



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

**A CONJUGALIDADE DIANTE DO ADOECIMENTO POR CÂNCER DE MAMA:  
UNIÃO OU SEPARAÇÃO?**

**Hortênsia Pereira de Souza**

**Brasília – DF**

**2019**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

**A CONJUGALIDADE DIANTE DO ADOECIMENTO POR CÂNCER DE MAMA:  
UNIÃO OU SEPARAÇÃO?**

**Hortênsia Pereira de Souza**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Prof. Dra. Isabela Machado da Silva

**Brasília – DF**

**2019**

## **Agradecimentos**

Agradeço aos meus pais, Heriberto e Everilda, pelo amor e apoio incondicionais, por sempre me incentivarem e não medirem esforços para que eu esteja sempre bem, por sempre estarem presentes e serem sempre minhas principais inspirações.

À professora e orientadora Isabela pelo imenso aprendizado, pelas experiências proporcionadas, por ser uma professora tão dedicada, mas principalmente tão sensível e humana.

À Letícia, pelo amor, companheirismo e incentivo nas horas difíceis e nas noites em claro, por compartilhar comigo essa forma única de ver o mundo.

Aos meus irmãos Herivelto, Humberto, Heraldo e Herbênia, por serem, cada um da sua forma, grandes referências. E à toda minha família pelo apoio.

Às amigas, Cléia, Cínthia, Lari, Lares, Sílvia, Pati e Ana, por cada momento de alívio, cada palavra de apoio.

Aos estudantes de graduação que fizeram parte da minha experiência docente, pelas discussões e aprendizado proporcionado.

A todos os professores e colegas do mestrado, pelas trocas e aprendizados nas disciplinas.

À CAPES, pelo fomento à esta pesquisa.

## Resumo

Nesta dissertação, busca-se compreender as relações entre a conjugalidade e o adoecimento por câncer de mama. A dissertação é composta por três artigos. No primeiro, apresentou-se uma revisão integrativa da literatura acerca das relações entre o câncer de mama feminino e diferentes dimensões da conjugalidade. As buscas foram realizadas nas plataformas Psycnet, Scielo e Lilacs, selecionando-se 29 artigos. A coesão conjugal mostrou-se relacionada a sintomas ansiosos e depressivos, graus de esperança, espiritualidade e estratégias de *coping*. Evidenciou-se a dificuldade de flexibilizar os papéis no contexto doméstico. A comunicação negativa mostrou-se associada à satisfação conjugal, enquanto a sexualidade foi influenciada pelo medo de abandono dos maridos. No segundo, buscou-se compreender o processo de divórcio para a mulher segundo uma perspectiva sistêmico-feminista. Apesar dos estigmas ainda existentes, o divórcio pode contribuir para o desenvolvimento pessoal, mesmo que haja perdas. No terceiro artigo, apresentou-se um estudo de caso coletivo em que se buscou compreender a conjugalidade de duas mulheres com câncer de mama: uma que se manteve casada e outra que se separou durante o processo de adoecimento. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada e elaboração de genograma. O adoecimento por câncer pode contribuir para a reavaliação sobre a vida e o relacionamento, promovendo a alteração da dinâmica relacional; enquanto o luto antecipatório pode contribuir para a reafirmação da afetividade. O diagnóstico e tratamento de câncer promove reconfigurações em diferentes dimensões da conjugalidade, sendo necessário compreender a influência da história do casal, dos valores sociais e familiares, bem como da presença de estressores adicionais, na forma como essa experiência será vivenciada por cada casal. Os estudos apresentados contribuem para a compreensão sobre como a conjugalidade e o câncer de mama se relacionam. O divórcio é uma das possibilidades diante da reconfiguração conjugal, e o olhar sistêmico-feminista sobre esse fenômeno contribui para uma visão menos estigmatizante.

