambiente; o conceito de saúde; e a meta de enfermagem. Dentro destas áreas, o modelo apresenta conceitos, com esclarecimentos individuais e definição de suas relações.

❖ A pessoa

Roy afirma que o receptor do cuidado de enfermagem é representado pelos seres humanos, tanto de forma individual, como coletiva, tais como: família, grupos, organizações, comunidades e sociedade, como um todo (Roy & Andrews, 1999).

Roy descreve a pessoa, em termos de sistema adaptativo holístico. O termo holístico baseia-se no fato de que o sistema humano funciona como um conjunto unificado, sendo mais do que a simples soma de suas partes. As pessoas representam unidade em diversidade. O termo adaptativo refere-se à capacidade que a pessoa tem de ajustar-se, efetivamente, às mudanças do meio ambiente (Roy & Andrews, 1999).

As autoras afirmam que, para a compreensão do sistema adaptativo da pessoa, é importante entender o significado do termo sistema. Este é definido como o grupo de partes relacionadas para funcionar como um conjunto, objetivando propósitos. Assim, o sistema existe em virtude da interdependência de suas partes.

O sistema adaptativo é formado pelos seguintes elementos: input (estímulos), output (respostas), controle (mecanismos de enfrentamento) e feedback ou retroalimentação.

Estímulo é definido, no caso, como aquilo que desencadeia uma resposta. É o foco de interação entre sistema humano e ambiente. Os estímulos podem se originar do ambiente externo (estímulo externo) ou do ambiente interno (estímulo interno). Certos estímulos podem constituir estímulos internos específicos, o nível de adaptação.

Nível de adaptação representa a condição dos processos de vida e afeta a habilidade do sistema humano em responder, positivamente, a uma situação. As respostas das pessoas (output) ocorrem em função dos estímulos (input) e do nível de adaptação. Três níveis são descritos por Roy: integrado, compensatório e comprometido (Roy & Andrews, 1999).

O nível integrado constitui as estruturas e funções do processo de vida, trabalhando, conjuntamente, com o intuito de satisfazer às necessidades

humanas. O compensatório ativa os mecanismos regulador e cognoscente, com vistas à produção de mudança no processo integrado. O nível de adaptação torna-se comprometido, quando ambos os níveis citados são inadequados, o que poderá resultar em um problema de adaptação.

Roy, em seu modelo, descreve três classes de estímulos que interagem com as pessoas: focal, contextual e residual.

Estímulos focais são estímulos internos ou externos que confrontam imediatamente a pessoa. Estímulos contextuais são todos os outros estímulos, presentes na situação, contribuindo, estes, para o efeito do estímulo focal. Estímulos residuais são fatores internos ou externos que influenciam a situação. Entretanto, os seus efeitos são indefinidos (Roy & Andrews, 1999).

Os estímulos, em referência, ativam mecanismos de enfrentamento (controle), que são definidos como mecanismos inatos ou adquiridos, para responder a mudanças do ambiente. Mecanismos de enfrentamento inatos são geneticamente determinados ou comuns para a espécie, considerados, geralmente, processos automáticos, não tendo as pessoas nenhum controle sobre eles. Mecanismos de enfrentamento adquiridos são desenvolvidos através de estratégias, tais como o aprendizado. As experiências de vida contribuem, por sua vez, para respostas a um estímulo particular. As respostas decorrentes dos mecanismos de enfrentamento adquiridos são deliberadas e conscientes.

Os mecanismos de enfrentamento desencadearão respostas (output), as quais podem ser classificadas em adaptativas ou ineficazes. Respostas adaptativas são todas aquelas que promovem a integridade da pessoa, em termos de adaptação: sobrevivência, crescimento, reprodução e controle. Respostas ineficazes são todas as que não promovem esta integridade, como também não contribuem para as metas de adaptação (Roy & Andrews, 1999).

Considerando o indivíduo como um sistema adaptativo, o modelo de Roy categoriza os mecanismos de enfrentamento, inato e adquirido, dentro de dois subsistemas maiores: o subsistema regulador e o subsistema cognoscente. O regulador responde, automaticamente, através dos canais neural, químico e endócrino. A resposta do cognoscente vem através dos quatro canais cognitivo-

emocionais: processo de percepção e informação, aprendizagem, julgamento e emoção. O processo de percepção e informação inclui atividades de atenção seletiva, codificação e memória.

No que se refere a grupos, Roy categorizou os mecanismos de controle como subsistema estabilizador e inovador, correspondendo aos subsistemas regulador e cognoscente, associados ao indivíduo. O subsistema estabilizador objetiva a manutenção do sistema e envolve o estabelecimento de estruturas, valores e atividades diárias que os participantes desenvolvem como contribuição às propostas comuns da sociedade. O inovador envolve as estruturas e processos para mudança e crescimento no sistema social humano. Como o cognoscente, engloba respostas de natureza cognitiva e emocional, para responder às mudanças do ambiente.

Apesar dos subsistemas, descritos anteriormente, serem essenciais para a resposta da pessoa, não é possível observar, diretamente, o funcionamento dos mesmos. Somente as respostas manifestadas podem ser observadas. Os comportamentos resultantes dos processos de controle podem ser observados através dos quatro modos adaptativos. Esses quatro modos, inicialmente desenvolvidos para indivíduos, foram se expandindo para abranger grupos. Roy classificou os quatro modos como: fisiológico ou físico, autoconceito ou identidade grupal, desempenho de papéis e interdependência.

Através da observação dos comportamentos da pessoa, em relação aos quatro modos adaptativos, a enfermeira pode identificar as respostas adaptativas e ineficazes nas situações de saúde e doença (Roy apud Galbreath, 2000).

O modo fisiológico aplica-se a indivíduos. Para o indivíduo, o modo fisiológico tem nove componentes, representados por cinco necessidades básicas: oxigenação, nutrição, eliminação, proteção, atividade e repouso, juntamente com os quatro processos complexos envolvidos nesse modo, que incluem: sentidos; líquidos e eletrólitos; função neurológica e função endócrina. Para grupos, é mais apropriado usar o termo físico, correspondendo ao primeiro modo adaptativo. Em nível de grupo, esse modo relaciona-se à maneira como o sistema adaptativo manifesta adaptação quanto à utilização de recursos básicos, participantes,

facilidades físicas e recurso fiscal. A necessidade básica associada a esse modo é a integridade operacional ou o todo ativado por adaptação a mudanças em recursos operacionais requeridos (Roy & Andrews, 1999).

O modo de autoconceito corresponde a um dos modos psicossociais de manifestação de comportamento e enfoca aspectos psicológico e espiritual da pessoa, tendo como necessidade básica a integridade psíquica e espiritual. Esse modo é descrito como o conjunto de crenças e sentimentos que a pessoa tem de si mesma, em determinado momento, sendo compostos por: self-físico, que inclui sensação corporal e imagem corporal; self-pessoal, constituído pelo self-consistência, self-ideal e self-ético-moral-espiritual (Roy & Andrews, 1999).

No que concerne a grupos, correspondendo ao segundo modo, utiliza-se o termo identidade grupal. A integridade da identidade é a necessidade básica relacionada a esse modo. Nele estão incluídos os relacionamentos interpessoais, auto-imagem no grupo e cultura.

O modo de desempenho de papel é o segundo dos modos psicossociais e pode ser aplicado a indivíduos e grupos. Na perspectiva do indivíduo, esse modo enfoca os papéis desempenhados por este na sociedade. A necessidade básica é identificada como integridade social.

Dentro do grupo, os papéis representam o veículo, através do qual as metas do sistema social são atualmente desempenhadas, estando ditos papéis associados à infra-estrutura do grupo. Nesse sentido, o modo da função de papéis inclui as funções de administração, o manejo das informações, a tomada de decisões e a manutenção da ordem. A necessidade básica associada a esse modo em grupos é a clareza do papel (Roy & Andrews, 1999).

O último modo adaptativo descrito por Roy é o modo de interdependência, definido como relações estreitas entre as pessoas. Para o indivíduo, as relações envolvem o querer e a habilidade de amar, respeitar e valorizar os outros, bem como aceitar e responder ao amor, ao respeito e ao valor dado pelos outros. A necessidade básica é a integridade das relações, sentimento de segurança no surgimento das relações. Em termos de grupo, o modo de interdependência está

associado ao contexto social em que este está inserido e envolve relacionamentos particulares e comuns dentro do próprio grupo e em grupos externos.

Segundo o modelo de adaptação, as necessidades interdependentes são alcançadas por meio de relacionamentos com os outros. No que se refere ao indivíduo, essas relações são desenvolvidas com o outro significativo, descrito como uma ou mais pessoas que representam grande importância e significado maior para a pessoa; e sistemas de apoio, representados por pessoas, grupos ou comunidades que contribuem para satisfazer a necessidade da pessoa. Para grupos, os componentes incluem o contexto, a infra-estrutura e os recursos.

❖ **Ambiente**

O segundo maior conceito do modelo de adaptação de Roy diz respeito ao ambiente e é compreendido como o mundo interno e em torno da pessoa, na condição de sistema adaptativo. De acordo com o modelo, os sistemas humanos interagem com as mudanças do ambiente e manifestam respostas adaptativas. Para os seres humanos, a vida nunca é a mesma, ou seja, está em constante mudança, expressando novos desafios. O sistema humano possui habilidade para produzir novas respostas a essas condições de mudanças. Como o ambiente produz mudanças, permanentemente, a pessoa tem oportunidade para crescer, desenvolver-se e transformar os propósitos de sua vida (Roy & Andrews, 1999).

O ambiente inclui todas as condições, circunstâncias e influências que cercam e afetam o desenvolvimento e comportamento da pessoa como sistema adaptativo. Vale ressaltar que a pessoa pode ser representada como o indivíduo, família, grupo ou comunidade.

❖ **Saúde**

Roy define saúde como o processo e estado de ser e se tornar uma pessoa integrada e total. A integridade está relacionada à capacidade da pessoa para alcançar as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e controle.

❖ **Meta de enfermagem**

A atividade de enfermagem, dentro do Modelo de Adaptação de Roy, envolve a avaliação do comportamento e dos estímulos que influenciam a adaptação do indivíduo. Os julgamentos de enfermagem são baseados na

ção dos comportamentos e estímulos, sendo as intervenções planejadas no de administrar esses estímulos.

Roy define a meta de enfermagem como a promoção de respostas vivas em cada um dos quatro modos adaptativos, contribuindo, dessa a, para a saúde, qualidade de vida ou morte com dignidade (Roy & s, 1999).

METODOLOGIA



5 METODOLOGIA

5.1 Natureza do estudo

Estudo de natureza descritiva que de acordo com Triviños (1987) enfoca, essencialmente, o conhecimento sobre um determinado grupo, suas características, a forma como são manifestadas suas reações.

Este tipo de estudo tem o intuito de descrever, detalhadamente e com precisão, os fatos e fenômenos de determinada comunidade, além de procurar descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características (Triviños, 1987; Cervo & Bervian, 1996).

Propõe-se, portanto, no presente estudo, a descrição sobre os comportamentos da família da mulher mastectomizada, diante do processo cirúrgico, a fim de um maior aprofundamento acerca do apoio recebido pela mulher e da participação da família, julgada da maior importância.

Polit & Hungler (1995) afirmam que os estudos descritivos podem ser de grande valor para a enfermeira, uma vez que aprofundam o conhecimento sobre determinado fenômeno.

5.2 Caracterização do local da pesquisa

Como local para desenvolvimento da pesquisa, foi selecionada uma instituição especializada em oncologia, de caráter filantrópico, localizada em Fortaleza-Ceará. Nesta, se deu o 1º. contato com a mulher mastectomizada, visando à obtenção do seu consentimento, para a visita à sua família. Foi aplicado um roteiro de entrevista (anexo 02) para o conhecimento de dados sobre a estrutura familiar da mulher, bem como de sua percepção quanto à reação de seus familiares, a fim de identificar o informante que mais se adequasse.

A referida instituição atende a uma clientela de nível sócio-econômico, grau de instrução e procedência variadas, prestando assistência durante o pré, trans e pós-operatório e oferecendo tratamentos adjuvantes: a radioterapia, a quimioterapia e a hormonioterapia. Realiza, também, acompanhamento médico e de enfermagem, no pós-operatório tardio, a fim de prevenir o aparecimento de complicações ou diagnosticar possíveis recidivas, precocemente.

Após a autorização da mulher, pela assinatura de um termo de consentimento (anexo 04), o estudo se estendeu à sua residência, localizada em diferentes bairros de Fortaleza e região metropolitana, sem distinção quanto à localização e nível sócio-econômico.

5.3 Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 15 familiares das mulheres mastectomizadas, identificados no contato inicial com a mulher, durante o atendimento destas na instituição. Não foram levados em consideração aspectos relativos a grau de instrução, sexo ou nível sócio-econômico.

O informante foi determinado levando em conta a afinidade e proximidade com a mulher, bem como o fato de ter sido essa pessoa que lhe prestou mais cuidado, como também a que permaneceu a maior parte do tempo com a mesma. Essa pessoa representou a família da mulher. No entanto, é pertinente colocar que, apesar do informante ser representado por uma pessoa, não havia impedimento de um outro familiar que estivesse presente no momento da entrevista respondesse ao que foi solicitado.

Vale ressaltar que o informante também assinou um termo de consentimento demonstrando a sua concordância em participar do estudo (anexo 05).

O número de entrevistas foi definido de acordo com a saturação dos depoimentos contidos em todas elas, ou seja, no momento em que estes apresentaram convergências e semelhanças, a coleta foi dada como satisfatória.

Nesse sentido, é válido salientar que em uma abordagem qualitativa, há uma preocupação maior com o aprofundamento e a abrangência da compreensão, sem levar em consideração a generalização e o critério numérico, característico da abordagem quantitativa (Minayo, 1999).

5.4 Procedimentos para coleta de dados

Os dados foram coletados através de 15 visitas domiciliares, iniciadas após o contato com a mulher, conforme exposto anteriormente.

Durante a visita, realizada mediante o consentimento da mulher, aplicou-se um roteiro (anexo 03), a fim de identificar os estímulos da família ao processo

adaptativo à doença e ao tratamento, como um todo. Este foi baseado na proposta de Christensen (1995), que enfatiza o modelo de adaptação de Roy, contemplando, especificamente, os modos de desempenho de papéis e interdependência. O roteiro foi composto por dados de identificação e dados relacionados à experiência da cirurgia para os familiares, além de observações complementares, acerca da reação do informante, no momento em que as perguntas eram colocadas.

A entrevista foi do tipo semi-estruturada que, segundo Sousa (1998), é organizada a partir de uma ordem pré-estabelecida pelo entrevistador e possui, além de perguntas diretas, outras que dão uma certa liberdade ao entrevistador.

Nessa perspectiva, o roteiro de entrevista foi seguido no decorrer da entrevista, entretanto, de maneira flexível, uma vez que no momento em que era sentida a necessidade de inserir uma pergunta não formulada previamente, esta era colocada ao entrevistado de forma natural.

Minayo (1999) salienta que a investigação qualitativa exige atitudes fundamentais, tais como: a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo e com os atores sociais envolvidos.

Para tanto, afirma a autora, os instrumentos desse tipo de investigação costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando às finalidades da investigação. Porém, é necessário seguir para as atividades de campo com as formas de realização previstas, para não incorrer em riscos decorrentes da improvisação.

A coleta foi realizada durante os meses de junho a agosto de 2000, período em que o projeto já se apresentava devidamente fundamentado e aprofundado. Inicialmente, durante a visita domiciliar, foram dadas explicações aos participantes, acerca da finalidade da pesquisa. Após a concordância, através da assinatura do termo de consentimento, procedeu-se à entrevista. Os depoimentos foram gravados, conforme autorização dos participantes e as observações pertinentes foram anotadas, imediatamente após o término da entrevista.

Os entrevistados tiveram liberdade de expressão, sem que, necessariamente, fosse a entrevista seguida à risca. A autora se propôs a manter

uma boa interação com o depoente, de forma que favorecesse a colocação de sua experiência.

Com o intuito de preservar a identificação dos participantes do estudo, os mesmos receberam nomes fictícios, para uma melhor organização e compreensão dos depoimentos.

5.5 Organização e análise dos dados

De início, as entrevistas foram transcritas, na íntegra, através de escuta exaustiva, para uma maior fidedignidade dos dados.

Os depoimentos foram organizados tendo como base a análise de conteúdo que, segundo Bardin (1977), constitui um conjunto de técnicas de análise das comunicações, empenhado em obter, mediante o uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores capazes de possibilitar a inferência de conhecimentos acerca destas mensagens.

Rodrigues & Leopardi (1999) referem que este método de análise, de indiscutível importância em pesquisa, vem sendo privilegiado em investigações na saúde. Os procedimentos envolvidos na análise de conteúdo, segundo as autoras, são estruturados de forma a promover uma organização dos dados, através de fases ou etapas, as quais levam a um resultado estruturalmente organizado do seu conteúdo.

Dentre as técnicas de análise de conteúdo citadas por Bardin (1977), a opção foi feita pelo trabalho com a análise temática, a qual engloba uma série de relações, podendo ser apresentada por meio de uma palavra, uma frase, um resumo. Segundo esta autora, a análise temática consiste na descoberta de núcleos de sentido presentes em uma comunicação. O tema corresponde a uma unidade de significação, que emerge de um texto analisado, de acordo com critérios associados à teoria que serve de guia à leitura.

A análise desenvolveu-se em três etapas: 1ª - Pré-análise, 2ª - Exploração do material e 3ª - Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A primeira etapa ou pré-análise consistiu em selecionar os documentos a serem analisados, na retomada e adequação das hipóteses ao material coletado e na elaboração de indicadores para orientar a interpretação final dos dados.

Nesta etapa, foram levadas em consideração algumas fases. Na primeira, designada leitura flutuante, foi estabelecido o contato com os documentos, ou seja, as entrevistas dos familiares, com o intuito de aprofundar o conhecimento acerca do seu conteúdo, deixando-se invadir por impressões acerca da reação dos mesmos à mastectomia, o que proporcionava uma orientação para a análise. À medida que a leitura ia avançando, as idéias sobre o processo adaptativo da família tornavam-se mais precisas, em função de hipóteses emergentes da análise dos depoimentos e da projeção do referencial teórico adaptado sobre o material.

A seguir passou-se à fase de escolha dos documentos, na qual foi realizada a constituição do corpus, ou seja, a organização dos documentos tidos em conta para serem submetidos à análise. A constituição do corpus foi realizada, considerando-se a exaustividade dos depoimentos, a representatividade destes referentes à amostra, a homogeneidade relacionada ao conteúdo das mensagens e a pertinência frente aos objetivos do estudo.

A referenciação dos índices contidos nas entrevistas e elaboração dos indicadores correspondentes foi o passo subsequente. Os textos procedentes das entrevistas dos familiares correspondem a uma manifestação contendo índices que a análise tornará evidente. Nesse sentido, o trabalho preparatório consistiu na escolha dos índices e sua organização sistemática em indicadores.

Por último, finalizando a etapa de pré-análise, deu-se a preparação do material. Conforme enfatiza Bardin (1977), antes de enveredarmos para a análise propriamente dita, devemos preparar todo o material disponível a esta, uma vez que se trata de uma preparação material e, eventualmente, formal.

Vale enfatizar que, apesar de ter-se seguido uma série de etapas no decorrer da pré-análise deste estudo, não significa que ocorreu uma obediência cronológica, pois algumas etapas estavam estreitamente ligadas e relacionadas e, assim, interpunham-se entre si.

Nesse sentido, a preparação do material aconteceu no decorrer de toda a fase de pré-análise. As entrevistas transcritas na íntegra, a construção do corpus e a leitura dos enunciados, para posterior escolha dos índices destacados nas

entrevistas, e agrupamento em indicadores correspondentes, dentre outros pontos, foram contemplados na pré-análise.

Depois de concluídas as diversas operações da pré-análise, já referenciadas anteriormente, chegou-se à fase de análise, literalmente. Esta fase, como afirma Bardin (1977), não é nada mais, nada menos, do que a administração sistemática das decisões tomadas sobre o conteúdo das entrevistas. Assim, nessa fase, foi dado início ao processo de codificação, com base no material preparado, o qual foi realizado de acordo com a pertinência dos índices. Em seguida veio a categorização, que consistiu na organização dos índices e indicadores em duas categorias teóricas, as quais foram divididas em três e duas subcategorias, respectivamente, e por último, a inferência sobre o conteúdo de cada categoria.

A exploração do material corresponde à codificação, com o intuito de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Esta foi realizada através do agrupamento dos depoimentos em unidades de contexto, após o qual foi feito o recorte dos mesmos, em unidades de registro. Estas serviram como guia de compreensão para a codificação das unidades de registro (Bardin, 1977).

A autora coloca que a unidade de registro corresponde à unidade de significação a codificar, sendo representada pelo segmento de conteúdo considerado como unidade de base para a categorização.

Neste estudo, as unidades de registro foram tomadas como ponto de orientação, para definição do tema, visto estar a análise temática servindo de guia para a organização e análise dos dados. O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.

Considerou-se, para a categorização, não a frequência de aparição dos temas, mas a presença ou ausência dos mesmos. Bardin (1977) ressalta que o que caracteriza a análise qualitativa é o fato de a inferência ser fundada na presença do índice (tema) e não sobre a frequência de seu aparecimento.

Quando na etapa de exploração do material, levou-se duas categorias teóricas, determinadas previamente, em que os elementos do texto foram repartidos à medida que foram sendo encontrados e enquadrados nestas

categorias. No decorrer desse processo, foram emergindo subcategorias, à proporção que os dados foram sendo classificados.

A terceira etapa, envolvendo tratamento dos resultados obtidos e interpretação, colocou em relevo as informações obtidas, sendo então propostas inferências e realizadas as interpretações sobre a problemática do estudo, de acordo com o quadro teórico.

5.6 Aspectos éticos da pesquisa

A fase de coleta de dados desta pesquisa, somente foi iniciada após sua apreciação e aprovação pelo comitê de ética em pesquisa (COMPEPE) da Universidade Federal do Ceará (anexo 6).

O conhecimento da instituição, acerca da pretendida execução do estudo, deu-se pelo encaminhamento de um ofício ao diretor (anexo 01), acompanhado de um resumo do projeto.

Concedida a autorização, foi feita uma apresentação à enfermeira responsável pelos setores de radioterapia, quimioterapia e, também, às fisioterapeutas, na intenção de ser criado um clima de empatia. Em seguida, foi realizado o contato com a cliente, durante o qual foi feita uma breve explicação sobre o estudo e aplicação do roteiro de entrevista, no intuito de ser obtida autorização para visita à família. A autorização foi dada através da assinatura de um termo de consentimento pela mulher (anexo 04). Nessa oportunidade, foi marcado o dia em que poderia ser realizada a visita domiciliar, sendo este confirmado por telefone.

Durante a visita domiciliar, o informante recebeu informações mais aprofundadas sobre a pesquisa, sendo a sua aceitação garantida mediante a assinatura de um termo de consentimento, previamente elaborado pela entrevistadora (anexo 05).

Polit & Hungler (1995), enfatizam que, através do consentimento autorizado, os sujeitos adquirem informações referentes à pesquisa e, assim, poderão ou não consentir, voluntariamente, em participar da pesquisa.

Foram garantidos, a essas famílias, o anonimato e a livre participação na pesquisa. Qualquer uma delas poderia desistir da participação, sem nenhuma

perda da seqüência do tratamento, como também da assistência de enfermagem que a mulher mastectomizada, objeto central da pesquisa, estivesse a necessitar.

5.7 Financiamento

A pesquisa foi financiada pela Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), em colaboração com o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

6 ANÁLISE DOS DADOS

6 ANÁLISE DOS DADOS

6.1 Caracterizando os participantes

Os familiares entrevistados foram escolhidos segundo a proximidade e/ou afinidade com a mulher mastectomizada, com prioridade para o que lhe dispensou mais cuidado, considerando ainda o fato de ter sido a pessoa com mais tempo de permanência junto à mulher, durante o processo de recuperação. Esse familiar foi denominado informante, tendo sido entrevistado como representando a família da mulher, conforme referido na metodologia.

De acordo com o grau de parentesco, seis dos familiares eram filhos, quatro irmãos, duas mães, dois maridos e uma neta, totalizando 15 informantes. Quanto ao sexo, a amostra foi composta por doze mulheres e três homens.

A faixa etária dos entrevistados variou de 20 a 76 anos de idade, onde quatro tinham entre 20 e 30 anos; seis entre 34 e 45 anos; dois na faixa etária de 48 a 55 anos e três entre 67 a 76 anos.

Quanto ao grau de escolaridade, muitas foram as variações: analfabetos (01), semi-alfabetizados (02), ensino fundamental incompleto (05), ensino fundamental completo (01), ensino médio completo (04), superior incompleto (01) e superior completo (01).

No que se refere à religião, predominou a católica, da qual eram seguidores 11 dos 15 entrevistados; três eram evangélicos e um seguidor do espiritismo. A religião foi citada como representando um importante mecanismo de enfrentamento em todo o processo da doença, contribuindo para a manifestação de comportamentos adaptativos.

Os informantes também foram questionados quanto à participação na renda familiar da mulher, mais precisamente, se lhe prestavam ajuda financeira. Percebemos que apenas quatro não contribuem nessa renda. O restante, correspondendo a 11, têm participação, embora nem sempre seja a principal fonte.

O quadro, a seguir, representa um resumo dos dados de identificação dos informantes, incluindo, também, o tempo de cirurgia e a idade da mulher.

Informante						Mulher	
Nº	Nome	Idade	Parentesco	Religião	Escolaridade	Tempo mastectomizada	Idade
1	Mara	75	Mãe	Católica	Fundamental incompleto	10 meses	57
2	Neide	27	Filha	Católica	Fundamental incompleto	04 meses	45
3	Bena	34	Irmã	Católica	Analfabeta	01 mês	41
4	Ana	67	Irmã	Católica	Semi-alfabetizada	05 meses	68
5	Lana	26	Irmã	Evang.	Médio completo	09 meses	32
6	Leny	40	Neta	Católica	Médio completo	01 mês	94
7	José	42	Filho	Católica	Fundamental incompleto	01 mês	62
8	Lucy	35	Filha	Evang.	Fundamental incompleto	08 meses	62
9	Valdo	48	Marido	Católica	Fundamental incompleto	01 mês	45
10	Dara	76	Mãe	Católica	Semi-alfabetizada	05 meses	43
11	Eliza	35	Filha	Católica	Médio completo	11 meses	60
12	Kátia	20	Filha	Espírita	Superior incompleto	03 meses	54
13	Rúbia	44	Irmã	Católica	Fundamental completo	10 meses	40
14	Tony	55	Marido	Católica	Superior completo	01 ano	46
15	Mila	22	Filha	Evang.	Médio completo	01 ano	49

A identidade dos participantes do estudo foi resguardada, por questões éticas. Assim sendo, com essa finalidade, os depoentes foram identificados através de nomes fictícios. Os mesmos estão citados, por ordem numérica, de acordo com a data da entrevista (anexo 7).

6.2 Definindo as categorias de análise

A leitura reflexiva do material permitiu-nos agrupar os dados nas duas categorias teóricas, previamente determinadas, com base nos objetivos do estudo. As categorias teóricas *Desempenho de Papéis, e Família e as Relações de Interdependência* foram constituídas por subcategorias, definidas mediante a classificação e agrupamento dos dados.

A categoria desempenho de papéis está composta por três subcategorias: a doença e o desempenho de papéis da família; percepção da família sobre o papel da mulher; e alterações dos papéis no contexto familiar. A categoria Interdependência está constituída por duas subcategorias: impacto familiar frente à doença e relacionamento familiar.

6.2.1 Desempenho de papéis

Essa categoria demonstra as relações dos papéis dentro da família, bem como o desempenho destes frente a uma situação de doença, sejam papéis individuais ou inter-relacionados.

Levando-se em conta o Modelo de Adaptação de Roy, o modo de desempenho de papéis enfoca, especificamente, a maneira como o indivíduo e grupos interagem na sociedade.

O papel tem sido definido como a unidade de funcionamento da sociedade. Cada papel existe em relação a outro. Por exemplo, o papel do pai, relacionado ao do filho; o papel do empregador, ao do empregado; o papel da enfermeira, ao do paciente (Roy & Andrews, 1999).

Uma situação nova pode exigir atitudes diferenciadas, relativas aos papéis que cada um exerce na estrutura familiar, uma vez que as pessoas devem procurar adequar os seus papéis à situação, para que não ocorram conflitos.

Se a pessoa está vivenciando problemas concernentes ao seu papel, os efeitos podem se manifestar na capacidade para resolvê-los, bem como para manter e promover a própria saúde. Portanto, uma vez que experiências de saúde e doença podem afetar o desempenho de papéis, similarmente, o desempenho do

papel no grupo, quando acontece de forma eficaz, tem contribuição na saúde e equilíbrio de seus membros (Roy & Andrews, 1999).

Logo, o desempenho eficaz de papéis, pelo membro da família, proporciona o equilíbrio e a manutenção da saúde da mesma, podendo servir de modelo para que os outros também desempenhem o seu papel, adequadamente.

A pessoa possui papéis diferenciados dentro de um grupo. Alguns são independentes, outros desenvolvidos individualmente, havendo até os que se inter-relacionam com os dos outros membros e são desenvolvidos em dependência.

Tomando por base a família, cada membro desempenha papéis individuais e papéis associados aos dos outros membros. O bom desempenho do papel está vinculado à interação da família. Se há uma boa interação, os papéis serão desempenhados de forma eficaz; caso contrário, poderá ocorrer conflito nos mesmos.

A família é constituída por diferentes membros, que apresentam características próprias, as quais podem diferenciar-se em alguns pontos, e com diferentes papéis na sua estruturação. Serve de exemplo a figura do pai, que é, ao mesmo tempo, "o chefe da família", levando em conta a formação da família, responsável na maioria das vezes pelo sustento desta, ou pelo menos o principal responsável e também assume papéis diversos, tais como: marido, amigo, profissional, dentre outros.

A classificação dos conjuntos de papéis envolvendo papéis primários, secundários e terciários, foi adotada por Roy em seu Modelo de Adaptação.

A pessoa possui papéis primários, mas também muitos papéis secundários e terciários. Os papéis primários determinam a maioria dos comportamentos da pessoa durante um período particular da vida, sendo determinados pela idade, sexo e estágio de desenvolvimento (Roy & Andrews, 1999).

Papéis secundários são aqueles que a pessoa assume para complementar as tarefas associadas com o estágio de desenvolvimento e associados ao papel primário. Estes papéis não requerem condições específicas para o seu desempenho (Roy & Andrews, 1999).

Papéis terciários representam os meios pelos quais os indivíduos reúnem seus papéis associados às suas obrigações. São normalmente temporários e livremente selecionados na natureza pelo indivíduo, podendo incluir atividades de lazer como clubes ou hobbies.

A compreensão do desenvolvimento dos papéis envolve, primeiramente, a identificação dos papéis primários, secundários e terciários no conjunto de papéis da pessoa.

Em uma situação nova, que determina modificação no dia-a-dia, como é o caso de uma doença, os membros da família necessitam, geralmente, alterar o seu cotidiano, para que possam se adaptar à situação. Para isso, os papéis também podem exigir uma reorientação, como forma de contribuir para a adaptação à situação. Assim, é fundamental o conhecimento dos papéis pela pessoa, para um melhor desenvolvimento.

Entretanto, ressaltamos que os papéis são representados não apenas por funções mecânicas, tais como a realização de atividades físicas. Engloba, além disso, os papéis relacionados à representação da pessoa, ao querer bem, às manifestações de carinho, ao desenvolvimento cognitivo e afetivo, dentre outros.

Para melhor compreensão, a categoria teórica desempenho de papéis foi subdividida em três subcategorias empíricas, as quais emergiram dos depoimentos das participantes e das observações realizadas no decorrer das entrevistas. São elas: a doença e o desempenho de papéis da família; percepção da família sobre o papel da mulher; e alterações dos papéis no contexto familiar.

A seguir, apresentamos a primeira das três subcategorias, associadas à categoria Desempenho de papéis.

6.2.1.1 A doença e o desempenho dos papéis da família

É evidente o fato de que um problema, uma situação nova, afeta o indivíduo. Se essa situação for representada por uma doença, potencializa-se, mais ainda, o nível de abalo emocional, que se propaga não apenas na pessoa que está vivenciando a doença, mas também poderá se estender ao seu ambiente familiar e social.

A família constitui um grupo estruturado, com base na relação entre seus membros e no desenvolvimento de papéis. Assim, frente a uma experiência inesperada, como, por exemplo, um câncer, há a possibilidade de manifestação de comportamentos diversos, os quais podem ser adaptativos ou ineficazes.

O câncer configura-se como uma doença “mortal”, do ponto de vista social. Costumeiramente, as pessoas preferem ignorar essa doença, negando-se, até mesmo, a pronunciar a palavra câncer. A simples pronúncia ocasiona nas pessoas reações de medo, fazendo com que as mesmas prefiram se referir como “CA” ou como “aquela doença”.

O câncer de mama, não apenas pelo seu caráter de malignidade, mas também por sua localização - a mama - um órgão relevante para a mulher e para a sociedade, visto como atributo da beleza feminina, largamente explorado na mídia como fator de sedução, não raro, causa reações de medo, desespero e negação, abalando, fortemente, o equilíbrio emocional da pessoa e do seu grupo social.

O medo é referido em todas as fases percorridas pela mulher no processo de adoecer. O medo do diagnóstico do câncer torna-se ameaçador, originando, dessa forma, reações emocionais que provocarão mudanças no âmbito biológico, mental e social (Silva & Mamede, 1998).

O diagnóstico da doença e a comunicação sobre a cirurgia, no contexto desse estudo, representaram um estímulo focal para as famílias participantes, pois mobilizaram os familiares para a manifestação de comportamentos imediatos associados à situação. Ou seja, no momento do diagnóstico, os familiares tiveram comportamentos imediatos e, da mesma forma, ao se depararem com a notícia da mastectomia, tiveram que manifestar um comportamento imediato.

Os estímulos focais citados foram os mais significativos nessa subcategoria, havendo, porém, outros estímulos que exigiram comportamentos imediatos da família, dentre os quais podemos citar: medo da morte, medo da metástase, medo da cirurgia, o fato de achar que nunca aconteceria, dentre outros.

Estímulos focais são aqueles que imediatamente confrontam a pessoa, exigindo-lhe uma resposta, que pode ser adaptativa ou ineficaz (Roy & Andrews, 1999).

Foi possível observarmos, no estudo, a reação dos familiares das mulheres mastectomizadas, diante da notícia do diagnóstico de carcinoma mamário.

A leitura dos depoimentos possibilitou, inclusive, uma avaliação dos sentimentos emergidos nesse momento.

O medo foi um sentimento significativamente presente entre os familiares, no momento da descoberta da doença, como demonstram os depoimentos a seguir:

Todo mundo tem medo... (Bena-irmã)

Pensei logo na morte... (Valdo-marido)

Tem aquele medo... Porque eu nunca esperei. (Dara-mãe)

Fico com medo de reaparecer... (Eliza-filha)

Os depoimentos demonstram que o câncer é visto como uma doença sem cura, associada à morte e/ou com pouca ou nenhuma chance de cura, a despeito dos avanços tecnológicos, que podem proporcionar maiores chances de cura e uma maior qualidade na sobrevivência dos pacientes. É perceptível também a deficiência nas orientações aos familiares, muitas vezes deixados de lado no tratamento do paciente.

Mills (1997) afirma que, durante a assistência prestada em oncologia, cliente e família devem ser tratados como uma unidade, com o intuito de encorajar a manutenção da autonomia, da independência e da interdependência.

Silva & Mamede (1998) colocam que a descoberta de nova doença acarreta efeitos desgastantes, fazendo com que nem sempre a pessoa afetada pelo

problema, mas também a sua família, tenham possibilidades de expressar atitudes positivas frente às circunstâncias.

Bena afirma que a doença ocasionou medo em todos os familiares. Esse medo, segundo ela, estava relacionado ao câncer, visto como uma doença mortal. Esse sentimento também está presente no depoimento de **Valdo**, que, ao se deparar com a doença da esposa, sentiu muito medo, associando o câncer à morte da mulher.

No depoimento de **Dara**, percebemos que o fato de pensar que “isso nunca poderia acontecer comigo”, “isso não acontece na minha família”, foi o responsável pela reação de medo. As pessoas costumam assumir posições, concernentes a doenças ditas fortes, colocando-se na condição de improbabilidade da ocorrência do fato. Isso acontece muito com doenças como o câncer, AIDS, dentre outras tidas como crônicas.

Eliza expressou, em seu relato, o medo relacionado ao reaparecimento da doença, ou seja, a metástase, o que faz com que a mesma viva em um estado constante de tensão.

Almeida (1997) constatou, em um estudo com mulheres portadoras de câncer de mama, mastectomizadas, que o medo da recorrência da doença está sempre presente, sendo isso demonstrado pela instabilidade durante os exames de avaliação e controle, com um nível de vulnerabilidade bastante presente nesse período.

Constatamos, também, a presença do medo entre os familiares, no momento da descoberta e estabelecimento dos tratamentos. Este sentimento está intrinsecamente relacionado à forma como os familiares mantiveram seus papéis dentro da família, haja vista a necessidade de uma reorientação, para que os comportamentos contribuíssem para adaptação da família e conseqüente manutenção do equilíbrio.