**Palavras-chave:** relações conjugais, casamento, sexualidade, comunicação, neoplasias mamárias

### **Abstract**

In this dissertation, we aimed to understand how marital relations and breast cancer relate. The dissertation is composed by three articles. In the first, we present an integrative review of the literature on the relations between female breast cancer and different dimensions of marital relations. The searches were carried out on Psycnet, Scielo and Lilacs databases, and 29 articles were selected. Marital cohesion proved to be related to anxious and depressive symptoms, degrees of hope, spirituality and coping strategies. It was difficult to couples to flexibility roles in the domestic context. Negative communication proved to be associated with marital satisfaction, while sexuality was influenced by fear of being abandoned by the husband. In the second article, we sought to understand how women experience divorce according to a feminist-systemic perspective. Despite the stigma that still exists around divorce, it may contribute to personal development, even if there are losses. In the third article, we performed a collective case study in which we sought to understand the marital relations of two women with breast cancer: one which remained married and another that broke up during the process of illness. Data were collected through semi-structured interview and genogram. Cancer can contribute to women re-evaluate their lives and relationships, promoting change in marital dynamics; while anticipatory mourning can contribute to attempts to reinforce affectivity. Cancer diagnosis and treatment leads to reconfigurations in different dimensions of marital relations. It is necessary to understand how couple's history, social and family values, as well as the presence of additional stressors, influence this experience for each couple. The presented studies contribute to understand how marital relations and breast cancer are related. Before reconfiguration of the marital dynamics, divorce is one of the possibilities. The feminist-systemic approach enables a less stigmatizing view of the phenomenon.

**Keywords:** marital relations, marriage, sexuality, communication, breast neoplasms

## Sumário

Introdução.....	1
Câncer de Mama e Conjugalidade: Uma Revisão Integrativa.....	4
Método.....	7
Resultados e Discussão.....	8
Coesão.....	8
Flexibilidade .....	15
Comunicação.....	17
Sexualidade .....	20
Considerações Finais .....	24
Referências .....	26
O Divórcio para a Mulher: Uma Análise Sistêmico-Feminista .....	33
A Perspectiva Sistêmica .....	35
A Perspectiva Sistêmico-Feminista .....	38
O Divórcio na Perspectiva Sistêmico-Feminista .....	39
O Divórcio, a Mulher e a Sociedade Patriarcal.....	39
O Divórcio, a Mulher e sua Família de Origem.....	44
O Divórcio, a Mulher e o Ex-Cônjuge.....	46
O Divórcio, a Mulher, a Maternidade e a Coparentalidade .....	50
Considerações Finais .....	52
Referências .....	54
A Conjugalidade diante do Adoecimento por Câncer de Mama: Um Estudo de Caso Coletivo .....	60
Conjugalidade e Câncer.....	61
Câncer, Conjugalidade e Gênero .....	62
Objetivos.....	63
Método.....	63
Delineamento e Participantes.....	63
Procedimentos.....	64
Instrumentos.....	64
Resultados e Discussão.....	65
Simone .....	65
Virgínia .....	77
Considerações Finais .....	84
Referências .....	85
Considerações Finais.....	91

Referências .....	93
Anexo A .....	105
Anexo B.....	107
Anexo C.....	110
Anexo D .....	111

## Introdução

Para contextualizar os estudos que compõem esta dissertação, considero importante primeiramente contextualizar a mim mesma, já que, segundo o pressuposto da intersubjetividade, o observador participa da constituição do conhecimento, relacionando-se com o objeto estudado, e também faz parte do sistema observado (Vasconcellos, 2003). Sendo assim, minha história e trajetória fazem parte do desenvolvimento e escrita de cada uma das etapas desta dissertação, e considero importante contextualizá-las como ponto de partida.

O interesse pelo feminismo e estudos de gênero, embora de certa forma sempre presente, ganhou forma na graduação, junto com uma afinidade com as ciências sociais e sua visão de mundo questionadora, problematizadora. Considero que a experiência universitária foi um privilégio, por ter proporcionado a interdisciplinaridade e a autonomia para criar nossos caminhos acadêmicos.

A residência em psico-oncologia foi um mergulho na psicologia da saúde. No hospital, entrei em contato com a humanização dos serviços de saúde, o olhar integral ao paciente, a vontade de fazer diferente, de olhar o indivíduo além da doença. A prática psicológica no hospital tem suas particularidades, em que se destaca a multidisciplinaridade, porém ainda muito centrada na visão médica, com seus princípios de ciência mais positivistas. A prática profissional me atendia, a prática acadêmica ainda não.

Por meio das experiências na residência, surgiram as ideias de pesquisa. E, devido à minha trajetória, o olhar de gênero sempre esteve presente. No hospital, vi mulheres cuidadoras sofrendo violência conjugal, vi mulheres abandonadas por seus parceiros durante o tratamento, vi mulheres criando coragem de deixar relacionamentos abusivos após o diagnóstico, vi mulheres com medo de deixar relacionamentos por acharem que não eram mais atraentes após o tratamento, vi grande discrepância entre o número de cuidadoras e de cuidadores. E, dessa forma, comecei a pensar como o adoecimento e o cuidar se manifestavam de formas diferentes em homens e mulheres. Por esse olhar, vi surgir a oportunidade de juntar a visão de gênero e a prática da saúde em uma pesquisa.



Foi assim que cheguei ao mestrado. E foi nele que aprendi a refletir sobre de onde parte minha visão de mundo, que existem muitas formas de produzir conhecimento e que é você que atua nessa produção. No mestrado, a teoria sistêmica me apareceu como uma boa surpresa, que conversava com meu projeto e acrescentou outra visão, com perspectiva mais relacional, e a teoria sistêmico-feminista foi a forma de fazer relação com as visões de gênero. Por ainda não ter feito parte da minha trajetória, apropriar-me da perspectiva sistêmica foi um exercício nesses anos.

Dessa forma, pretendendo estudar a relação de gênero que permeia o adoecimento por câncer de homens e mulheres e, levando em consideração que a conjugalidade tem papel central na vivência dos pacientes, mesmo quando os cônjuges não são os principais cuidadores, surgiu o interesse de estudar as relações conjugais nesse contexto.

A ideia inicial era de entrevistar os dois membros do casal. Entretanto, ao conversar com a responsável pelo serviço de psicologia do hospital, identificamos a dificuldade de que os cônjuges se dispusessem a participar da pesquisa. Ainda nessas conversas, identificamos que os homens que estariam disponíveis a participar já eram aqueles que acompanhavam ativamente o tratamento da esposa, o que já caracterizaria uma forma de conjugalidade em particular. Dessa forma, pensando em acessar outras configurações de relacionamento, pensei nas mulheres que se separaram em decorrência das mudanças que o câncer provocou na vida individual e do casal, dando foco à experiência da mulher na vivência do adoecimento e da reconfiguração da conjugalidade.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi compreender de que forma a conjugalidade e a vivência do adoecimento por câncer de mama se relacionam. Os objetivos específicos foram:

- Identificar o que a literatura dos últimos anos produziu sobre a relação entre câncer de mama e conjugalidade;
- Contextualizar o divórcio segundo a teoria sistêmica, especificamente a teoria sistêmico-feminista;
- Compreender o processo de separação conjugal com foco na experiência da mulher;

- Compreender aspectos da conjugalidade que repercutem na forma de vivenciar o adoecimento por câncer de mama;
- Compreender aspectos do adoecimento por câncer de mama que se repercutem na forma de vivenciar a conjugalidade.

Para isso, foram escritos três trabalhos:

- 1) “Câncer de mama e conjugalidade: Uma revisão integrativa da literatura” – Nesse estudo, analisamos 29 artigos utilizando as seguintes categorias de análise da conjugalidade: coesão, flexibilidade, comunicação e sexualidade. Por meio desse artigo, apresentamos os dados já existentes na literatura sobre câncer de mama e relações conjugais.
- 2) “O divórcio para a mulher: Uma análise sistêmico-feminista” – Trata-se de um capítulo de livro em que se aborda o divórcio com foco na vivência da mulher e sua relação com os sistemas e subsistemas dos quais faz parte. Esse artigo ajuda a contextualizar o meio social e cultural que influenciam a forma como a mulher vive a conjugalidade e o processo de divórcio.
- 3) “A conjugalidade diante do câncer de mama: Um estudo de caso coletivo” – Nesse estudo empírico, são analisados dois casos de mulheres com câncer de mama, uma que permaneceu casada após o diagnóstico e durante o tratamento e outra que se separou após o diagnóstico. Esse artigo ajuda a compreender de que forma os contextos e sistemas se relacionam e como contribuem para desfechos diferentes da conjugalidade após o adoecimento.