Percebemos que os comportamentos manifestados, frente à descoberta da doença, foram ineficazes, interferindo no equilíbrio familiar. Esses comportamentos, traduzidos pelo medo, ocasionaram um estado de tensão na família.

Silva & Mamede (1998), em um estudo realizado com mulheres mastectomizadas, encontraram reações de medo, abordado sob diversas formas, relacionado ao surgimento do nódulo e ao diagnóstico da doença.

A maneira que a família encontrou para enfrentar melhor a situação traduziu-se em alguns mecanismos de enfrentamento, que foram: diálogo com o médico, para o conhecimento real do problema; manutenção da calma, para ajudar os outros familiares; união maior da família, através da realização de reuniões familiares para discussão sobre o problema; fé, manifestada pela confiança em Deus, orações e freqüência maior à igreja.

Araújo & Lopes (1999), referindo-se ao modelo adaptativo de Roy, colocam que devido ao surgimento constante de estímulos, há a necessidade de respostas por parte do indivíduo, sendo então acionados mecanismos de enfrentamento.

Logo, é válido afirmar que quando o câncer é diagnosticado, o paciente e sua família ficam confusos e em estado de desequilíbrio emocional. A reunião e organização dos familiares, para tomar decisões sobre como agir nos momentos seguintes, dá segurança à família e ajuda a mesma a recompor-se (Simonton, 1990).

Entretanto, com a utilização dos mecanismos de enfrentamento, anteriormente citados, a família conseguiu contornar, relativamente, o problema, aos poucos se comportando de forma mais adaptativa.

Ao se depararem com a doença, os familiares demonstraram, algumas vezes, uma certa falta de discernimento sobre como agir naquele momento, reagindo com desespero e fuga, como denotam os depoimentos seguintes:

Ele (médico) me revelou a doença dela... Eu fiquei num desespero total. (Neide-filha)

Todo mundo nervoso. Minha mãe ficou mais nervosa... em pânico. (Lana-irmã)

Começamos a chorar. Todo mundo nervoso. Ficamos muito desesperados. (Lucy-filha)

Quando soube, era eu chorando pra um lado, minha irmã chorando pra outro... fiquei abalada. (Kátia-filha)

Neide demonstrou uma reação muito forte de desespero, no momento em que o médico revelou a doença da mãe. Apesar de **Neide**, na descoberta da doença pela mãe, estar residindo em outra cidade com o marido e os filhos, o laço afetivo entre ela e sua mãe era grande, fazendo com que **Neide** se deslocasse, imediatamente, para ficar ao lado da mãe.

Na colocação de **Lana**, podemos notar o impacto da doença da irmã na família, quando afirma que foi um abalo geral, para todas as irmãs. A mãe teve uma reação mais negativa ainda, justificada, talvez, pelo demasiado apego à filha, fato reforçado por **Lana** ao afirmar que a mãe era muito ligada à sua irmã.

É visível, no comentário de **Lucy**, a “tempestade” de reações diante da descoberta da doença da mãe. É coerente colocar que essa família possuía pouco ou quase nenhum esclarecimento, a respeito da doença, e, ainda, que a situação financeira, que já não era boa, foi por demais afetada.

Kátia manifestou comportamento semelhante, representado por choro. Porém, esta citou que a reação da irmã mais nova foi ainda mais ineficaz, o que gerou conflitos na família. Sua irmã tem 16 anos, no “auge” da adolescência, o que pode ter potencializado, em maior grau, sua reação.

A reação de desespero frente à descoberta da doença pode estar associada à falta de conhecimento sobre a doença, como também ao medo da perda do ente querido. Por isso é importante que a família seja envolvida no processo de tratamento, para que ocorra a minimização desses sentimentos negativos.

É essencial identificar qualquer sensação de perda ou medo que a família possa estar vivenciando, como por exemplo, o sofrimento do cliente, a

Começamos a chorar. Todo mundo nervoso. Ficamos muito desesperados. (Lucy-filha)

Quando soube, era eu chorando pra um lado, minha irmã chorando pra outro... fiquei abalada. (Kátia-filha)

Neide demonstrou uma reação muito forte de desespero, no momento em que o médico revelou a doença da mãe. Apesar de **Neide**, na descoberta da doença pela mãe, estar residindo em outra cidade com o marido e os filhos, o laço afetivo entre ela e sua mãe era grande, fazendo com que **Neide** se deslocasse, imediatamente, para ficar ao lado da mãe.

Na colocação de **Lana**, podemos notar o impacto da doença da irmã na família, quando afirma que foi um abalo geral, para todas as irmãs. A mãe teve uma reação mais negativa ainda, justificada, talvez, pelo demasiado apego à filha, fato reforçado por **Lana** ao afirmar que a mãe era muito ligada à sua irmã.

É visível, no comentário de **Lucy**, a “tempestade” de reações diante da descoberta da doença da mãe. É coerente colocar que essa família possuía pouco ou quase nenhum esclarecimento, a respeito da doença, e, ainda, que a situação financeira, que já não era boa, foi por demais afetada.

Kátia manifestou comportamento semelhante, representado por choro. Porém, esta citou que a reação da irmã mais nova foi ainda mais ineficaz, o que gerou conflitos na família. Sua irmã tem 16 anos, no “auge” da adolescência, o que pode ter potencializado, em maior grau, sua reação.

A reação de desespero frente à descoberta da doença pode estar associada à falta de conhecimento sobre a doença, como também ao medo da perda do ente querido. Por isso é importante que a família seja envolvida no processo de tratamento, para que ocorra a minimização desses sentimentos negativos.

É essencial identificar qualquer sensação de perda ou medo que a família possa estar vivenciando, como por exemplo, o sofrimento do cliente, a

antecipação das mudanças dos papéis entre os membros da família, o medo do desconhecido e a dificuldade na obtenção de informações (Mills, 1997).

Conforme afirma Simonton (1990), a família que enfrenta o câncer costuma apresentar uma crença profunda de que a doença é, necessariamente, fatal. Para aumentar ainda mais a situação de agravo, o paciente e sua família podem estar se confrontando com a idéia de mortalidade pela primeira vez. Esse sentimento da própria mortalidade não é inato. Em geral, conscientizamo-nos do sentimento de finitude, a partir da experiência de algo que ameaça a vida, seja a nossa própria ou a de alguém que amamos.

Diante do que foi exposto, identificamos, em um dos familiares entrevistados, a presença de comportamento adaptativo frente à notícia da doença e da cirurgia, comportamento este, justificado pela vivência anterior de uma experiência de doença, com realização de cirurgia.

Eu não senti grande impacto. Senti um impacto, é uma coisa normal, acontece. (...) um impacto assim de mudar, não. (Tony-marido)

Tony havia vivenciado uma situação de doença anterior à da esposa, um infarto agudo do miocárdio, tendo sido necessária a realização de cirurgia. Dessa forma, encontrava-se mais preparado para o enfrentamento da situação de doença da mulher. O mesmo afirmou ter sido muito ajudado por ela, em sua doença, e agora era a sua vez de ajudá-la. Por isso, como colocou, não teve um grande impacto.

O desempenho de papéis de **Tony** pode ser considerado satisfatório. Ele assumiu o papel de “cuidador” da esposa, papel este que pode ser classificado como terciário, apesar de não estar ligado a atividades de lazer, mas por ser temporário. Todavia, considerando o câncer como uma doença crônica e de tratamento prolongado, esse papel poderá acabar sendo classificado como secundário, que é aquele que complementa as tarefas relativas ao estágio de desenvolvimento e ao papel primário, passando a ser fixo.

Os papéis terciários são aqueles livremente desenvolvidos pela pessoa, de natureza temporária e freqüentemente associados com o desenvolvimento de papéis secundários. Na maioria das vezes relacionam-se a atividades de lazer (Roy & Andrews, 1999).

No decorrer da vida, desde a infância até a velhice, as pessoas deparam-se com experiências infinitas. Aprendem a andar, a falar, a ler, a escrever; aprendem a desempenhar papéis durante cada fase da vida, os quais continuam nas fases subseqüentes, potencializando-se ou não. Adquirem, também, conhecimentos, culturas e crenças, que vão se acumulando ao longo do tempo. Essas experiências vivenciadas contribuem para a formação pessoal e profissional de cada um.

Assim, quando a pessoa vivencia algo muito próximo do limite entre a vida e a morte, como é o caso de um infarto, com subseqüente cirurgia, adquire força para enfrentar uma situação semelhante em um outro momento, sem que haja prejuízo do equilíbrio emocional.

Através da vida, existem oportunidades para experiências na administração de uma variedade de papéis. As pessoas conhecem quantos e que tipos de papéis podem executar, com sucesso, dentro dos limites do estresse, com disposição para tolerar (Roy & Andrews, 1999). O desenvolvimento de um novo papel pode estar vinculado à avaliação da pessoa acerca do seu conjunto de papéis.

Mills (1997) cita que durante a avaliação das necessidades da família e /ou pessoa próxima, é essencial que o profissional identifique experiências com doenças, vivenciadas anteriormente, bem como a habilidade adquirida com as mesmas. É válido também determinar a presença de perdas não-resolvidas ou reações mal-adaptadas a perdas passadas

O conhecimento dessas experiências, durante a assistência ao cliente oncológico e à sua família, contribuirá, largamente, para a identificação da situação da família e para um planejamento mais específico das ações voltadas para a família.

Se a notícia da doença abalava profundamente a família, quando chegava a confirmação da cirurgia, os comportamentos manifestados não eram diferentes, podendo ser até mais fortes. Os familiares, frente à notícia da cirurgia, ficaram tão ou mais abalados quanto no momento do diagnóstico, conforme demonstram os depoimentos seguintes:

Eu fiquei desesperada no hospital. (Neide-filha)

Pra abalar mais a gente. (...) uma cirurgia muito... mexe muito com a cabeça da mulher. (Lana-irmã)

A parte pior foi a cirurgia. (José-filho)

Eu chorei. (...)é uma mutilação. (Eliza-filha)

Percebemos o medo no depoimento de **Neide**, associado à recuperação da mãe. Esse medo relacionava-se ao pós-operatório imediato e firmava-se, principalmente, na anestesia. **Neide** achava que a mãe não iria se recuperar bem da anestesia.

Lana afirma que a cirurgia abalou ainda, mais ainda que o diagnóstico. Em suas colocações, ficou claro o medo do futuro, do que “viria depois”. Primeiro, o diagnóstico; em seguida, a notícia sobre a cirurgia; posteriormente, a cirurgia; depois, o tratamento. Ela referiu que cada notícia que vinha era pior que a anterior.

José deixa nítido, em sua fala, que durante todo o processo da doença, a parte mais temida foi a cirurgia de sua mãe. Mas, ao mesmo tempo, enfatiza que todos os filhos procuraram manter o controle, para ajudar a mãe.

O impacto causado pela mastectomia está presente no depoimento de **Eliza**, que achava que a mãe não iria suportar uma cirurgia desse tipo, pois representava uma mutilação. **Eliza** demonstra, assim, que valoriza bastante a mama, trazendo para si o impacto da cirurgia.

Em um estudo, Silva & Mamede (1998), verificaram que o impacto causado pela mastectomia, tida como uma cirurgia de grande porte, é extremamente complexo, fazendo com que as mulheres, como também os seus familiares, interajam constantemente com reações de medo: medo da perda, medo do câncer e, inclusive, medo da morte.

Melo (1999) refere que a trajetória do tratamento do câncer de mama, desde o diagnóstico, seguindo com os tratamentos indicados, comumente ocasiona mudanças no cotidiano de vida da mulher, refletidas no âmbito pessoal, familiar e social.

Os relatos colocados vêm confirmar que uma cirurgia costuma abalar emocionalmente, não só a pessoa que será a ela submetida, mas toda a sua família e círculo de amigos, especialmente se é uma cirurgia revestida de medo, do inesperado, do risco. Na oncologia, mesmo tendo consciência do diagnóstico e da extensão da doença, sempre existe o medo, dada a possibilidade de uma maior gravidade do estado da pessoa.

Silva & Mamede (1998) acrescentam que a mastectomia, por constituir uma cirurgia decorrente de um câncer, acarreta dúvidas e incertezas em relação ao prognóstico, além da alteração na aparência e nas funções orgânicas.

Simonton (1990) assinala que os próprios médicos têm dificuldades no tratamento de pacientes com câncer, relacionadas à incerteza quanto aos seus resultados. Isto faz com que eles enfrentem uma certa frustração, uma vez que têm como meta aliviar o sofrimento e curar os doentes.

Comprovamos, diante dos achados, que o câncer de mama, com a conseqüente mastectomia, é capaz de gerar um impacto na família como um todo, podendo, até mesmo, se estender aos amigos mais próximos:

Todos ficaram abalados. Todos sentiram. (Bena-irmã)

Abalou todo mundo. Foi uma coisa que mexeu muito com a gente.
(Lana-irmã)

Afeta todo mundo. Até uma pessoa que conhece assim. Os amigos mais próximos. (Eliza-filha)

Entre as famílias estudadas, em sua maioria, houve uma mobilização da família como um todo, não apenas dos que moravam com a mulher. Todavia, os que conviviam mais de perto com a doença, como era de se esperar, sofriam mais, com algumas exceções.

Nos relatos de **Bena** e **Lana**, apreendemos que o câncer de mama e a posterior mastectomia geram forte impacto na mulher, estendendo-se por toda a família, principalmente quando a pessoa é muito estimada pelos familiares e mantêm laços estreitos.

Eliza vai ainda mais longe ao referir que a doença afeta a família de uma forma geral, mas também os amigos mais próximos. Justifica essa colocação pelo fato da doença ser uma coisa inesperada.

Um dos mecanismos de enfrentamento presente, para uma boa adaptação, refere-se à união da família, em que há uma maior coesão, para tomada conjunta de decisões sobre o problema.

Silva & Mamede (1998) consideram a família uma força para o desenvolvimento de ações individuais e grupais, condizentes com o dia-a-dia da mulher mastectomizada.

Nessa perspectiva, a família constitui um componente essencial na recuperação e, conseqüentemente, na segurança pessoal, sendo a integração e a harmonia familiar fatores contribuintes à recuperação da mulher.

A participação familiar é, assim, extremamente importante no enfrentamento dos estímulos associados aos modos psicossociais propostos por Roy. O autoconceito, o desempenho de papéis e a interdependência incluem atitudes de relacionamento interpessoal. Nesse sentido, a família, sendo um sistema de envolvimento emocional, atua como mediador desses modos adaptativos (Araújo & Lopes, 1999).

A segunda subcategoria vem a seguir apresentada, com seus conseqüentes registros e argumentações.

6.2.1.2 Percepção da família sobre o papel da mulher

Esta subcategoria relaciona-se ao significado da mulher no contexto familiar e à valorização dos seus papéis, os quais podem incluir o de mãe, irmã, esposa, amiga, dentre outros. Aborda também mudanças na forma da família perceber a mulher acometida do câncer de mama, mudanças estas determinadas pela doença e pela cirurgia, como também pelas alterações nos papéis da mulher e dos familiares.

O papel da mulher encontra-se ligado ao seu significado dentro da família. Se a mesma é muito significativa no contexto familiar, seus papéis estarão investidos de maior importância. Da mesma forma, se a mulher desempenha papéis relevantes, será considerada mais significativa. Os papéis desempenhados pela mulher e o valor atribuído à mesma estão inter-relacionados.

Um ponto bastante destacado nos depoimentos diz respeito à importância da mulher enquanto membro de um grupo, no caso a família. Independente do grau de parentesco do entrevistado, percebemos, através de sua expressão, o quanto a mulher era significativa.

Assim, o fato de a mulher ser bastante amada, também pode ser visto como um estímulo contextual para os comportamentos acerca do diagnóstico e da comunicação da cirurgia, colocados na subcategoria anterior.

Abordaremos os comportamentos relacionados ao significado da mulher, ressaltando, porém, que não ocorreram comportamentos ineficazes. Pelo contrário, se a pessoa já era amada, passou a ser mais ainda.

Os sentimentos de amor, carinho e afeição, expressados pelos depoentes, refletem o significado que a mulher tem para eles, sem alterações relevantes após a mastectomia, como ilustrado pelas falas seguintes:

Representa tudo. E é só aí que a gente vê o tanto que a pessoa é importante pra gente. Quando acha que vai perder. (Lucy-filha)

Pra mim a minha filha é tudo. Eu sem a minha filha não sou ninguém, nunca vou ser. (Dara-mãe)

Minha mãe pra mim é tudo. Ela é assim demais, sabe? (Kátia-filha)

Minha mãe representa tudo pra mim (Choro). Foi muito triste ver ela passando por isso. (Mila-filha)

Destacamos, aqui, o significado forte que é direcionado à mulher. Os familiares consideravam-na muito importante, potencializando, assim, a dor causada pela situação da doença e da cirurgia.

Vale ressaltar, também, que o fato da mulher estar vivenciando uma situação dolorosa, faz com que ela passe a ser mais querida, como destacado na colocação de **Lucy**, ao afirmar que passou a valorizar ainda mais a mãe depois do problema que a acometeu.

Nos depoimentos de **Dara** e **Kátia**, apreendemos que estas consideram a mulher mastectomizada, no caso a filha e a mãe, respectivamente, muito importante, não tendo ocorrido nenhuma mudança em seus conceitos que pudesse estar associada ao câncer e à mastectomia.

Mila se emociona ao falar sobre sua mãe, enfatizando, fortemente, o quanto ela representa para si e como foi difícil enfrentar a situação da sua doença. Sempre que ia se referir à mãe e à doença, demonstrava uma expressão de choro e a voz ficava embargada. Por ser a filha mais nova, e conviver com a mãe, cotidianamente, viveu toda a trajetória da doença, sofrendo mais e mais a cada complicação.

Na opinião de Simonton (1990), quando cada momento torna-se precioso, como se pode exemplificar com uma doença progressiva, como o câncer, ficamos mais conscientes de nossas interações com as pessoas, ao estarmos realmente nos comunicando e expressando nossa afeição.

Considerando a importância da mulher na família e a manifestação dos familiares entrevistados sobre o significado desta, encontramos colocações quanto a visão do papel da mulher, após a realização da cirurgia, conforme explicitado:

Não mudou em nada. Pra nenhum da minha casa. (...) continua a mesma pessoa. (Neide-filha)

Continua igual. Não teve nenhum problema. Eu não tenho. E nem a minha família. (Ana-irmã)

Pra mim é a mesma pessoa. Só porque tirou o seio. Não mudou nada.
(Lucy-filha)

Percebemos que no âmbito da família e dos amigos, a mulher continuou a ser vista da mesma forma que antes do problema. A doença e a cirurgia representaram um estímulo focal para que a família manifestasse um comportamento adaptativo, relacionado aos sentimentos, uma vez que passaram a valorizar, ainda mais, a mulher. A partir do momento em que a doença foi diagnosticada e durante todo o processo de tratamento, a mulher passou a ser mais cuidada e, também, mais valorizada.