## **Câncer de Mama e Conjugalidade: Uma Revisão Integrativa**

Hortênsia Pereira de Souza

Isabela Machado da Silva

**Resumo:** Este estudo apresenta uma revisão integrativa da literatura acerca das relações entre o câncer de mama feminino e diferentes dimensões da conjugalidade: coesão, flexibilidade, comunicação e sexualidade. Realizaram-se buscas nas plataformas Psycnet, Scielo e Lilacs, selecionando-se 29 estudos. A coesão conjugal mostrou-se relacionada a sintomas ansiosos e depressivos, graus de esperança, espiritualidade e estratégias de *coping*. Evidenciou-se a dificuldade de flexibilizar os papéis no contexto doméstico. A comunicação negativa mostrou-se associada à satisfação conjugal, enquanto a sexualidade foi influenciada pelo medo de abandono dos maridos. Destaca-se a importância de os profissionais que trabalham com essa população abordarem a coesão, a flexibilidade, a comunicação e a sexualidade.

**Palavras-Chave:** relações conjugais, casamento, sexualidade, comunicação, neoplasias mamárias

**Abstract:** This study presents an integrative literature review on the relationship between female breast cancer and different dimensions of marital relations: cohesion, flexibility, communication and sexuality. The searches were conducted on Psycnet, Scielo and Lilacs, and 29 studies were selected. Marital cohesion proved to be related to anxious and depressive symptoms, degrees of hope, spirituality and coping strategies. It was difficult to couples to flexibility roles in the domestic context. Negative communication proved to be associated with marital satisfaction, while sexuality was influenced by fear of being abandoned by husband. We highlight the importance of professionals working this population to address cohesion, flexibility, communication and sexuality.

**Keywords:** marital relations, marriage, sexuality, communication, breast neoplasms

O câncer provoca impactos físicos e emocionais, não só nas pessoas acometidas pela doença, mas em toda a sua rede social, com destaque à família, que geralmente também se responsabiliza pelos cuidados necessários no dia-a-dia, sejam por consequência da enfermidade, seja pelo próprio tratamento (Floriani & Schramm, 2006). Nesse contexto, a relação conjugal pode ser afetada tanto pelas demandas emocionais relacionadas ao diagnóstico, como por demandas físicas relacionadas à doença ou aos cuidados prestados ao cônjuge doente. O diagnóstico tende, ainda, a provocar mudanças de papéis e na identidade do casal (Watson & McDaniel, 2005). Essas repercussões não são necessariamente negativas, havendo relatos de maior contato físico não sexual, maior apreciação entre os cônjuges e aumento da intimidade emocional (Picheti, de Castro, & Falcke 2013).

A abordagem sistêmica compreende os processos de adoecimento a partir das relações entre os sistemas, que se influenciam mutuamente (Barros, Carvalho, & Andrade, 2013). Um conjunto de elementos forma um sistema quando há interação ou relação entre eles, numa interdependência mútua (Vasconcellos, 2003). Um sistema é formado por vários subsistemas, que também tem uma relação de interdependência. Por exemplo, um sistema familiar poderá ser formado pelo subsistema parental e o conjugal, entre outros. Dessa forma, compreende-se que, assim como a doença traz repercussões à conjugalidade, a conjugalidade também irá impactar a forma como os cônjuges viverão o processo de adoecimento e tratamento.

A conjugalidade, segundo Féres-Carneiro (1998), refere-se à identidade conjugal. É construída a partir das duas individualidades dos membros do casal, criando um terceiro elemento: um modelo conjugal único e exclusivo daquela relação.

Uma forma de compreender a conjugalidade é por meio do Modelo Circumplexo de Olson (2000). Esse modelo integra três dimensões consideradas relevantes na teoria familiar sistêmica, que são a coesão, a flexibilidade e a comunicação (Olson, 2000). A coesão são os laços entre os membros familiares ou do casal, que envolvem limites, relações emocionais, coalizões e interesses, entre outros fatores que avaliam como o casal estabelece a relação entre união/separação entre seus membros. A

flexibilidade diz respeito a como os membros da família e do casal transitam entre diferentes papéis, envolvendo lideranças, regras familiares, papéis de gênero. Compreende, portanto, a oscilação entre a estabilidade e a mudança nas relações. A comunicação envolve “a transmissão de crenças, trocas de informação, expressão emocional e processos de resolução de problemas” (Walsh, 2006, p. 106), sendo considerada uma dimensão facilitadora da flexibilidade e da coesão (Olson, 2000).

Embora não seja apresentada como uma dimensão independente do Olson (2000), a sexualidade também constitui um aspecto relevante para se compreender a relação conjugal. A sexualidade pode ser compreendida como a experimentação e a expressão física de sentimentos afetivos e eróticos (Rathus, Nevid, & Fichner-Rathus, 2005). Está, assim, relacionada com a intimidade e a satisfação conjugal (Hyde & DeLamater, 2007).

O adoecimento é um momento de mobilização familiar, em que todas essas dimensões serão afetadas, seja positiva ou negativamente. A forma como a família renegocia as mudanças em cada uma dessas dimensões tem efeito na vivência do adoecimento, de seu tratamento e das suas consequências. O adoecimento pode gerar, por exemplo, maior aproximação e sensação de intimidade no casal (Watson & McDaniel, 2005), assim como pode provocar sofrimento em casais com papéis de gênero muito rígidos, pela dificuldade de assumir as tarefas que o outro não consegue desempenhar devido ao diagnóstico (McDaniel & Cole-Kelly, 2003). Paralelamente, a forma como o casal vive essas dimensões também afeta a vivência da doença. A menor qualidade da relação conjugal, por exemplo, pode estar associada a recuperação mais lenta, presença de mais sinais e sintomas da doença, bem como maiores efeitos colaterais do tratamento (Yang & Schuler, 2009)

Este estudo tem como objetivo apresentar uma revisão integrativa da literatura acerca das relações entre o câncer de mama feminino e diferentes dimensões da conjugalidade: coesão, flexibilidade, comunicação e sexualidade. Este estudo permitirá a sistematização e a categorização dos estudos sob o tema, analisando seus resultados sob a perspectiva sistêmica. O câncer de mama feminino é o tipo de mais incidente em mulheres (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2019). Dessa

forma, é necessário compreender como os sistemas e subsistemas familiares se relacionam diante desse adoecimento. Este estudo se diferencia por utilizar o Modelo Circumplexo de Olson (2000), que se propõe a fazer uma ponte entre pesquisa e prática clínica, contribuindo para o exercício profissional.

### **Método**

A revisão integrativa da literatura reúne pesquisas passadas segundo critérios estabelecidos, condensando seus resultados para apresentar conclusões globais a respeito de um determinado tópico (Beyea & Nicoll, 1998). Este estudo se baseia em levantamento realizado nas plataformas Psycnet, Scielo e Lilacs. A plataforma Scielo foi escolhida por indexar algumas das revistas brasileiras de psicologia mais bem-conceituadas, a Lilacs indexa ampla gama de periódicos da área da saúde, e a Psycnet foi escolhida por indexar periódicos internacionais na área da psicologia. Foram selecionados artigos escritos na língua inglesa ou portuguesa e publicados no período de cinco anos, de 2014 a 2018. A busca foi realizada no período de fevereiro e março de 2019. Os descritores foram utilizados em dois grupos. O primeiro, relacionado à conjugalidade, com nove descritores: *conjugalidade*, *conjugality*, *conjugal*, *relação conjugal*, *casamento*, *casal*, *marriage*, *marital*, *couple*. Os termos em português foram cruzados com o descritor *câncer de mama* e os termos em inglês, com *breast cancer*. Ao total, foram realizadas 10 combinações. Nas buscas referentes aos descritores *marriage*, *marital* e *couple*, foi acrescentado o descritor *emotion*\* para filtrar os resultados.

A busca resultou em 29 artigos na plataforma Scielo; 614 na Lilacs; e 20 na Psycnet. Após essa etapa, foram lidos os resumos e selecionados os estudos segundo os critérios estabelecidos.

Os critérios de inclusão foram: ser um estudo empírico; escrito no idioma inglês ou português; ser identificado no resumo do artigo o foco na relação conjugal no contexto do adoecimento por câncer de mama. Já os critérios de exclusão foram: não tratar exclusivamente de adoecimento por câncer de mama; a doença não acometer a cônjuge do sexo feminino (p. ex., câncer de mama em

homens, câncer pediátrico); não tratar de aspectos da relação, utilizando casamento exclusivamente como categoria sociodemográfica; ter como objetivo avaliar eficácia de intervenções.