Na colocação de **Neide**, é visível o sentimento de gratidão e amor pela mãe, o que a faz doar-se por inteira aos seus cuidados. **Neide** relata que a mãe já tinha lhe prestado muita ajuda e que ainda continuava ajudando-a. Então, reforça, agora é a sua vez de ajudar a mãe.

Lucy demonstra que a mãe continua a mesma para a família. Contudo, podemos observar que ela sentia uma diferença relacionada à falta da mama, embora procurasse demonstrar que nada tinha mudado. Todavia, isso não quer dizer que ela tivesse passado a ver a mãe de outra forma, mas a perda da mama pela mãe mexia com os seus sentimentos. Podemos colocar, então, que esses sentimentos representam um estímulo residual, visto que estavam presentes na situação, afetando os comportamentos, porém sem serem claramente definidos.

Enfatizando Roy & Andrews (1999), acrescentamos que estímulos residuais são aqueles que possuem um efeito indeterminado no sistema adaptativo humano. Esses efeitos não são claramente visíveis, mas podem estar presentes na situação de forma indefinida.

No que se refere ao papel a ser desempenhado pela mulher, uma das entrevistadas colocou que percebeu mudanças relativas ao mesmo. Afirma, porém, que, apesar desse fato ter ocasionado alguma alteração no desenvolvimento dos papéis da família, este não representava nenhum problema:

Eu acho que afeta mais assim... ela não poder acompanhar a gente pra todo canto. Como ela era acostumada. Aí muitas vezes a gente deixa de fazer as coisas. Assim... por comodismo. (Kátia-filha)

Apesar desta colocação, **Kátia** afirma que para ela isso não representou nenhum problema, visto que a mudança estava relacionada ao fato da mãe não poder mais dirigir.

Sua mãe acompanhava-a, como aos seus irmãos, em todas as atividades diárias, o que fez com que surgisse um sentimento de dependência dos filhos em relação à mãe. Então, no momento que teve que reduzir ou até mesmo suprimir essa atenção, os filhos se sentiram “abandonados” e “perdidos”. Mas, como tudo estava mais relacionado a ir deixar e pegar os filhos nos locais, **Kátia** não percebeu esse fato como problema.

A família deve procurar maneiras de melhorar a vida gradativamente. É indicado, se possível, que continue suas atividades normais, uma vez que o câncer é uma doença com tratamento longo.

Outro ponto importante, citado por Simonton (1990), no que concerne ao contato familiar, é a necessidade de um maior contato físico com manifestação de carinho entre os parentes. Esse contato é muito importante quando se atravessa uma crise e se precisa lidar com episódios de ansiedade.

Constatamos, também, em um depoimento, apresentado a seguir, a valorização dos sentimentos da mulher, associados ao autoconceito:

Pra mim ela continua a mesma pessoa. A gente procura não tratar com pena. Tratar ela normalmente, pra ela não se sentir tão coitadinha.
(Rúbia-irmã)

Sentimos a valorização que a entrevistada atribui à mama, pois ela procura se colocar no lugar da irmã, sentir sua dor pela perda de um órgão tão significativo. Daí o tratamento oferecido à irmã, ser baseado na demonstração de amor e carinho, sem diferenciação pela cirurgia.

A terceira subcategoria, designada Alterações dos papéis no contexto familiar, vem a seguir apresentada.

6.2.1.3 Alterações dos papéis no contexto familiar

Essa subcategoria diz respeito à ocorrência de alterações nos papéis da mulher, sob o ponto de vista da família e alterações nos papéis dos familiares, em decorrência de toda a situação da doença.

A mastectomia e o diagnóstico de câncer de mama proporcionam mudanças na vida da mulher e no seu contexto familiar. Essas mudanças englobam, dentre outras, os papéis ocupados pela mulher e por seus familiares, ocorrendo diminuição no desempenho das atividades pessoais, acrescidas de mudanças comportamentais e na maneira de ser da mulher.

Procuramos agrupar os depoimentos convergentes, no modo de desempenho de papéis, relativos às alterações nos papéis, dentro do ambiente familiar.

Como estímulos focais, podemos citar: as complicações da cirurgia, a solidão da mulher e as dificuldades financeiras. Os estímulos contextuais identificados foram o tratamento quimioterápico e fisioterápico, a doença, a mastectomia e a depressão da mulher. Vale ressaltar que algumas mulheres eram portadoras de patologias crônico-degenerativas somadas ao câncer, ao exemplo de diabetes. Este fato contribuía para a ocorrência de comportamentos ineficazes. Como estímulos residuais, destacamos as crenças relacionadas ao autoconceito concernentes à cirurgia.

As famílias enfocadas no estudo diferenciavam-se entre si em vários aspectos, inclusive no que diz respeito à moradia, visto que nem sempre a mulher

residia na mesma casa que o informante, mas, em consequência da cirurgia, tiveram que alterar sua rotina.

Em alguns casos, a mulher morava sozinha ou não podia contar com a ajuda de nenhum familiar dentro de casa, seja porque eram crianças ou porque não se dispunham a ajudar. Frente às dificuldades sofridas pela mulher, outros membros da família tiveram que recebê-la em casa, para oferecer o tratamento apropriado, como exemplificado nos depoimentos:

Ficou muito tempo mais eu... não tinha quem fizesse nada pra ela.

(Mara-mãe)

Ninguém tomou iniciativa de nada... tenho que resolver. (Leny-neta)

(...) ficava um pouco aqui e um pouco na minha mãe. (Rúbia-irmã)

Nos relatos de **Mara** e **Rúbia**, os comportamentos eficazes almejavam ajudar a mulher, em sua recuperação, além de propiciarem aproximação maior entre a mulher e a família. No caso de **Mara**, sua filha mora sozinha com dois filhos pequenos, pois seu marido trabalha em uma cidade no interior do Estado. Já **Rúbia** levou a irmã para sua casa, a fim de que a mesma tivesse uma melhor assistência, não só relacionada aos cuidados com a ferida cirúrgica, mas também porque ali poderia lhe ser dispensada uma maior atenção pessoal. **Rúbia** referiu que a irmã não tinha muito a quem recorrer em casa, uma vez que as duas filhas adolescentes vivem em divergências e o marido, até pouco tempo atrás, tinha uma relação extraconjugal.

Para **Leny**, a melhor opção foi levar a avó para sua casa, para que recebesse o tratamento médico adequado. Além da idade avançada da avó, 91 anos, o filho com a qual esta morava, rejeitava-a por achar que ela “dava trabalho”.

Percebemos, assim, um desempenho ineficaz do papel secundário de filho, uma vez que este se negava a tomar atitudes positivas, frente à doença de sua mãe, simplesmente transferindo a tarefa do cuidado para outros familiares.

Esses relatos nos conduzem à reflexão de que um procedimento cirúrgico, ou até mesmo uma doença que exija apenas acompanhamento médico, sem nenhum procedimento mais severo, pode mobilizar a família para o cuidado, especialmente nos casos em que os familiares mais próximos e que convivem constantemente com a pessoa, negam-se a participar do processo de tratamento.

Os comportamentos dos familiares, de uma forma geral, foram eficazes, pois contribuíram, de alguma forma, para a adaptação da família à nova situação. Entretanto, constatamos alterações nos papéis secundários, os quais foram complementados, visto que **Mara, Leny e Rúbia** ganharam mais um papel, terciário, o de “cuidadora”, reforçando os papéis de mãe e irmãs.

O depoimento de **Ana** também se insere nessa reorientação de papéis:

Perguntei se ela queria vir pra cá. O que eu podia fazer, era se ela viesse pra cá. (Ana-irmã)

Apesar de fazer alguns anos que **Ana** não encontrava a irmã, ela não hesitou em tomar a frente do processo de tratamento, assumindo o papel de “cuidadora”, papel que pode ser temporário, porém por um período relativamente longo.

No tocante às alterações nos papéis, após a descoberta da doença e a realização da mastectomia, os depoimentos apontam para alterações de ordem física, emocional, financeira e social.

O depoimento de **Neide**, evidenciado abaixo, revela uma mudança na vida da família, de fundo emocional:

Nossa vida mudou em tudo. O mais difícil era tirar o peito dela...
(Neide-filha)

Neide afirmou que sua vida e a dos irmãos tinha mudado, consideravelmente, em virtude da doença e da cirurgia da mãe. Os filhos agora viviam sobressaltados, preocupados com a mãe, fato que se potencializava pelas dificuldades financeiras atravessadas pela família. Os comportamentos instrumentais da família estão evidentes, pois a família utilizou atividades pessoais como parte de seus papéis.

Um dos maiores fatores com os quais o ser humano tem de lidar, quando da vivência de um caso de câncer, são as mudanças, que começam a ocorrer a partir do diagnóstico, das informações que devem ser reunidas e das decisões a serem tomadas em relação ao tratamento (Simonton, 1990).

Segundo a teoria de adaptação de Roy, as pessoas usam estratégias de comportamentos com o intuito de domínio dos papéis. Comportamentos instrumentais são normalmente ações físicas com orientação a longo prazo.

Neide complementa o depoimento, colocando, nos termos seguintes, o comportamento da família relacionado à preocupação com a mulher:

Tudo que a gente vai fazer, a gente faz pensando nela. (...) voltou a atenção da gente pra ela.

Esse comportamento denota adaptação, visto que, mesmo com todo o sofrimento vivenciado, a família procura voltar a atenção para a mulher.

Por outro lado, Simonton (1990) considera que a família que vivencia um câncer deve continuar a participar das atividades tidas como importantes para os membros da família.

De acordo com o autor, o diagnóstico de câncer gera um profundo estresse em todos os integrantes da família, e cada um deve cuidar para manter sua própria saúde. Quando há um caso de doença, possivelmente fatal, na família, todos, não somente o doente, precisam de proteção e apoio; caso contrário poderão ficar doentes.

Frente à ocorrência de uma doença marcante como o câncer é comum a adoção de atitudes referentes ao cuidado com a pessoa afetada, como forma de

amenizar o seu sofrimento. Os relatos de **Dara** e **Mila**, a seguir, reforçam a mudança relativa a uma maior preocupação com a mulher, após a doença:

Mudou. Fiquei mais preocupada com ela. (Dara-mãe)

Cuidado com ela. Atenção redobrada. (Mila-filha)

Percebemos que a família, diante de uma situação de doença, particularmente o câncer, fica mais atenta aos cuidados com a pessoa afetada, passando a demonstrar uma preocupação maior com essa pessoa.

Esse comportamento vem corroborar com Silva e Mamede (1998) quando afirmam que é fundamental, na assistência à mulher mastectomizada, a soma de esforços - cliente, família e profissionais - para uma assistência integral que dê importância primordial ao bem-estar físico, mental e social.

As mudanças de papéis mais relevantes estão relacionadas às atividades profissionais ou afazeres domésticos. Se, por um lado, alguns familiares se sentiram afetados em seu trabalho, tendo que diminuir ou, até mesmo, abandoná-lo, pela necessidade de acompanhar a mulher, outros citam que o dia-a-dia ficou muito mais corrido, por terem que se moldar às exigências da situação atual, ou seja, à doença e ao tratamento da pessoa.

Apesar de alguns dos entrevistados terem sofrido modificações no trabalho, **Bena** e **José** não viram nisso um empecilho para a vida:

Mudou (risos). Parei de trabalhar para ficar com ela. (Bena-irmã)

Dificultou o meu trabalho. (...) a gente vai vencer. (José-filho)

Podemos notar no depoimento de **Eliza**, o quanto a doença de sua mãe afetou sua vida profissional:

amenizar o seu sofrimento. Os relatos de **Dara** e **Mila**, a seguir, reforçam a mudança relativa a uma maior preocupação com a mulher, após a doença:

Mudou. Fiquei mais preocupada com ela. (Dara-mãe)

Cuidado com ela. Atenção redobrada. (Mila-filha)

Percebemos que a família, diante de uma situação de doença, particularmente o câncer, fica mais atenta aos cuidados com a pessoa afetada, passando a demonstrar uma preocupação maior com essa pessoa.

Esse comportamento vem corroborar com Silva e Mamede (1998) quando afirmam que é fundamental, na assistência à mulher mastectomizada, a soma de esforços - cliente, família e profissionais - para uma assistência integral que dê importância primordial ao bem-estar físico, mental e social.

As mudanças de papéis mais relevantes estão relacionadas às atividades profissionais ou afazeres domésticos. Se, por um lado, alguns familiares se sentiram afetados em seu trabalho, tendo que diminuir ou, até mesmo, abandoná-lo, pela necessidade de acompanhar a mulher, outros citam que o dia-a-dia ficou muito mais corrido, por terem que se moldar às exigências da situação atual, ou seja, à doença e ao tratamento da pessoa.

Apesar de alguns dos entrevistados terem sofrido modificações no trabalho, **Bena** e **José** não viram nisso um empecilho para a vida:

Mudou (risos). Parei de trabalhar para ficar com ela. (Bena-irmã)

Dificultou o meu trabalho. (...) a gente vai vencer. (José-filho)

Podemos notar no depoimento de **Eliza**, o quanto a doença de sua mãe afetou sua vida profissional:

Demais... uma grande mudança. Deixar a loja de lado. Cancelar todos os compromissos. (Eliza-filha).

Cumpramos salientar, entretanto, que **Eliza**, apesar de ficar chateada por ter que deixar um pouco o trabalho, para ela era imprescindível acompanhar a mãe, até porque como ela referiu, seu irmão não se propunha a isso. A ajuda do irmão resumia-se à parte financeira.

Eliza enfatiza que procura não preocupar a mãe quanto ao fato de seu trabalho estar alterado por conta da doença e do tratamento:

(...) trabalho mais um pouquinho, porque eu quero ver tudo no canto, pra ela não se preocupar.

Antes da doença, **Eliza** costumava deixar uma parte do trabalho da loja para a mãe desenvolver. Destacamos, aqui, mudanças nos papéis desempenhados pela mulher, após a mastectomia, uma vez que ocorreram restrições em suas atividades anteriores.

Os comportamentos relatados, não podem ser considerados ineficazes, apesar de, em alguns casos, terem ocasionado alterações no cotidiano dos depoentes, isso porque, de uma forma geral, não houve abalo diante da necessidade de modificar suas atividades profissionais.

Em contrapartida, destacamos na fala de Neide, abaixo, o desejo de trabalhar:

Tivesse assim em quem confiar (choro). Tudo que eu posso fazer eu faço. Mas é difícil. Meu pai não ajuda em nada. Tenho muita vontade de trabalhar. Não pra mim, pra ela.

Neide falava muito emocionada, dando algumas pausas. A voz era carregada de tristeza e mágoa do pai, pelo fato dele não ajudar a mãe. A dificuldade financeira pode ser vista como estímulo contextual para o

comportamento ineficaz do pai, gerando muito sofrimento para **Neide**, por querer ajudar ainda mais a mãe. Este fato afetava o seu equilíbrio emocional.

Alguns estímulos contextuais podem ser relevantes no processo adaptativo, interferindo nas respostas da mulher e da família ao câncer de mama e aos tratamentos estabelecidos. Dentre estes estímulos, incluem-se as dificuldades financeiras, observadas por Melo, Silva e Lopes (2000) como fatores que influenciam a capacidade de reagir adaptativamente.

Embora a família se sinta bem por acompanhar o tratamento da cliente, às vezes a vida fica bastante atribulada e o cotidiano permeado de dificuldades, conforme referido a seguir:

Tá muito mais corrido. Ficou a responsabilidade... além da dificuldade... do corre que ficou. (Leny-neta)

A despeito dessas alterações, **Leny** acrescenta:

Mas, mesmo assim, não vi que isso pudesse me prejudicar. Tinha que resolver. Parti pra resolver. (Leny-neta)

Nessas colocações de **Leny**, evidenciamos que, mesmo alterando a sua rotina, a família sempre busca uma forma de ajudar o seu ente querido, no caso a mulher, nessa caminhada.

Há um destaque para o comportamento expressivo pela família, visto que estão presentes e visíveis os sentimentos ante o desempenho de papéis. As entrevistas enfocam as reações e sentimentos dos familiares quanto ao desempenho de seus papéis.

Roy & Andrews (1999) evidenciam que comportamentos expressivos, também denominados comportamentos afetivos, envolvem sentimentos e atitudes da pessoa acerca do desempenho de papéis. Tais comportamentos são de natureza emocional e resultam de interações que habilitam a pessoa para expressar seus sentimentos relacionados aos papéis na forma apropriada.

comportamento ineficaz do pai, gerando muito sofrimento para **Neide**, por querer ajudar ainda mais a mãe. Este fato afetava o seu equilíbrio emocional.

Alguns estímulos contextuais podem ser relevantes no processo adaptativo, interferindo nas respostas da mulher e da família ao câncer de mama e aos tratamentos estabelecidos. Dentre estes estímulos, incluem-se as dificuldades financeiras, observadas por Melo, Silva e Lopes (2000) como fatores que influenciam a capacidade de reagir adaptativamente.

Embora a família se sinta bem por acompanhar o tratamento da cliente, às vezes a vida fica bastante atribulada e o cotidiano permeado de dificuldades, conforme referido a seguir:

Tá muito mais corrido. Ficou a responsabilidade... além da dificuldade... do corre que ficou. (Leny-neta)

A despeito dessas alterações, **Leny** acrescenta:

Mas, mesmo assim, não vi que isso pudesse me prejudicar. Tinha que resolver. Parti pra resolver. (Leny-neta)

Nessas colocações de **Leny**, evidenciamos que, mesmo alterando a sua rotina, a família sempre busca uma forma de ajudar o seu ente querido, no caso a mulher, nessa caminhada.

Há um destaque para o comportamento expressivo pela família, visto que estão presentes e visíveis os sentimentos ante o desempenho de papéis. As entrevistas enfocam as reações e sentimentos dos familiares quanto ao desempenho de seus papéis.

Roy & Andrews (1999) evidenciam que comportamentos expressivos, também denominados comportamentos afetivos, envolvem sentimentos e atitudes da pessoa acerca do desempenho de papéis. Tais comportamentos são de natureza emocional e resultam de interações que habilitam a pessoa para expressar seus sentimentos relacionados aos papéis na forma apropriada.

José, demonstrando sua percepção sobre as alterações no desempenho de seus papéis, afirma:

Tenho que segurar a barra. (...) arranjar um jeito. Toda hora que precisar. (José-filho)

Havia um desejo, por parte de **José**, de estar disponível para acompanhar a mãe em todo o processo de tratamento, mesmo que, para isso, tivesse que abdicar um pouco de seu trabalho. **José** é caminhoneiro, trabalha viajando. E enquanto a mãe ainda estava realizando o tratamento, hospedada em sua casa, ele se revezava, com o filho, nas viagens que tinha a cumprir.