Aplicados os critérios, foram selecionados quatro artigos na plataforma Scielo, 30 na plataforma Lilacs e sete na Psycnet. Cinco artigos da Lilacs foram eliminados após leitura completa, por não atenderem aos critérios. Todos os quatro artigos da plataforma Scielo e três dos sete artigos da Psycnet repetiram-se nos resultados da plataforma Lilacs. O resultado final foi de 29 artigos selecionados.

Os 29 artigos foram lidos na íntegra e seus resultados, classificados com base no Modelo Circumplexo de Olson (2000, 2005), que tem como categorias a coesão, a flexibilidade e a comunicação. Além delas, foi acrescentada a categoria sexualidade. De acordo com essas categorias foram analisados, além dos resultados apresentados pelos estudos, a conceituação e a clareza dos construtos de análise da pesquisa e os instrumentos utilizados na avaliação. Os artigos selecionados são apresentados na Tabela 1.

## **Resultados e Discussão**

Inserir Tabela 1 aqui.

Dos 29 artigos selecionados, 20 eram quantitativos; cinco, qualitativos; e quatro, mistos. Seis estudos quantitativos eram longitudinais. Todos os demais eram transversais. Um dos estudos qualitativos era um estudo de caso.

### **Coesão**

A coesão foi relacionada principalmente aos conceitos de satisfação/qualidade conjugal e ajustamento, *coping* diádico e apoio social do parceiro. Os construtos de qualidade, satisfação e ajustamento conjugal não são bem delimitados na literatura (Moosmann, Wagner, & Féres-Carneiro, 2006). Poucos foram os estudos encontrados que definiram de forma clara os construtos utilizados,

não esclarecendo qual a base teórica que orientou a pesquisa, o que resulta também na grande variabilidade dos instrumentos de medida utilizados. Dessa forma, a divisão desses construtos na análise dos artigos foi realizada segundo o uso dos termos pelos próprios autores.

**Qualidade/satisfação conjugal e ajustamento diádico.** Apesar de todos os estudos aqui descritos usarem medidas de satisfação e/ou qualidade conjugal, nenhum definiu esses construtos. Por serem conceitos interligados, muitas vezes usados como sinônimos, a falta de clareza e delimitação desses conceitos nas pesquisas sobre conjugalidade pode dificultar que se faça relação entre seus resultados, já que nem sempre se pode inferir que partam dos mesmos pressupostos de avaliação (Mosmann et al., 2006; Scorsolini-Comin & Santos, 2010). Já o ajustamento diádico foi definido em apenas um estudo. Badr e Shen (2014) seguiram o referencial de Spanier e o definiram como um processo composto pelas dimensões: consenso, satisfação, coesão e expressão de afeto. Os domínios desse conceito se relacionam com os domínios avaliados na satisfação conjugal, como evidenciado por Scorsolini-Comin e Santos (2010), sendo, muitas vezes, usados como sinônimo.

Rock et al. (2014) investigaram a relação entre otimismo, esperança e satisfação conjugal. Considerando a esperança como a presença de crenças positivas sobre si mesmo e o otimismo como a presença de crenças positivas sobre o mundo, os autores concluíram que (a) elevados níveis de esperança, tanto dos pacientes como dos cônjuges, predisseram a satisfação conjugal dos pacientes; (b) que a satisfação conjugal do paciente tende a se beneficiar do otimismo de um dos cônjuges, (c) que a relação conjugal do paciente é mais alta quando o os cônjuges apresentam níveis complementares de esperança e otimismo.

Al-Zaben et al. (2015) conduziram um estudo na Arábia Saudita com mulheres sauditas e mulheres imigrantes. Apesar de a ansiedade se mostrar significativamente presente em boa parte das participantes do estudo, a presença de sintomas ansiosos não se mostrou significativamente relacionada à qualidade do casamento, tanto para sauditas quanto para as imigrantes. Como os próprios pesquisadores afirmaram, esse resultado pode ter relação com questões culturais e religiosas



que influenciam a forma como as mulheres veem o casamento e sua relação com seus maridos. Ou seja, os autores explicaram esses resultados enfatizando que, devido à sociedade patriarcal, as mulheres aprendem a lidar com as adversidades mesmo na falta de apoio do cônjuge. Além disso os autores consideraram que o tamanho da amostra pode ter influenciado o resultado.