Encontramos no relato de **Ana**, a necessidade de compartilhar a responsabilidade com um outro familiar:

Ela ia operar e eu sozinha. Não tava agüentando. Exigi que viesse uma (outra pessoa da família). (Ana-irmã)

Ana é uma senhora de 67 anos de idade, portadora de diabetes. Refere que não consegue dar conta das atividades de casa. Sua irmã reside em outro Estado, e já há algum tempo, ambas não se encontravam. Ainda assim, **Ana** resolveu assumir o acompanhamento da irmã, sentindo, porém, mais tarde, que necessitava de uma ajuda. E não hesitou em solicitar essa ajuda.

As atividades diárias da família sofreram alterações, em decorrência da mastectomia, devido à mulher precisar modificar suas atividades, por conta da recuperação e dos cuidados dispensados ao braço do lado da cirurgia, conforme mostram os depoimentos:

Tá mais corrido, mais agitado. Tenho que cuidar da minha casa. Faço uma coisa lá, depois outra aqui. (Mila-filha)

Tô cuidando dela. Quem faz tudo é eu. Não ta fazendo nada (a mulher).

(Valdo-marido)

Não deixo ela fazer nada. (Dara-mãe)

Apreendemos, com base nessas colocações, que a família procura driblar as dificuldades cotidianas, a fim de adaptar-se melhor à nova situação.

Um ponto destacado, entre os depoentes, diz respeito a mudanças na forma de ver a vida, depois da doença da mulher:

A gente aprende a ver a vida de uma forma diferente. (...) mais forte pra superar as coisas. (Lana-irmã)

Qualquer doença traz consigo o medo das conseqüências, dentre as quais pode estar a morte. Porém, pode servir como fortalecimento, depois de vivenciada a parte mais difícil, ou seja, o diagnóstico e o tratamento inicial.

O câncer de mama, para grande parte dos familiares, particularmente para as mulheres, representou um estímulo contextual, para que ficassem atentas e valorizassem mais o exame preventivo.

(...) serviu como esclarecimento. Um fato desse dentro de casa, aí fica mais atenta. (Leny-neta)

Alerta para mim. E a família em geral, né? (...) pode acontecer com qualquer pessoa. (Eliza-filha)

Nesse sentido, é válido salientar que ocorreram comportamentos adaptativos, relacionados à manutenção da saúde e prevenção de doenças, através da procura em detectar a presença do câncer o mais precocemente possível. A atenção, por parte da família, quanto à saúde individual potencializou-se.

No relato de **Kátia**, confirmamos a preocupação maior com a saúde da mãe, e com a sua própria saúde e de outros familiares:

Fiquei. (preocupada). (...) com a nossa também. Fiquei mais atenta.

Com relação às mudanças na vida social, encontramos relatos que denotam a continuidade na rotina levada antes do problema, até como uma forma da mulher não se sentir culpada:

Continuei a minha vida do mesmo jeito. Antes eu saía... continuo. Procurei não mudar nada disso, pra ela não se sentir mal. (Eliza-filha)

(...) certas restrições que temos que fazer. Sempre fomos de sair. Mas mesmo assim a gente ainda sai (...). (Tony-marido)

Eliza refere que sua vida social continuou da mesma maneira que antes da doença de sua mãe, justificando que não quer que ela se sinta culpada. Daí ter continuado a sair nos fins de semana ou, em alguns dias, à noite. Mas isso não significa que a filha subestime a doença da mãe.

É importante que a família continue suas atividades normais, sem grandes alterações, para a manutenção do equilíbrio. Apesar da doença abalar a estrutura familiar, as pessoas devem buscar uma adaptação à situação, continuando a desempenhar os seus papéis de forma saudável.

Corroborando com essa afirmativa, é válido citar Simonton (1990), quando diz que se as pessoas da família mudarem todas as suas atividades, sejam as que envolvem trabalho, lazer, educação, o estresse pode estar mais presente.

Percebemos, através do relato de **Tony**, que a família, incluindo a mulher, teve algumas restrições na vida social. Contudo, procuraram manter algumas das atividades, visando à integridade familiar.

Os depoimentos referenciados refletem uma continuidade, embora com certas restrições, dos papéis terciários. Estes papéis são temporários e, geralmente, referem-se a atividades de lazer.

Por outro lado, **Mila** relata a ocorrência de mudanças na vida social:

Minha vida social mudou muito. (...) agora fico mais em casa.

Acrescenta, porém, que as mudanças não repercutiram de forma negativa em sua vida:

Mas não é um sacrifício para mim. Eu gosto de estar em casa, Fazer companhia a ela.

Embora a vida de **Mila** tenha sofrido alterações, uma vez que costumava sair bastante e divertir-se com os amigos, isso não representou um problema. Para **Mila**, o estar com a mãe era prazeroso e fazia com que se sentisse feliz.

Percebemos a manifestação de comportamentos adaptativos, seja por meio da manutenção das atividades, ou por restrições, considerando o bem-estar e a satisfação dos familiares.

Apresentamos um esquema, a seguir, para proporcionar uma melhor compreensão da categoria descrita, com suas respectivas subcategorias. Abordamos os estímulos identificados, classificando-os em focais, residuais e contextuais, bem como os mecanismos de enfrentamentos utilizados pela família para a promoção dos comportamentos, sendo estes classificados em adaptativos e ineficazes.

DESEMPENHO DE PAPEL

A DOENÇA E O DESEMPENHO DE PAPÉIS DA FAMÍLIA

PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA SOBRE O PAPEL DA MULHER

ALTERAÇÕES DOS PAPÉIS NO CONTEXTO FAMILIAR



ESTÍMULOS

FOCAIS

O diagnóstico da doença
Comunicação sobre a cirurgia
Medo da morte
Medo da metástase
Fato inesperado
Complicações da cirurgia
Solidão da mulher
Dificuldades financeiras

CONTEXTUAIS

Tratamento quimioterápico
Fisioterapia
Câncer
Mastectomia
Depressão da mulher
Outras doenças da mulher
Dificuldades financeiras
Afeição pela mulher

RESIDUAIS

Sentimentos relacionados à aparência
Crenças sobre autoconceito

MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO

Diálogo com médico, manutenção da calma, união maior da família, experiência anterior de outra doença, fé.

COMPORTAMENTOS ADAPTATIVOS

- » Reorientação dos papéis
- » Reação de tranquilidade
- » Participação de toda a família no tratamento
- » Potencialização do amor pela mulher
- » Valorização maior da mulher
- » Ausência de mudanças na forma de perceber o papel da mulher
- » Compreensão dos familiares a respeito das mudanças do papel da mulher
- » Demonstração maior de carinho pelos familiares
- » Aproximação de todos os familiares
- » Promoção de cuidados à mulher
- » Mudanças na forma de ver a vida
- » Promoção da saúde, através da realização do auto-exame e procura de especialista
- » Continuidade na vida social

COMPORTAMENTOS INEFICAZES

- » Atitudes de medo, ansiedade e tensão
- » Reações de desespero e fuga
- » Choro e desespero por conta das dificuldades da cirurgia
- » Desespero frente aos problemas financeiros

A segunda categoria teórica, denominada Família e as relações de Interdependência, vem destacada a seguir, com as suas respectivas subcategorias, as quais foram definidas como: Impacto familiar frente à doença e relacionamento familiar.

6.2.2 Família e as relações de Interdependência

Segundo o modelo de adaptação de Roy, o modo de interdependência, similarmente ao modo de desempenho de papéis, envolve interação com os outros. O modo de interdependência, entretanto, enfoca, mais propriamente, as relações de afinidade da pessoa, como indivíduo e como integrante de um grupo, do que os papéis na sociedade (Roy & Andrews, 1999).

O modo de interdependência é definido como relações estreitas entre as pessoas, almejando satisfazer às necessidades de afeto, desenvolvimento e recursos, com o intuito de alcançar a integridade nas relações, que representa a necessidade básica desse modo. Essa integridade pode ser conseguida através de processos afetivos, desenvolvimentais e de recursos, ou seja, processos de adequação afetiva, adequação desenvolvimental e adequação de recursos.

As relações de interdependência envolvem o querer e a habilidade de amar, respeitar e valorizar os outros, bem como para aceitar e responder ao amor, respeito e valor oferecido pelos outros.

As necessidades de interdependência, segundo o modelo de adaptação, proposto por Roy, são atendidas através do relacionamento com os outros. Na perspectiva individual, as relações são desenvolvidas com o outro significativo e sistemas de apoio.

O outro significativo é definido como uma ou mais pessoas, para as quais são atribuídos significado e importância. Representa a pessoa que é amada, respeitada e valorizada, e que, da mesma forma, respeita e valoriza as pessoas, em um nível maior do que em outros relacionamentos. O outro significativo para a pessoa pode ser representado por parentes, esposa ou esposo, amigos, membros da família, um ser supremo ou, até mesmo, um animal.

Sistemas de apoio incluem pessoas, grupos ou organizações que influenciam na satisfação das necessidades de interdependência. Esses sistemas contribuem para a adequação afetiva, porém seu significado carrega uma intensidade menor, se relacionado ao outro significante. Os sistemas de apoio incluem grupos sociais e grupos de trabalho que contribuem para o crescimento da pessoa. Sob essa ótica, o sistema de saúde pode ser visto como um sistema de apoio. A enfermeira, por sua vez, pode ser vista como integrante desse sistema de apoio.

Em uma situação de doença, como o câncer de mama, a família pode representar um sistema de apoio para a mulher mastectomizada, contribuindo para a satisfação da necessidade de interdependência. Os membros da família também podem ser identificados pela mulher como outros significantes.

Nesse contexto, a família, da mesma forma, pode necessitar satisfazer às necessidades de interdependência, através de outros significantes e sistemas de apoio. Assim, buscará a integridade nas relações dentro do contexto familiar, como também em outros grupos.

Nessa perspectiva, enfocamos na categoria teórica interdependência, o conhecimento das relações de interdependência na família, frente à ocorrência da doença - câncer de mama e a cirurgia subsequente, com o propósito de identificar estímulos que ocasionaram comportamentos adaptativos ou ineficazes, bem como os mecanismos de enfrentamento utilizados para uma melhor adaptação à situação.

6.2.2.1 Impacto familiar frente à doença

Procuramos explorar, nesta subcategoria, o nível de impacto dos familiares frente à doença, buscando conhecer a interação da família diante do diagnóstico da doença e das conseqüências dela advindas.

A família, em termos gerais, vivencia mudanças no decorrer de sua vida. Essas mudanças podem ser próprias do desenvolvimento, sendo, então, chamadas vitais ou mudanças inesperadas, sendo, dessa forma, denominadas acidentais. Uma doença representa um acontecimento novo no contexto familiar,

constituindo-se em uma mudança acidental, em que a família necessita usar de artifícios para enfrentá-la.

Assim, o câncer, como uma doença temida pelas pessoas, causa-lhes profundo sentimento de medo. A família, ao vivenciar uma doença, sofre um impacto que afeta todos os seus membros, em maior ou em menor grau.

Foi possível percebermos o nível de mobilização da família frente à doença da mulher, conforme mostram os depoimentos a seguir:

É... afeta todo mundo. (Mara-mãe)

Mexeu com a família toda. Mobilizou a família inteira. (Neide-filha)

Afeta a família toda. (Lana-irmã)

Inferimos, de acordo com os relatos de **Mara, Neide e Lana**, que uma doença, principalmente se está tão aproximada da morte, como é o caso do câncer, é capaz de afetar toda a família.

Mara evidenciou que os filhos eram muito importantes para ela, o que fazia com que surgisse o medo da perda, causando ansiedade. Referiu também que o câncer é uma doença incerta, pois tem gente que “dura” muito tempo, enquanto com outras pessoas, o tempo de duração é menor. Essa incerteza era motivo de tensão.

Para **Neide**, como para toda sua família, a doença da mãe foi causa de sentimentos diversos entre todos os membros da família. Os irmãos revezavam-se entre si, para prestarem cuidados e acompanharem a mãe.

A participação da família no tratamento do câncer torna-se imperativa, visto que a situação vivenciada por ambas as partes poderá ser um fio condutor para abertura de uma interação e uma comunicação mais afetiva e mais significativa (Silva & Mamede, 1998).

Todavia, o diagnóstico do câncer é capaz de ocasionar um grande impacto na pessoa, estendendo-se à sua família. Mesmo que cada um reaja de maneira diferente, a reação negativa estará sempre presente (Segal, 1995).

Algumas vezes a reação dos familiares pode ser de negação da doença e de desânimo frente às circunstâncias. A família vive, então, em constante sobressalto. Este comportamento pode ser exemplificado pelo depoimento de **Lana**:

Ela fez os exames, mas a gente nunca imaginou que ia dar isso. Cada notícia que vinha era pior, só vinha pra abalar mais a gente. Das irmãs, ela sempre foi a que mais ajudou, a mais forte da família. Por isso que a gente ficou muito mais abalada.

Sua irmã era muita querida e responsável pela resolução de diversos problemas da família. Portanto, a doença causou um impacto em toda a família. É perceptível, aqui, a presença de relações de interdependência positivas entre **Neide** e sua irmã, como também com o restante dos familiares, uma vez que existe o amor e a demonstração do significado à mulher.

No decorrer do processo de tratamento, os membros da família continuam a se preocupar com a recuperação da mulher, mesmo transcorridas as etapas do diagnóstico e da cirurgia.

Se preocupam. A família toda. A mãe dela tem dia que você chega lá e tem pena dela (choro). (Neide-filha)

A gente se preocupa mesmo. (José-filho)

A preocupação fica. Sempre fica aquela tensão. (Mila-filha)

Estão presentes, nessas colocações, a preocupação e a incerteza quanto ao prognóstico. Embora ultrapassadas as etapas iniciais do tratamento,

permanece a ansiedade relacionada à recuperação da mulher. Entretanto, a tendência das pessoas é buscar meios de ajudar a mulher nessa fase.

Silva & Mamede (1998) referem que com o passar do tempo, os sentimentos associados ao processo cirúrgico tendem a se reduzir, abrindo espaço para a reflexão sobre outras possibilidades, e, então, organizá-las, com o intuito de alcançar melhor condição de sobreviver, mesmo com a mastectomia.

Vale salientar, entretanto, frente a todos esses comportamentos de cuidado com a mulher, de intensificação da preocupação, a insatisfação de uma das entrevistadas, com relação ao comportamento de seu pai:

Eu esperava que ele fosse ficar mais solidário, ter mais atenção. (Mila)

Observamos, nesse caso, um comportamento alheio a situação. O pai de **Mila** não se preocupou com sua mãe, da forma que ela esperava, ao passo que toda a família manifestou atitudes de cuidado, de preocupação com a mulher.

O que **Mila** esperava era um outro comportamento de seu pai, com expectativas maiores relacionadas ao papel do mesmo. Nessa perspectiva podemos abordar Roy & Andrews (1999), quando pontuam que a pessoa é, muitas vezes, confrontada com a necessidade de articular papéis e expectativas.

6.2.2.2 Relacionamento familiar

As pessoas se relacionam, constantemente, com outras pessoas, seja no dia-a-dia, no ambiente familiar, no ambiente profissional, no ambiente social, na escola ou até mesmo ao solicitar uma informação.

O modo de interdependência considera como foco de atenção as relações entre as pessoas, tanto como indivíduo, como enquanto membro de um grupo.

Dessa forma, essa subcategoria prioriza as relações entre os familiares, dentro de uma família em que ocorreu o câncer de mama seguido de mastectomia. Nossas reflexões terão, como ponto essencial, o relacionamento familiar diante de todo o processo da doença, evidenciando tanto as relações dos familiares entre si, como também dos familiares com a mulher.

Como estímulos focais, foram identificados: a tristeza da mulher relacionada à doença e o medo da família quanto à recuperação da mulher. Como estímulos contextuais, estão o câncer de mama e a mastectomia.

Em uma situação de crise familiar, como uma doença, as relações de interdependência estão sujeitas a alterações, as quais podem contribuir para a resolução do problema ou, por outro lado, tornar maiores os conflitos, dificultando sua resolução.

Nas famílias enfocadas no estudo, estiveram presentes entre as relações, uma maior união, para um melhor enfrentamento do problema:

A família toda se ajuda. Até agora continua unida. (Neide-filha)

A gente sempre foi unida. Agora, mais do que nunca. De uma forma diferente. Uniu mais. (Lana-irmã)

(...) uma união maior. Um agrupamento maior. (Tony-marido)

O cotidiano das pessoas, tanto individualmente, como em grupo, é passível de mudanças contínuas. Essas mudanças promoverão um estado de equilíbrio ou desequilíbrio, dependendo da leitura feita pelas pessoas acerca da situação, além dos artifícios disponíveis e utilizados para o auxílio às pessoas inseridas na situação-problema.

Tomando por base os relatos de Neide, Lana e Tony, inferimos que a situação vivenciada, ou seja, o processo de descoberta e tratamento da doença da mulher, embora tenha causado um impacto inicial, promoveu um elo de união para a família. A união também proporcionou um melhor enfrentamento do problema.

Silva & Mamede (1998) enfatizam que a família representa um ponto de apoio fundamental para o crescimento interior da pessoa, sendo uma força positiva para as tomadas de decisões e, conseqüentemente, transformações de conceitos e comportamentos.

Podemos perceber a união como um fator de aproximação afetiva entre os membros da família, mas, também, no sentido de ajuda física, no cuidado à mulher, como demonstrado no depoimento:

Todo mundo ... Ajuda a cuidar dela. (Bena-irmã)

Notamos o envolvimento de toda a família para oferecimento de cuidados à mulher, de atenção à saúde, contribuindo para uma recuperação mais rápida e menos traumática. **Bena** expressou, durante a entrevista, uma preocupação com a recuperação de sua irmã e com o cuidado, sentindo-se responsável por ela. Teve que parar de trabalhar para cuidar da irmã, mas não via nisso um problema. Sua relação com a irmã era boa, fazendo com que **Bena** se sentisse bem por cuidar dela. A família toda ajudava no cuidado da mulher.

Frente aos relatos anteriores, constatamos que o câncer de mama e a subsequente mastectomia podem, muitas vezes, representar um fator positivo na dinâmica familiar, integrando os membros entre si e mobilizando toda a família em torno do problema.

Entretanto, é importante que a equipe responsável pelos cuidados da mulher mastectomizada procure, de alguma forma, ajudar na união entre os membros da família, a fim de que possa ser descartada a hipótese de uma desagregação familiar.

Corroborando com o que afirma Roy & Andrews (1999), é oportuno colocar que o relacionamento é facilitado quando existe comunicação aberta e flexível, capacidade de articulação de expressões e sensibilidade para perceber comportamentos verbais e não-verbais.

A reação das pessoas está associada ao nível de relação da família anteriormente à doença, isto é, a doença vai se constituir em um fator contribuinte às relações interpessoais existentes no contexto familiar, tornando-as mais fortes ou fragilizando-as.

O depoimento de **Lana**, referindo-se à reação de sua mãe, ilustra um exemplo de impacto negativo no relacionamento familiar:

Diminuiu (o relacionamento da mãe com a mulher). Ficou aquela barreira. Ela também se afastou um pouco da mãe. (Lana-irmã)

Nesse contexto, percebemos que ocorreu um comportamento ineficaz por parte de um dos membros da família, no caso a mãe da mulher mastectomizada. **Lana** afirma que sua irmã era muito próxima da mãe, e que, geralmente, a mãe afirmava ser ela a filha mais especial, sendo mais difícil para a mãe aceitar a doença. O medo da perda estava, então, muito presente.

Compactuando com Roy e Andrews (1999), afirmamos que existem períodos diversos no desenvolvimento de cada pessoa, nos quais podem ocorrer mudanças radicais em sua vida. Entre os eventos inseridos nessa afirmativa, situa-se: uma doença grave, morte de uma pessoa significativa e mudanças nos sistemas de apoio.

Vale enfatizar que **Lana** justifica a reação da mãe pela desestruturação emocional, visto que esta ficou muito mais abalada do que o restante da família:

A mãe se afastou. Em relação a dar força mesmo, ela não teve condições, como nós. (Lana-irmã)

É conveniente ressaltar que para a irmã de **Lana**, a reação da mãe não foi a esperada, pois ambas eram muito próximas e o que se podia esperar era que na situação em que ela se encontrava a mãe fosse se aproximar mais, oferecendo apoio para a melhor adaptação.

Roy & Andrews (1999) referem que as expectativas das pessoas, quando estão envolvidas em um relacionamento, afeta a qualidade deste. Se a pessoa espera que o sentimento seja expresso de uma forma, e este é manifestado de forma contrária, pode ocorrer um desequilíbrio no relacionamento.

No que concerne às relações de interdependência entre a mulher mastectomizada e os familiares, a despeito do relato anterior de **Lana**, em que a mãe tinha se afastado da irmã, observamos, entre a maioria dos familiares

entrevistados, uma maior aproximação, não sendo expresso a ocorrência de mudanças.

O meu relacionamento com ela não mudou em nada. Muito pelo contrário, fez com que eu me aproximasse. (Neide-filha)

Se a gente já tinha carinho com ela, agora tem mais. Melhorou bastante. (Lucy-filha)

(...) eu fiquei mais apegada. Cada vez mais. (Dara-mãe)

Neide colocou que a doença não representou um fator de mudança em seu relacionamento com a mãe, pelo menos não de mudanças negativas, uma vez que ela e a mãe aproximaram-se ainda mais por conta do problema.

É conveniente colocar que a família inteira de **Neide**, suas irmãs, tias, avós, envolveram-se na situação, demonstrando interesse pelo problema e vivenciando junto com a mulher todas as dificuldades advindas da situação.

No relato de **Lucy**, está presente uma maior demonstração de carinho e afeto pela mãe, desencadeado pela fragilidade da situação, onde as filhas passaram a expressar, mais claramente, os sentimentos de afeição pela mulher.

Esse fato pode ser reforçado pela colocação de **Dara**, na qual percebemos o aprofundamento da relação com a filha, denotando uma intensificação do apego nas relações de interdependência.

A forma como as relações são construídas, a infra-estrutura envolvida nas relações associa-se ao processo de adaptação, ou seja, os sentimentos presentes nas relações, tais como afeição, sentimentos de desenvolvimento e recursos existentes nas relações influenciam as relações de interdependência (Roy & Andrews, 1999).

Em decorrência do câncer de mama abalar, profundamente, a auto-estima da mulher, com possíveis repercussões no autoconceito, há necessidade de uma maior atenção à mesma por parte da família, dos amigos e profissionais de saúde, no sentido de uma readaptação da mulher ao convívio social. Para tanto, o

relacionamento familiar e social constituem forte apoio para a mulher no enfrentamento da situação de ser mastectomizada.

Detectamos comportamentos eficazes, no que diz respeito ao relacionamento familiar, representando um contribuinte na recuperação física e psicológica da mulher:

Ela nunca vai só (...). E nem fica só. (Neide-filha)

(...) a gente não deixava ela só um minuto. A gente ainda não deixa. Mas no começo, direto. (Lucy-filha)

Acompanhar a mãe em todas as etapas do tratamento era um ponto crucial para **Neide** e **Lucy**, buscando, dessa forma, amenizar o sofrimento desta, frente às conseqüências psicológicas resultantes da mastectomia.

No relato de **Tony**, existe também a preocupação em acompanhar a esposa em todas as fases:

Eu acompanhei, sabe? Desde a descoberta. Acompanhei em tudo.
(Tony-marido)

Uma atitude positiva, para auxiliar à mulher na adaptação à situação, está explicitada no relato de **Eliza**, quando questionada sobre o relacionamento com a mãe:

Mudou, porque eu procuro ter mais paciência. Tento compreender. (...) estou mais compreensiva com ela. (Eliza-filha)

O relato denota uma mudança no relacionamento, porém, positiva, para uma melhor relação, a fim de contribuir para a manifestação de comportamentos adaptativos pela mulher.

Eliza reforça o seu comportamento adaptativo, quando refere uma maior atenção à mãe após a doença:

Passei a gostar mais, ter mais atenção, mais cuidado.

As relações de amor, atenção e carinho intensificaram-se na convivência entre mãe e filha, também destacado na expressão de **Mila**:

Atenção redobrada. Sempre foram atenciosas (as irmãs). O nosso relacionamento melhorou. Somos mais íntimas. (Mila-irmã)

Diante do exposto, é salutar destacarmos que nas famílias alvo do estudo a maioria dos comportamentos relacionados ao processo da doença, foram comportamentos adaptativos, visto que contribuíram para a manutenção do equilíbrio familiar.

As relações de interdependência não sofreram alterações negativas, salvo uma exceção, o que demonstra que houve um enfrentamento satisfatório do problema.

Os depoimentos revelam mudanças no relacionamento, mas que se traduziram em um relacionamento mais estreito, revelando uma maior aproximação de todas as pessoas da família:

É daqui pra melhor. Tanto pra mim como pras outras irmãs. Nossa convivência ta ótima. (Lucy-filha)

Fez foi melhorar (risos). (...) a gente tem que se unir. (Kátia-filha)

Ficou mais forte. Eu acho que o relacionamento da gente ficou até mais forte (...) (Rúbia-irmã)

Apesar do câncer de mama se constituir em uma doença que causa impacto familiar, bem como no ambiente social da mulher, também pode possibilitar o estreitamento entre as relações familiares, como ser o propulsor de mudanças nos hábitos da família, as quais podem vir a trazer equilíbrio para uma família, que há muito vinha vivenciando algum tipo de instabilidade.

Identificamos, em uma colocação, uma mudança no relacionamento de um dos membros da família, em virtude da doença da mãe:

Até o meu irmão mais velho... Eu me preocupava porque ele bebe. Mas depois da operação da mãe ele melhorou muito. (Lucy-filha)

Observamos, no depoimento, que um membro da família, por ser alcoólatra, provocava apreensão entre os outros membros. O mesmo, no entanto, procurou mudar os seus hábitos, promovendo uma estabilidade maior nas relações de interdependência. Esse comportamento foi eficaz, buscando proporcionar um ambiente mais equilibrado para a mulher.

Essa colocação insere-se no modelo de adaptação, pois a família conhecia as limitações nas relações de interdependência, representadas pelo membro que tinha problemas relativos ao fato de ser alcoólatra. Roy & Andrews (1999) afirmam que o conhecimento sobre a dinâmica do grupo é uma importante influência no desenvolvimento deste grupo e no aprofundamento das suas relações.

O relacionamento com os amigos, no que se refere à ocorrência ou não de mudanças, foi tema constante entre os familiares, como exemplificado:

Continuou igual. (...) perguntam como é que ela tá. Se melhorou. Muitos ligam pra saber como é que ela ta. (Kátia-filha)

Do mesmo jeito. Ainda ontem isso aqui tava cheio de gente. (Tony-marido)

Apesar do câncer de mama se constituir em uma doença que causa impacto familiar, bem como no ambiente social da mulher, também pode possibilitar o estreitamento entre as relações familiares, como ser o propulsor de mudanças nos hábitos da família, as quais podem vir a trazer equilíbrio para uma família, que há muito vinha vivenciando algum tipo de instabilidade.

Identificamos, em uma colocação, uma mudança no relacionamento de um dos membros da família, em virtude da doença da mãe:

Até o meu irmão mais velho... Eu me preocupava porque ele bebe. Mas depois da operação da mãe ele melhorou muito. (Lucy-filha)

Observamos, no depoimento, que um membro da família, por ser alcoólatra, provocava apreensão entre os outros membros. O mesmo, no entanto, procurou mudar os seus hábitos, promovendo uma estabilidade maior nas relações de interdependência. Esse comportamento foi eficaz, buscando proporcionar um ambiente mais equilibrado para a mulher.

Essa colocação insere-se no modelo de adaptação, pois a família conhecia as limitações nas relações de interdependência, representadas pelo membro que tinha problemas relativos ao fato de ser alcoólatra. Roy & Andrews (1999) afirmam que o conhecimento sobre a dinâmica do grupo é uma importante influência no desenvolvimento deste grupo e no aprofundamento das suas relações.

O relacionamento com os amigos, no que se refere à ocorrência ou não de mudanças, foi tema constante entre os familiares, como exemplificado:

Continuou igual. (...) perguntam como é que ela tá. Se melhorou. Muitos ligam pra saber como é que ela tá. (Kátia-filha)

Do mesmo jeito. Ainda ontem isso aqui tava cheio de gente. (Tony-marido)

Os amigos foram considerados fonte de apoio, ajudando no enfrentamento do problema, através do suporte emocional:

Converso com meus amigos. Vou pra lá, choro, choro... e quando volto pra casa já tá tudo bem de novo. (Kátia-filha)

Meus amigos me ajudaram muito. (Mila-filha)

Por outro lado, um depoimento revela a ocorrência de mudanças negativas na relação com os amigos, estando presente, assim, alteração nos sistemas de apoio, representado como os amigos:

Se afastaram (os amigos). Quem deu assistência mesmo foi a família.
(Rúbia-filha)

Os sistemas de apoio, de acordo com a teoria de adaptação, referem-se a grupos e organizações nos quais as pessoas estão inseridas, podendo ser vistos como a família, pessoas do ambiente profissional, grupos religiosos, dentre outros.

É pertinente resgatar Simonton (1990), ao colocar que a família, enquanto parte do sistema de apoio mais próximo à mulher, constitui um fator primordial da sua recuperação, seja evitando fatores desnecessários de estresse, ou ajudando-a a lidar com ele, para que possa, tranqüilamente, fazer as suas mudanças necessárias.

Algumas vezes, a mulher optou por se afastar dos amigos por vontade própria, causando uma interrupção no relacionamento, por vergonha ou medo de não ser aceita por conta da mastectomia.

(...) ela passou um bocado de tempo sem ver os amigos, porque ela achava que eles se aproximavam dela por curiosidade. (Eliza-filha)

Apreendemos, na colocação, a presença de conceitos ligados à aparência, funcionando como um estímulo residual, proporcionando um comportamento ineficaz por parte da mulher mastectomizada.

Eliza enfatizou que a mãe sempre foi extremamente vaidosa, preocupava-se bastante com a aparência, daí a vergonha decorrente da mastectomia. Como uma forma de atenuar os sentimentos da mãe, ela procurava sempre arrumá-la, penteá-la e cuidar de sua aparência, a fim de que a mãe se sentisse melhor.

Denotamos, diante do relato anterior, uma alteração na auto-estima da mulher mastectomizada, com possível extensão ao autoconceito, pois esta evitava encontrar os amigos por temer a reação dos mesmos diante da mastectomia. Este fato acabava por preocupar sua filha, uma vez que ela achava ruim o isolamento da mãe, do grupo de amigos da igreja e dos vizinhos.

No que se refere ao autoconceito associado ao câncer de mama, Silva & Mamede (1998) enfatizam que o valor que a mulher atribui a si influencia o significado de sentir-se com câncer, significado relacionado também com as conseqüências advindas da doença, percebida como possivelmente incurável, com repercussões em sua vida social e afetiva, além da possibilidade de levá-la à morte.

Segundo Roy & Andrews (1999), a integridade no autoconceito é um dos mais importantes fatores que influencia a forma de dar e receber afeto das outras pessoas. Através desse processo, a pessoa desenvolve a capacidade para o enfrentamento de problemas, proporcionando o alcance de necessidades associadas às relações de interdependência.

Do ponto de vista de Silva & Mamede (1998), a mastectomia resulta em uma mutilação física com repercussões emocionais para a mulher, sendo as pessoas, muitas vezes, incapazes de avaliar, em profundidade, o nível de implicações na vida da paciente.

É coerente evidenciar Almeida (1997), quando afirma que sendo o câncer uma doença que afeta profundamente a pessoa acometida, bem como as pessoas de suas relações, aliado ao fato de, atualmente, ainda possuir uma conotação de

contágio e terminalidade, esteve presente em seu estudo o preconceito, através dos discursos das mulheres mastectomizadas.

A autora percebeu, em seu estudo, que o constrangimento da mulher associado à doença estigmatizante, levou a mesma a se afastar das pessoas do seu convívio social.

Nos depoimentos, identificamos o relacionamento saudável entre os familiares entrevistados e a mulher, sendo salientado, sobretudo, a força proporcionada pelo restante dos familiares:

Ele também é uma pessoa muito positiva (o marido da mulher). Muito alto astral. Ele disse: vamos tocar para frente. As atitudes dele com ela, do mesmo jeito. (Lana-irmã)

O meu esposo se dá muito bem com ela, demais. Minhas tias sempre vêm visitar. Tem a outra minha irmã, todo dia ela liga. (Lucy-irmã)

Todo mundo. (...) todos vieram, deram força a ela. O meu marido me ajudou. Ele gosta muito dela. (Rúbia-irmã)

Constatamos a interdependência nas relações familiares, em que todos procuraram ajudar, seja através de suporte emocional ou físico, demonstrando maior atenção à mulher, ajudando-a através de palavras de conforto e carinho. Essa aproximação da família entre si e com a mulher proporciona uma recuperação mais rápida da mulher e a superação do problema.

Araújo & Lopes (1999) constataram, em um estudo, que a família é necessária para a produção de respostas adaptativas nos modos propostos no modelo de adaptação. Além disso, afirmam, que ela representa um elo facilitador das relações entre o profissional de enfermagem e a cliente atendida, não somente para a detecção de problemas, mas também, para a implementação de cuidados e recuperação da saúde.

Reafirmando a importância da família, enquanto promotora da saúde de seus membros, Araújo, Silva e Sanford (2000) evidenciam que a família constitui um ambiente social em que todos os indivíduos que nele interagem e que dele se originam são capazes de tornar esse ambiente propício ou não à saúde, ou seja, criar condições que geram saúde ou doença.

Dessa forma, chama-se atenção para a necessidade do enfermeiro, profissional do cuidado, manter flexibilidade, durante a prestação de assistência, a qual inclui planejar abordagens criativas para a promoção de famílias saudáveis (Nitschke, 1999b).

A fim de uma melhor visão da categoria, com suas respectivas subcategorias, destacamos a seguir um esquema, possibilitando a identificação dos estímulos presentes, mecanismos de enfrentamentos utilizados pelos familiares e comportamentos manifestados, os quais foram classificados em adaptativos ou ineficazes.

FAMÍLIA E AS RELAÇÕES DE INTERDEPENDÊNCIA

**IMPACTO FAMILIAR
FRENTE À DOENÇA**

**RELACIONAMENTO
FAMILIAR**



ESTÍMULOS

FOCAIS

Importância da mulher
Diagnóstico do câncer
Comunicação sobre a cirurgia
Tristeza da mulher
Medo da perda

CONTEXTUAIS

Câncer
Mastectomia

RESIDUAIS

Conceito pessoal sobre câncer
Conceitos ligados à aparência

MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO

União maior da família; Apoio dos amigos

COMPORTAMENTOS ADAPTATIVOS

- » Agrupamento maior da família
- » Ajuda física por parte dos familiares
- » Envolvimento de toda a família
- » Maior aproximação da família
- » Expressão dos sentimentos à mulher
- » Acompanhamento de todo o processo de tratamento
- » Intensificação das relações de amor e carinho entre os familiares
- » Mudanças comportamentais de um dos membros da família com respeito a fatores de desagregação familiar (álcool)

COMPORTAMENTOS INEFICAZES

- » Falta de um apoio maior por parte de um dos membros da família (pai)
- » Relacionamento ruim entre um dos familiares com a mulher (mãe/filha)
- » Em um caso os amigos se afastaram
- » Fuga da mulher (isolamento social) por vergonha

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas famílias enfocadas no estudo, não foi detectada a ocorrência de profundas alterações em seu contexto, uma vez que os comportamentos manifestados pelos familiares constituíram-se, prioritariamente, em comportamentos adaptativos, contribuindo para a manutenção da integridade familiar.

No momento da descoberta do câncer de mama, o medo esteve presente entre os familiares como um sentimento bastante significativo. Este fato pode estar associado à visão do câncer como doença sem cura e próxima da morte. Assim, os familiares demonstraram o medo da perda de um ente querido, sendo constante fonte de sofrimento.

Percebemos deficiência nas famílias envolvidas no estudo, no que diz respeito à orientação sobre as conseqüências possíveis da doença, bem como acerca de seu desenvolvimento e dos tratamentos.

Nesse sentido, ocorreram comportamentos ineficazes frente à descoberta da doença, uma vez que influenciaram negativamente no equilíbrio familiar, promovendo sentimentos diversos, como: medo, ansiedade, desespero e impotência. Esses sentimentos foram potencializados quando foi comunicada a necessidade da mastectomia.

Os estímulos focais presentes entre os depoentes, inseridos no modo de desempenho de papel, foram: diagnóstico da doença; comunicação e as complicações da cirurgia; solidão da mulher; e dificuldades financeiras. Estes mobilizaram os familiares para a manifestação de comportamentos imediatos associados à situação. Outros estímulos focais, inseridos no modo de desempenho de papel, se constituem em: medo da morte, medo da metástase, medo da cirurgia e surpresa pelo fato de nunca ter imaginado que isso poderia acontecer na família.

Como estímulos contextuais, identificamos: o câncer de mama, a mastectomia, a situação econômica, o tratamento quimioterápico, a fisioterapia, além da depressão da mulher. Como estímulos residuais, percebemos as crenças relacionadas ao autoconceito concernentes à cirurgia.

O diagnóstico do câncer e a realização da mastectomia ocasionaram mudanças na vida da mulher, como também no seu contexto familiar. Estas englobam os papéis ocupados pela mulher e seus familiares, com diminuição no desempenho das atividades pessoais, acrescidas de mudanças comportamentais e na maneira de ser da mulher.