Canavarro et al. (2015) utilizaram o conceito de intimidade conjugal, definida como “um processo interpessoal e transacional no qual o parceiro compartilha com o outro sentimentos íntimos, pensamentos e informação, conseqüentemente se sentindo validado e cuidado como resultado da responsividade do parceiro”<sup>1</sup> (p. 674). Os autores se propuseram a verificar como esse conceito media a relação com o desenvolvimento pós-traumático e os sintomas ansiosos nas mulheres com câncer de mama. Identificaram que as mulheres que recém saíram do tratamento apresentavam índices maiores de intimidade conjugal do que as sobreviventes, ou seja, as que já haviam encerrado o tratamento. Além disso, maiores índices de intimidade foram associados a menores índices de sintomas ansiosos. Para os autores, esse resultado mostra a importância dos relacionamentos íntimos para o processo de ajustamento relacionado ao câncer de mama. A intimidade pressupõe o compartilhamento de pensamentos, sentimentos e preocupações, o que facilita o processamento cognitivo dessas questões, promovendo novas interpretações e ressignificações do evento traumático.

Ao analisar longitudinalmente o fator protetivo da satisfação conjugal diante da sobrecarga dos cônjuges de mulheres com câncer de mama, Notari et al. (2016a) obtiveram que a satisfação conjugal, depois de controladas as variáveis médicas e psicológicas da paciente, explicou 29% e 46% do escore de sobrecarga aos três e 12 meses após tratamento cirúrgico. Segundos os autores, isso

---

<sup>1</sup> Apesar de ter sido colocada dentro da dimensão da coesão, a intimidade conjugal também é parte da análise da comunicação do casal. Como o conceito é complexo e admite mais de uma categorização, optou-se por colocá-lo como parte da coesão, por entender-se que se relaciona com a forma como os membros do casal lidam com seus laços e emoções na relação conjugal.

demonstra que o impacto negativo de ser cuidador depende da qualidade da relação entre cuidador e paciente, independentemente da condição de saúde e da fase de tratamento.

Paralelamente à sobrecarga, Yeung et al. (2018) analisaram a culpa dos maridos cuidadores de mulheres chinesas com câncer de mama e encontraram que a satisfação conjugal alta estava relacionada à maior culpa. A associação entre culpa e *protective buffering* (definido como o comportamento de esconder emoções negativas para proteger outrem) foi condicionada ao nível da satisfação conjugal. A maior culpa mostrou-se associada a menor *protective buffering* somente nos indivíduos com alta satisfação conjugal. Os autores explicaram que a maior satisfação conjugal pode fazer com que os maridos sintam maior obrigação em proteger as esposas e mais necessidade de oferecer um bom cuidado a elas, aumentando o sentimento de culpa. Como a cultura chinesa incentiva que os sentimentos negativos sobre o câncer não sejam compartilhados, então o *protective buffering* seria considerado uma forma de proteger as esposas com câncer.

Notari et al. (2016b) acompanharam longitudinalmente 74 mulheres, com o objetivo de investigar como o relacionamento satisfatório pode ser um fator de proteção na forma como as mulheres lidam com o próprio corpo até um ano após a cirurgia, no contexto do câncer de mama. Os resultados mostraram que as mulheres mais satisfeitas com o relacionamento apresentaram menos distúrbios da imagem corporal. Os autores explicaram esse resultado a partir de estudos que dizem que um relacionamento não satisfatório pode provocar sentimentos de não ser desejada ou atraente. Por outro lado, quando em um relacionamento satisfatório, a mulher pode sentir segurança de ser amada, o que a ajudaria a lidar com as mudanças físicas relacionadas ao tratamento.

Badr e Shen (2014) analisaram o comportamento de catastrofização associado a dor e depressão, relacionado-o ao ajustamento diádico. Os pesquisadores concluíram que, apesar de altos níveis de ajustamento diádico não serem indicadores de menor comportamento de catastrofização e depressão, escores baixos de ajustamento prediziam piores índices nessas variáveis.