As mudanças referentes ao papel da mulher envolvem restrições na realização de atividades domésticas e profissionais. Os familiares, algumas vezes, tiveram que abdicar de suas atividades profissionais, para acompanhar a pessoa doente durante o processo de tratamento e, além do mais, ganharam mais um papel - o de cuidador - podendo este ser visto como papel terciário, pois nesse sentido é considerado um papel temporário, complementar ao papel secundário.

Com relação às mudanças na vida social dos familiares, os relatos denotam a continuidade na rotina, justificada como uma forma da mulher não se sentir culpada. Porém, isso não significa que a mulher era deixada de lado.

Na busca para o enfrentamento da situação, inserido no modo de desempenho de papéis, a família utiliza diversos mecanismos de enfrentamento, dentre os quais podemos citar: diálogo com o médico, para o conhecimento real do problema; manutenção da calma, para ajudar os outros familiares; união maior da família, através da realização de reuniões familiares para discussão sobre o problema; e fé, manifestada pela confiança em Deus, orações e freqüência à igreja, o que auxiliava na força para a continuidade da luta contra a doença.

A mulher era vista como significativa e amada. O seu papel continuou a ser percebido como fundamental, não havendo mudanças consideráveis. Esse fato contribuía, consideravelmente, para a manifestação de comportamentos adaptativos.

Dessa forma, se a mulher já era amada, passou a ser mais ainda, após a mastectomia. Esse amor incluía, também, uma maior atenção por parte dos familiares, dedicando-se ao tratamento da mesma, e valorizando-a como pessoa importante dentro do grupo familiar.

Quanto às relações de interdependência, identificamos comportamentos eficazes, no que diz respeito ao relacionamento familiar, estando presente uma

maior união, com o agrupamento de toda a família, para a resolução do problema. Havia o envolvimento de todos os membros para oferecimento de cuidados à mulher, de atenção à saúde, contribuindo para uma recuperação mais rápida e menos traumática.

Os depoimentos revelaram mudanças no relacionamento entre a mulher e a família, e entre o restante dos familiares, representadas por um estreitamento nas relações, revelando uma maior aproximação de todas as pessoas da família. Isto também representava uma forma da família enfrentar melhor o problema, auxiliando a mulher na adaptação.

Nesse sentido, enfatizamos a importância de envolver a família no processo de tratamento, a fim de minimizar os sentimentos negativos proporcionados pela doença. Para tanto, a equipe de saúde que assiste ao cliente oncológico, especialmente a enfermeira, deve inserir a família durante o planejamento da assistência a esse cliente, até porque a família constitui parte essencial dessa assistência.

Sob esse ponto de vista, é coerente assinalar que uma cirurgia, além de abalar emocionalmente a pessoa, estende o seu impacto à família e ao círculo de amigos, especialmente se é uma cirurgia revestida de medo, do inesperado, do risco, como é o caso de cirurgias oncológicas, em que, nem mesmo o médico tem a certeza do prognóstico.

A interdependência permeou as relações familiares, nas quais todos procuraram ajudar, através de suporte emocional ou físico, oferecendo atenção à mulher e suporte através de palavras de conforto e carinho.

Os comportamentos adaptativos ou ineficazes estiveram ligados ao tempo de cirurgia da mulher, ou seja, entre os depoimentos predominaram comportamentos adaptativos, quando já decorrido um certo tempo da cirurgia. Por outro lado, quando a cirurgia era recente, os comportamentos ineficazes eram predominantes, salvo algumas exceções.

O grau de instrução também influenciava nas respostas dos familiares, visto que as pessoas com maior nível de escolaridade ou com um nível muito baixo apresentavam respostas mais adaptativas, levando em consideração o maior

esclarecimento acerca da doença, ou o total desconhecimento. Entretanto, identificamos também respostas ineficazes relativas ao alto grau de esclarecimento.

É válido ressaltar, que os familiares identificados como informantes para a entrevista, seguindo as indicações das mulheres mastectomizadas, em sua maioria, eram do sexo feminino, o que demonstra a importância do papel da mulher enquanto fornecedora de cuidados no seio da família.

A utilização do modelo de adaptação, proposto por Sister Callista Roy, foi de grande validade, por oferecer uma melhor visão acerca da situação, de forma a observarmos os comportamentos dos familiares baseando-se nos conceitos da teoria, através da observação das pessoas como holísticas e partindo do princípio de que a família, assim como o indivíduo, representa o receptor do cuidado de enfermagem, que é o objeto do trabalho da enfermagem.

Por fim, sugerimos que a enfermagem, especialmente na área de mastologia, enfatize a família como essencial no cuidado, assegurando uma melhor prestação de assistência à cliente. A família também está afetada em sua integridade, no momento de uma doença de caráter maligno como o câncer.

Esperamos que novos trabalhos nessa área sejam desenvolvidos, para aprofundamento do conhecimento e promoção de uma assistência mais qualitativa, visando a uma melhor adaptação do cliente e da família.

SUMMARY

The mastectomy represents a real threat to the woman's self-esteem, altering her daily life and provoking changes that can be of physical, social and emotional order, not just affecting the woman, but also causing conflicts in her family. We aimed to identify stimulus that happen in the mastectomized woman's family context as surgery consequences and to know her relatives' behaviors when facing these stimulus, presented as acting roles and interdependence. The study has a descriptive type and was developed in a specialized Oncological institution, located in Fortaleza - CE, with 15 families of mastectomized women identified in an initial contact with these patients. The data were collected through visits, using a route for data collection and having Roy's Adaptation theory as a referential. The interviews had a semi-structured type. The data were organized based on the analysis content. After the disease's discovery and the surgery news, fear was referred by the relatives, generating impact in the family and in the closest friends. The behaviors observed at that moment contributed in a negative way to the family's balance, being, like this, considered ineffective. The love feelings and affection reflected the woman's meaning given by her relatives, without important alterations after the mastectomy, what demonstrates an adaptative behavior. Among the changes in the woman's life and in her family context carted by the mastectomy and by the mamma cancer diagnosis, there were alterations in several family members roles, as consequences of the incidental reductions that the woman did in her role, as an adaptation form to her new condition. Those alterations were as much of physical order, as emotional and social-economical. The most important changes included those ones related to professional activities or domestical tasks. The behaviors manifested by the relatives were constituted mainly by adaptative behaviors, contributing to the maintenance of the family integrity. The observed family union helped the problem confrontation, making the family's relationships growth possible. We concluded that the family, as well as the mastectomized woman, is in the same way affected during the whole disease's process and treatment, being necessary the health team to give some attention to the family in order to include it in the planning of our actions. The adaptation model is valid, once it offers a better vision concerning the situation and behaviors of relatives based on the concepts of the worked theory.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. M. **Vivendo com a incerteza da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama.** 1997. 153p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

ALTHOFF, C. R. Dimensionando o espaço da família, no âmbito do público e do privado. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 35 - 38, jul./dez. 1996.

ALTHOFF, C. R. Pesquisando a família: a experiência da enfermagem na UFSC. **Rev. Fam., Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 1/2, p. 49 - 56, jan./dez. 1999.

ANGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. **Rev. Fam., Saúde Desenv.**, Curitiba, v.1/2, p. 7 - 14. jan. /dez. 1999.

ANNIK, M. J. S. Vivência corporal, imagem do corpo e mastectomia. In: REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA, 18., 1988., **Anais...** Local: Sociedade Brasileira de Psicologia de Ribeirão Preto. p. 181 - 189.

ARAÚJO, T. L.; LOPES, M. V. O. A importância da família no comportamento do modo de autoconceito. In: ALVES, M. D. S.; PAGLIUCA, L. M. F.; BARROSO, M. G. T. **Cultura e poder nas práticas de saúde: sociedade, grupo e família.** Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC, 1999. p. 145 - 154.

ARAÚJO, M. F. M.; SILVA, M. J.; SANFORD, F. M. S. Educação em saúde no grupo familiar: uma abordagem interdisciplinar. In: GURGEL, A. H.; COSTA, L. B.; VIEIRA, M. DI C. M. **O cuidado em saúde.** Fortaleza: UFC, 2000. p. 119 - 130.

AZEVEDO, G.; MENDONÇA, S. Câncer na população feminina brasileira. **Rev. Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 68 - 75, 1993.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: edições 70, 1977. 223p.

BARROSO, M. G. T. Reflexões sobre a saúde da família: dimensões culturais e éticas. In: ALVES, M. D. S.; PAGLIUCA, L. M. F.; BARROSO, M. G. T. **Cultura e poder nas práticas de saúde: sociedade, grupo e família**. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC, 1999. p. 111-116.

BELCHER, A. Fatores que Interferem nas respostas relacionadas ao potencial risco de câncer ou ao diagnóstico de câncer. In: CLARK, J. C., MACGEE, R. F. **Enfermagem oncológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 37 - 43.

BRACCIO, S. Reconstrução da mama: voltar a sentir. **Rev. Cláudia**, v. 36, p. 142 - 143, abr. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2000**. Rio de Janeiro, 2000. 18 p.

BRENELLI, H. B. Terapia de Apoio à Paciente com Câncer de Mama. In: DIAS, E. N., CALEFFI, M., SILVA, H. M. S., FIGUEIRA FILHO, A. S. S. **Mastologia Atual**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. p. 291-296.

BRITTO, A. V. Epidemiologia descritiva do câncer de mama. In: FARIA, S. L., LEME, L. H. S.; OLIVEIRA FILHO, J. A. **Câncer da mama: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 1 - 9.

CALEFFI, M. Doenças da mama. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas clínica em atenção primária**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 224 - 228.

CENTA, M. L.; ELSEN, I. Reflexões sobre a evolução histórica da família. **Rev. Fam., Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 1/2, p. 15 - 20, jan./dez. 1999.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Makron, 1996. p. 44 - 56.

CHRISTENSEN, P. J. Assessment data collection to the family client. In: CHRISTENSEN, P. J.; KENNEY, J. W. **Nursing process**: application of conceptual models. 4th ed. St. Louis: Mosby, 1995. p. 70 - 77.

CROWLEY, M. Prevenção primária na prática de enfermagem oncológica. In: CLARCK, J. C.; MCGEE, R. F. **Enfermagem oncológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 44 - 54.

DEITOS, T. F. H.; GASPARY, J. F. P. Efeitos biopsicossociais e psiconeuroimunológicos do câncer sobre o paciente e familiares. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 43, n. 2, p. 117 - 125, 1997.

DE LA PARRA, G.; FODOR, M. Factores psicologicos en la enfermedad cancerosa. **Rev. Cancerol. Mex.**, v. 38, n. 2, abr./jun. 1992.

ELSEN, I. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: ELSEN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1994a. p. 19 - 61.

_____. Desafio da enfermagem no cuidado de famílias. In: ELSEN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1994b. p. 61 - 78.

ENTREKIN, N. Câncer de mama. In: CLARK, J. C.; MACGEE, R. F. **Enfermagem Oncológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 401 - 415.

FALCETO, O.; AERTS, D. R. G. C.; FERNANDES, C. L.; WARTCHOW, E. S. O médico, o paciente e sua família. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.;

GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas clínica em atenção primária**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 65 - 72.

FERNANDES, A. F. C. **O cotidiano da mulher com câncer de mama**. Fortaleza: Pós - Graduação/DENF/UFC/Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997. 96 p.

FERNANDES, A. F. C.; MAMEDE, M. V. A repercussão da mastectomia na vida familiar: orientações para o autocuidado. In: DAMASCENO, M. M. C., ARAUJO, T. L., FERNANDES, A. F. C. **Transtornos vitais no fim do século XX: diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. p. 81 - 90.

FERNANDES, A. F. C.; SILVA, R. M.; GURGEL, A. H.; LINARD, A. G. Detecção precoce do câncer de mama - vivência com um grupo de mulheres. In: ALVES, M. D. S.; PAGLIUCA, L. M. F.; BARROSO, M. G. T. **Cultura e poder nas práticas de saúde: sociedade, grupo e família**. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC, 1999. p. 71-78.

FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S. M. Introdução. In: KALOUSTIAN, S. M. **Família brasileira, a base de tudo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998. p. 11 - 15.

GALBREATH, J. G. Sister Callista Roy. In: GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000 p. 203 - 224.

GARCÍA, A. Experiência grupal de análisis de la relación paciente de cáncer-personal de salud. **Rev. Med. Urug.**, v. 8, p. 7-12, 1992.

GILLISS, C. L. Family nursing research, theory and practice. **J. Nurs. Scholarship**, v. 23, n. 1, p. 12 - 22, 1991.

HARTMAN, S. Preparing modern nurses for postmodern families. **Holist. Nurs. Pract.**, v. 9, n. 4, p. 1 - 10. 1995.

HECKERT, U. Reações psíquicas a mastectomia. **HU Rev.**, Juiz de Fora, v. 1, p. 97 - 102, 1993/1995.

JOHNSON, M.; JOHNSON, J. L. Divulgação de informações através da educação do paciente e da população. In: In: CLARK, J. C.; MACGEE, R. F. **Enfermagem oncológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 73 - 77.

JUAÇABA, S. Câncer de mama. In: DAMASCENO, M. M. C.; ARAUJO, T. L.; FERNANDES, A. F. C. **Transtornos vitais no fim do século XX: diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. p. 73-79.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria: ciências comportamentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

MARCON, S. S.; ELSEN, I. A enfermagem com um novo olhar... A necessidade de enxergar a família. **Rev. Fam., Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 1/2, p. 21 - 26, jan. /dez. 1999.

MARREIRO, C. L. **Experiências de mulheres mastectomizadas que se submetem à quimioterapia**. 1998. 65p. Monografia (Especialização) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 1998.

MELO, E. M. **Fatores predisponentes do câncer de mama e a trajetória para o tratamento: opinião das mulheres**. 1997. 34p. Monografia (Graduação) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.

_____. M. **Mulher mastectomizada e o tratamento quimioterápico:** uma análise do processo adaptativo. 1999. 69p. Monografia (Especialização) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

MELO, E. M.; SILVA, R. M.; LOPES, M. V. O. Modos de enfrentamento da mulher mastectomizada frente aos estímulos decorrentes do tratamento quimioterápico. In: GURGEL, A. H.; COSTA, L. B.; VIEIRA, M. D. C. M. **O cuidado em saúde.** Fortaleza: UFC, 2000. p. 41 - 52.

MILLS, D. S. Serviços de assistência oncológica. In: CLARK, J. C.; MACGEE, R. F. **Enfermagem oncológica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 31 - 36.

MINAYO, M. C. Fase exploratória da pesquisa. In: _____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999. cap. 2, p. 89 - 104.

MORATÓ, X. P. La autoexploración, clave en la detección precoz del cáncer de mama. **Rev. Àgata,** Barcelona, n. 2, p. 4 - 5, Juny 1999.

NITSCHKE, R. G. A bagagem. In: _____. **Mundo imaginal de ser família saudável:** a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos. Pelotas: Ed. Universitária/UFPe, 1999^a. cap. 3, p. 33 - 55.

NITSCHKE, R. G. Um sinal de alerta para quem cuida. In: _____. **Mundo imaginal de ser família saudável:** a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos. Pelotas: Ed. Universitária/UFPe, 1999. cap. 6, p. 171 - 180.

NOGUEIRA, M. J. C. Assistência de enfermagem à família. **Enfermagem Novas Dimens.,** v. 3, n. 6, p. 327 - 346, 1977.

PATRÍCIO, Z. M. Cenas e cenários de uma família: a concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. In: ELSÉN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1994. p. 93 - 120.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Ética e pesquisa em enfermagem. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 291 - 309.

QUEIROZ, M. V. O.; BARRETO, J. O. C.; BARROSO, M. G. T. A arte de escutar a família: vivência com clientes hospitalizados. In: ALVES, M. D. S.; PAGLIUCA, L. M. F.; BARROSO, M. G. T. **Cultura e poder nas práticas de saúde: sociedade, grupo e família**. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC, 1999. p. 127-134.

RODRIGUES, D. P. **Mulher mastectomizada: análise do processo adaptativo**. 1999. 160p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. p. 1 - 56.

RODRIGUES, D. P.; MELO, E. M.; COSTA, M. M. G.; SILVA, R. M. **Situações vivenciadas pela mulher com câncer de mama**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48., 1996, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1996. 22 p.

RODRIGUES, D. P.; MELO, E. M.; SILVA, R. M. **Mulher mastectomizada e a relação com o suporte social**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47., 1995, Goiânia. **Anais...** Goiânia, 1995. 25 p.

RODRIGUES, D. P.; MELO, E. M.; SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. O suporte social para atender as necessidades de mulheres mastectomizadas. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 44, n. 3, p. 231 -238, 1998.

ROY, S. C.; ANDREWS, H. A. **The Roy adaptation model**. 2th ed. Connecticut: Appleton & Lange, 1999. 574p.

SEGAL, S. M. **Mastectomia**: mantendo sua qualidade de vida após o câncer de mama. Rio de Janeiro: Record, 1995. 79p.

SILVA, R. M. Mulher mastectomizada e o relacionamento familiar. In: VARELA, Z. M. V.; SILVA, R. M.; BARROSO, M. G. T. **Dimensões do cotidiano**: violência, saúde da mulher e desempenho no trabalho. Fortaleza: Pós - graduação/DENF/UFC, 1998. p. 63 - 73.

SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. **Conviver com a mastectomia**. Fortaleza: UFC, 1998. 155p.

SILVA, R. M.; MELO, E. M.; RODRIGUES, M. S. P. Família como suporte para a mulher em tratamento quimioterápico. **Rev. Fam., Saúde Desenv.**, Curitiba, v.1, n. 1/2, p. 87-96, jan. /dez. 1999.

SIMONTON, S. M. **A família e a cura**: O método Simonton para famílias que enfrentam uma doença. São Paulo: SUMMUS, 1990. 250 p.

SOUSA, L. S. A entrevista, o Imaginário e a Intuição. In: GAUTIER, J. H. M.; CABRAL, I. E.; SANTOS, I.; TAVARES, C. M. **Pesquisa em enfermagem novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 30 - 50.

STUART, T. P.; GARCÍA, T. V.; FIGUEROA, H. R. Dinamica familiar em niños portadores de enfermedad neoplasica. **Rev. Cuba. Oncol.**, v. 8, n. 2, p. 86 - 89, 1992.

TODESCHINI, D. et al. Aspectos psicossociais do câncer de mama. **Rev. Acta Med.**, Porto Alegre, v. 15, p. 339 - 347, 1994.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. p. 91 - 115.

VOLKER, D. L. Padrões da educação em oncologia: paciente, família e população. In: CLARK, J. C.; MACGEE, R. F. **Enfermagem oncológica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 31 - 36.

9 ANEXOS

Anexo A - Ofício para a entrada no campo de coleta

Anexo B - Roteiro de entrevista para a mulher

Anexo C - Roteiro de levantamentos de dados para a família

Anexo D - Termo de consentimento para a mulher

Anexo E - Termo de consentimento para o entrevistado

Anexo F - Protocolo de aprovação do Comitê de Ética

Anexo G - Identificação dos entrevistados

9 ANEXOS

ANEXO A

OFÍCIO PARA A ENTRADA NO CAMPO DA COLETA

Prezado diretor,

Solicito de V. Sa. autorização para a entrada do campo de prática desta instituição, com o intuito de contribuir na coleta de dados da dissertação intitulada “Processo adaptativo da família frente à mastectomia”. O estudo como objetivo analisar o processo de adaptação da família da mulher mastectomizada frente à cirurgia. A amostra será composta por familiares da mulher submetida à cirurgia. Para tanto, é essencial o contato prévio com a paciente, com a finalidade de um posterior contato com um familiar desta.

Vale salientar que não será realizado nenhum procedimento que venha a prejudicar a paciente, bem como o diálogo só será realizado quando houver aceitação por parte desta.

Certa de contar com o vosso apoio, agradecemos antecipadamente.

Elizabeth Mesquita Melo
Mestranda em Enfermagem/UFC

ANEXO B

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A MULHER

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Idade _____

Ocupação _____

Participação na renda familiar _____

Grau de instrução _____

Estado civil _____

Religião _____

2. DADOS RELACIONADOS À FAMÍLIA

Com quem mora _____

Pessoa na família que melhor se relaciona _____

Percepção quanto à reação da família frente à notícia da cirurgia

Pessoa que cuidou dela quando recebeu alta _____

Pessoa com quem permaneceu a maior parte do tempo _____

Outras pessoas importantes para a mulher _____

3. ESTRUTURA FAMILIAR DA MULHER (nº de pessoas na família, idade, grau de parentesco, participação na renda familiar, etc.).

Identificação (nº)	Idade	Grau de parentesco	Ocupação	Participação na renda familiar

4. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Como descobriu o nódulo _____

Quando o nódulo foi diagnosticado _____

Tratamentos estabelecidos _____

ANEXO C

ROTEIRO DE LEVANTAMENTOS DE DADOS PARA A FAMÍLIA

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Idade _____

Sexo _____

Grau de parentesco _____

Participação na renda familiar _____

Religião _____

Grau de instrução _____

2. MODOS DO DESEMPENHO DE PAPEL E INTERDEPENDÊNCIA

2.1. Como foi para os familiares a convivência após a cirurgia?

2.2. Aconteceu alguma mudança?

2.3. O que vocês fizeram para se adaptar a essas mudanças?

2.4. Como está o relacionamento da mulher com a família?

2.5. Como a família percebe o papel da mulher após a mastectomia?

2.6. O que ela representa para você?

3. OBSERVAÇÕES DESCRITIVAS

Expressão facial	
Alterações no tom de voz	
Gestos	
Reação às perguntas	
Ambiente	

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A MULHER

Eu, _____, autorizo a visita domiciliar à minha família pela enfermeira Elizabeth Mesquita Melo, enquanto estiver hospitalizada, para a realização da pesquisa intitulada "Processo adaptativo da família frente a mastectomia", e afirmo estar a par dos objetivos propostos pelo estudo, que foram colocados durante a entrevista realizada comigo.

Fortaleza, ____ / ____ / ____

Assinatura da mulher

ANEXO E

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O ENTREVISTADO

Prezado (a) Sr. (a)

Sou enfermeira, aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Como requisito do Curso, estou desenvolvendo um estudo sobre o processo adaptativo da família frente a mastectomia. Assim gostaria de solicitar a sua aceitação para participação neste estudo, através de uma entrevista sobre a sua vivência diante da cirurgia. Ressalto que estará garantido o sigilo quanto a sua identificação, como também é de livre escolha a sua participação, havendo a possibilidade de desistência a qualquer momento da entrevista.

A entrevista será gravada, de acordo com a sua permissão. A gravação facilitará o contato entre entrevistador/entrevistado. Os dados do estudo serão divulgados ao final da pesquisa e apresentados ao Curso de Mestrado, levando em conta o anonimato.

Gostaria de colocar que a sua participação é de extrema importância para uma melhor assistência às clientes mastectomizadas, como também aos seus familiares.

Atenciosamente,

Elizabeth Mesquita Melo
Mestranda em Enfermagem/UFC

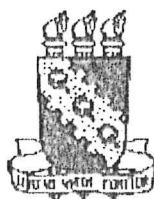
Eu, _____,
estando a par dos objetivos do estudo, bem como de sua importância,
concordo em participar do mesmo, desde que sejam levados em
consideração os meus direitos acima mencionados e não me oponho
que o meu depoimento seja gravado.

Fortaleza, _____ / _____ / _____

Assinatura do entrevistado

ANEXO F

PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 045/2000

Fortaleza, 07 de março de 2000

Protocolo n° 25/2000

Dept°./Serviço: Departamento de Enfermagem/UFC

Título do Projeto: "Processo da família frente à mastectomia"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n°196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução n° 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 30 de março de 2000.

Atenciosamente,

A assinatura manuscrita de Mirian Parente Monteiro, escrita em uma caligrafia cursiva elegante.

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê de Ética em Pesquisa
COMEPE/MUWC/UFC

ANEXO G

IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

1. Mara

A entrevista realizou-se com Mara, 75 anos, no dia 19 de junho de 2000, no período da tarde, com a duração de 25 minutos. Sua filha fez a cirurgia há 10 meses, sendo identificada quando submetida à quimioterapia. A mesma ficou seis meses na casa da mãe, após a cirurgia, onde recebeu os cuidados necessários para a recuperação. Mara reside em Fortaleza, tem duas filhas, ajuda financeiramente a filha operada e auxilia no tratamento. É católica, tem o ensino fundamental incompleto, é aposentada e viúva. Ao ser informada sobre os objetivos e a importância do estudo, não ofereceu nenhuma resistência em participar do mesmo; entretanto, reagiu às perguntas colocadas durante a entrevista, de forma indiferente, ou seja, sem dar muita atenção à entrevistadora. Manteve uma expressão facial de preocupação; às vezes fugia às pergunta e sempre interrompia a entrevista para fazer alguma recomendação a um dos empregados da casa. Na varanda da residência, onde se realizou a entrevista, havia bastante movimento de pessoas e ruídos, dentro e fora de casa, uma vez que a casa está localizada próxima a uma avenida de bastante movimento.

2. Neide

A entrevista realizou-se com a filha, no dia 28 de junho de 2000, com duração de 50 minutos. A mãe foi mastectomizada há quatro meses e identificada durante o tratamento quimioterápico. Neide tem 27 anos, é natural de Cascavel - Ceará, tem pouca participação na renda familiar, é católica e cursou o ensino fundamental incompleto. Foi informada sobre o estudo no dia anterior, momento em que a mãe foi entrevistada, demonstrando interesse em participar do mesmo. A entrevista foi marcada para o dia seguinte, passível, no entanto, de mudança pelo telefone, caso ocorresse algum imprevisto. Sua realização desenvolveu-se em um ambiente tranquilo, salvo a televisão estar ligada. Além da entrevistada,

estavam presentes um cunhado da mulher, uma sobrinha e a própria mulher mastectomizada.

3. Bena

A entrevista realizou-se no dia cinco de julho de 2000, durante o período da tarde, com uma duração de 15 minutos. Bena é irmã da mulher mastectomizada, tem 34 anos de idade, é analfabeta e católica não praticante. No momento está sem nenhuma participação na renda familiar, pois teve que parar de trabalhar, para cuidar de sua irmã, submetida à mastectomia há um mês, considerando a data da entrevista. Inicialmente, a mulher foi identificada durante uma sessão de quimioterapia, para, em seguida, ser identificado o informante, através das respostas da mulher. Vale ressaltar que Bena reside com a irmã em Caucaia-Ceará. A entrevista realizou-se em um clima de tranqüilidade, porém Bena não parecia entender o significado das perguntas, o que exigia que as mesmas fossem repetidas mais de uma vez; durante a maior parte do tempo, permaneceu sorrindo. Ainda assim, ela não ofereceu resistência em participar do estudo, pelo menos não explicitamente, apesar de ter demorado um pouco a atender, simulando que estava fazendo algumas atividades domésticas.

4. Ana

A entrevista realizou-se no dia seis de julho de 2000, tendo duração de 50 minutos. Ana é irmã da mulher mastectomizada, tem 67 anos, é católica, semi-alfabetizada e foi identificada no tratamento quimioterápico. Sua irmã fez a cirurgia há 05 meses. No momento Ana está cuidando da irmã, que reside no Pará. Entretanto, encontra-se em Fortaleza há mais de 01 ano. A entrevistada não ofereceu nenhuma resistência em participar do estudo, demonstrando muita receptividade. A entrevista realizou-se na sala da residência, contando com a presença da mulher, de uma neta e, posteriormente, do esposo da entrevistada. Havia no ambiente bastante barulho. Algumas vezes foi preciso interromper a entrevista.

5. Lana

A entrevista realizou-se com a irmã, no dia sete de julho de 2000, com a duração de 55 minutos. A mulher foi mastectomizada há 08 meses, tendo sido

identificada durante a o tratamento quimioterápico. Lana tem 26 anos, não tem participação na renda familiar, auxilia nos afazeres domésticos, é evangélica e possui ensino médio completo. A entrevista transcorreu em um clima agradável. Ao ser informada sobre o estudo, a entrevistada não impôs nenhuma resistência, mesmo porque tinha sido anteriormente avisada pelo telefone. O local onde se realizou a entrevista foi a sala de estar, com a presença, somente, da entrevistadora e da entrevistada. O ambiente estava tranqüilo, sem barulhos ou interferências.

6. Leny

A entrevista aconteceu com a neta, no dia oito de julho de 2000 e teve a duração de 30 minutos. A mulher foi mastectomizada há 01 mês, sendo identificada durante a realização do tratamento radioterápico. Leny tem 40 anos e uma participação ativa na renda familiar, uma vez que a avó reside em sua casa; é católica e tem ensino médio completo. A mesma foi informada sobre o estudo na instituição, quando acompanhava a avó durante sessão de radioterapia, tendo sido marcado o dia aproximado da visita domiciliar, ficando esse sujeito à confirmação por telefone. Demonstrou interesse em participar do estudo. Ajudou a avó a responder o questionário, pois a mesma tinha problemas de audição, em decorrência da idade avançada. A entrevista realizou-se em um ambiente tranqüilo, contando também com a participação da filha da mulher, ou seja, a mãe da entrevistada e de uma empregada da família, que também conviveu e está convivendo com o processo. Durante a entrevista, a expressão facial era de tranqüilidade. Respondia bem às perguntas colocadas e fazia questão de falar bastante sobre tudo o que lhe era colocado.

7. José

A entrevista ocorreu com o filho, no dia onze de julho de 2000, com a duração de 25 minutos. A mulher, identificada durante uma sessão de fisioterapia, está há um mês mastectomizada. Durante a aplicação do roteiro de entrevista à mulher, foram colocados os objetivos do estudo e agendada, com a mesma, a realização da visita domiciliar. Esta foi confirmada por telefone, uma vez que a pessoa que iria ser entrevistada estava viajando. José tem 42 anos, é casado, tem

participação ativa na renda familiar da mãe, é católico e possui o ensino fundamental incompleto. A mãe está passando esse período com ele, uma vez que reside no interior do Estado e ficariam difíceis suas idas e vindas para fins de tratamento. A entrevista realizou-se em um ambiente tranqüilo, com a mulher próxima. Quando o entrevistado foi informado sobre os objetivos do estudo, não demonstrou nenhuma objeção em participar do mesmo. Durante a entrevista, manteve uma expressão facial sem alterações, um ar de tranqüilidade. Algumas vezes permanecia em silêncio. Ao se expressar, não gesticulava de forma a demonstrar qualquer instabilidade. Não respondia exatamente às perguntas colocadas, entrando em outro assunto.

8. Lucy

A entrevista realizou-se, com a filha no dia onze de julho de 2000, com duração de 40 minutos. A mulher foi identificada durante o tratamento quimioterápico e foi submetida à mastectomia há 08 meses de mastectomizada. Lucy tem 35 anos, ajuda financeiramente a mãe no que pode, é evangélica e possui o ensino fundamental incompleto. A mesma foi informada, previamente, sobre a entrevista pela mãe. Após uma ligação telefônica, foi confirmado o dia da visita domiciliar. Ao serem colocados os objetivos do estudo, bem como sua importância, não apresentou nenhuma dificuldade quanto à sua participação. Uma irmã mais nova também acompanhou a entrevista e, de vez em quando, respondia a algumas questões colocadas. A entrevista realizou-se em um ambiente meio movimentado, uma vez que, a cada instante, entrava ou saía alguém da casa, ou o telefone tocava.

9. Valdo

A entrevista realizou-se no dia doze de julho de 2000, com o marido e teve duração de 15 minutos. A mulher fez a cirurgia há 01 mês e foi identificada durante a realização da fisioterapia. Valdo tem 48 anos, tem participação única e essencial na renda familiar, é católico, possui o ensino fundamental incompleto e trabalha como vendedor de lanches no centro da cidade. O mesmo foi informado da entrevista pela esposa, ficando a data a ser marcada por telefone, como de fato aconteceu. Não mostrou nenhuma objeção em participar do estudo, manifestando

mais interesse quando foram colocados os seus objetivos. A entrevista foi realizada em um ambiente um pouco turbulento, em razão da casa ser bastante pequena. A televisão estava ligada no cômodo ao lado. A mulher permaneceu na sala durante toda a entrevista.

10. Dara

A entrevista foi realizada no dia 24 de julho de 2000, com a mãe, e teve a duração de 30 minutos. A mulher fez a cirurgia há 05 meses e foi identificada durante a realização do tratamento quimioterápico. Dara tem 76 anos, é católica, semi-alfabetizada e aposentada. Não tem participação na renda familiar; a filha mora com ela. A mulher informou a mãe, previamente, acerca da entrevista, confirmada através de uma ligação. Não houve nenhum tipo de objeção em participar do estudo. A entrevista realizou-se em um ambiente tranqüilo, onde estavam presentes a entrevistada, que era a mãe da mulher, o pai e o esposo, este saindo de vez em quando. Ressalta-se que a mulher também permaneceu na sala durante a entrevista.

11. Eliza

A entrevista realizou-se no dia 25 de julho de 2000, com a filha e teve duração de 20 minutos. A mulher fez a cirurgia há 01 ano e foi identificada durante a realização do tratamento quimioterápico. Eliza tem 35 anos, participação ativa na renda familiar da família, é católica, possui ensino médio completo, é comerciante e professora. Foi informada a respeito do estudo e da entrevista, ainda na instituição, quando acompanhava a mãe durante o tratamento quimioterápico, manifestando interesse em participar. A entrevista foi marcada por telefone, tendo sido realizada no estabelecimento comercial da entrevistada, anexo à sua casa. A entrevistada permaneceu com uma expressão facial sem alterações, durante toda a entrevista. Falava em tom de voz compreensível, reagia às perguntas de forma bastante natural, não fugindo a nenhuma das questões colocadas. O ambiente estava tranqüilo, muito embora, algumas vezes, a entrevista fosse interrompida, com a chegada de algum cliente na lojinha.

12. Kátia

A entrevista realizou-se no dia 26 de julho de 2000, com a filha e teve duração de 25 minutos. A mulher, mastectomizada há 04 meses, foi identificada durante a realização do tratamento quimioterápico. Kátia tem 20 anos, não tem participação na renda familiar, possui nível superior incompleto e é espírita. A data da entrevista foi confirmada por telefone. Colocados os objetivos do estudo, não ofereceu nenhum tipo de resistência em participar do mesmo, demonstrando, inclusive, satisfação e interesse. A entrevista realizou-se na sala de jantar de sua residência, sem a presença de sua mãe. O ambiente estava tranqüilo, sem nenhum tipo de interrupção. Demonstrou tranqüilidade; aparentemente estava bem durante a entrevista, olhando fixamente nos olhos ao responder. Imprimia, de vez em quando, maior emoção à voz e gesticulava pouco. No que se refere às perguntas, reagia bem e de forma natural às perguntas colocadas.

13. Rúbia

A entrevista aconteceu no dia 27 de julho de 2000, com a irmã, tendo duração de 30 minutos. A mulher, identificada durante o tratamento quimioterápico, foi mastectomizada há 03 meses. Rúbia tem 40 anos, não tem participação na renda familiar da mulher, uma vez que não moram juntas, mas ela cuidou da irmã durante os primeiros dias que se seguiram à cirurgia (aproximadamente um mês e meio). É católica, e possui ensino fundamental completo. A mesma foi informada da entrevista pela irmã, sendo a data confirmada por telefone. Após serem colocados os objetivos e a importância do estudo, não ofereceu nenhuma objeção em participar do mesmo; muito pelo contrário, deixou transparecer satisfação em responder aos questionamentos. A entrevista foi realizada em um ambiente tranqüilo, sem nenhum tipo de interferência. Durante a entrevista, a expressão facial da entrevistada permaneceu sem alterações, o mesmo ocorrendo em relação ao tom de voz. Gesticulava muito e falava bastante. Reagiu de forma natural às perguntas.

14. Tony

A entrevista ocorreu no dia 28 de julho de 2000, com o marido, e teve duração de 20 minutos. A mulher fez a mastectomia há 10 meses e foi identificada

durante a realização do tratamento quimioterápico. Tony com 55 anos, tem participação ativa na renda familiar, é católico e possui nível superior completo. Foi informado sobre o estudo enquanto acompanhava a sua esposa durante o tratamento quimioterápico, demonstrando interesse em participar do mesmo. A data da entrevista foi confirmada por telefone, sendo a mesma realizada em um ambiente tranqüilo, apenas com a presença de entrevistado e da entrevistadora.

15. Mila

A entrevista realizou-se com a filha no dia 31 de julho de 2000 e teve duração de 30 minutos. A mulher foi submetida a uma mastectomia há 01 ano, tendo sido identificada durante a realização do tratamento quimioterápico. Mila tem 22 anos o seu grau de parentesco com a mulher é de filha, sua participação na renda familiar é pequena, é evangélica, possui nível médio completo e trabalha como secretária. Foi informada sobre o estudo pela mãe, de forma superficial. Através do telefone, foi esclarecida acerca do estudo e dos seus objetivos, demonstrando aceitação em participar do mesmo, sendo, então, marcada a entrevista. Esta se realizou em um ambiente calmo, sem nenhuma interrupção, contando apenas com a presença da entrevistada e da entrevistadora. Durante a entrevista, manteve uma expressão facial triste, algumas vezes sorrindo, muitas vezes chorando. O tom de voz mudava de acordo com a pergunta. Reagiu de forma natural a todas as perguntas, não deixando de responder nenhuma delas.