Gall e Bilodeau (2018) pesquisaram a relação entre ajustamento diádico e espiritualidade dos parceiros. Para isso utilizaram o instrumento “The Religious Comfort and Strain Scale”, em que a relação positiva com Deus é quando essa relação é vista como fonte de conforto e a relação negativa com Deus é quando a relação é vista como fonte de conflito espiritual. Constataram que mulheres que têm uma relação negativa com Deus relatam o sentimento de serem um fardo aos seus parceiros, enquanto os parceiros que têm uma relação mais positiva com Deus relatam melhor ajustamento diádico. Além disso, as mulheres apresentaram menores escores de ajustamento quando os parceiros tinham uma relação negativa com Deus. Para os autores, esses dados podem ser explicados pelo fato de que uma boa relação com Deus contribui para que a paciente e seu parceiro se mostrem sensíveis diante das necessidades do outro. Além disso, uma relação negativa com Deus poderia afetar a esperança e o grau de percepção de controle da situação, dificultando o manejo do sofrimento psicológico e prejudicando o ajustamento conjugal

**Coping Diádico.** O *coping* diádico é definido a partir dos “diferentes modos através dos quais paciente e parceiro interagem quando lidam com estressores” (Rottmann et al., 2015, p. 2). Ou seja, relaciona-se à coesão, de forma a refletir como o casal se une e estabelece suas relações emocionais diante de uma situação de estresse, como a de adoecimento por câncer.

Rottmann et al. (2014) pesquisaram a relação entre *coping* diádico, qualidade conjugal e sintomas depressivos em pacientes e seus parceiros. Utilizaram um inventário de *coping* diádico que identifica quatro formas de *coping*: (a) *coping suportivo*, quando um parceiro ajuda o outro nas suas tentativas de *coping* com empatia e solidariedade; (b) *coping delegado*, quando um parceiro assume tarefas e responsabilidades para reduzir o estresse do outro; (c) *coping comum*, quando os dois parceiros se preocupam de forma similar com o estressor e se unem nas tentativas de resolvê-lo; e (d) *coping negativo*, quando há respostas hostis, superficiais e ambivalentes, além de distanciamento e desinteresse do parceiro. Concluíram que o *coping* diádico negativo, tanto do paciente quanto do parceiro, foi associado a pior qualidade conjugal para a paciente e mais sintomas depressivos. Quanto

mais as pacientes identificavam *coping* comum em seu relacionamento, maior a qualidade conjugal e menores os sintomas depressivos. A qualidade conjugal não se mostrou afetada pelos *coping* suportivo e delegado. Porém, longitudinalmente, o *coping* delegado se mostrou associado a mais sintomas depressivos nas pacientes. Já para parceiros, prover *coping* delegado foi associado a menores sintomas depressivos com o tempo, enquanto receber *coping* suportivo das esposas aumentou o escore de sintomas depressivos. Para os autores, o fato de o tipo de *coping* do casal afetar mais as pacientes do que os parceiros em relação à qualidade conjugal e aos sintomas depressivos pode ser explicado tanto pela condição de estar doente, e, portanto, mais vulnerável a questões emocionais, quanto pela relação de gênero, em que as mulheres costumam ter uma vivência de interdependência maior com seus parceiros do que os homens, além de se mostrarem mais atentas às relações emocionais.

Fang et al. (2015), em pesquisa com o objetivo de relacionar *coping* diádico, imagem corporal e comportamento sexual, concluíram que o *coping* negativo, especialmente evitação e culpa, relacionou-se negativamente com a imagem corporal e com o relacionamento sexual. Já o *coping* positivo mostrou-se associado apenas ao relacionamento sexual, mas não à imagem corporal. Os autores evidenciaram o fator cultural dos dados, já que a pesquisa foi realizada com mulheres chinesas, destacando que é esperado que elas vivam a conjugalidade evitando externalizar sentimentos e se sacrificando pela relação. Com os resultados obtidos, os autores sugeriram que as intervenções clínicas a respeito da sexualidade e da imagem corporal das mulheres com câncer de mama enfoquem o *coping* diádico, não apenas no *coping* individual.

**Apoio social do parceiro.** Boeding et al. (2014) usaram a seguinte definição de apoio social: “um processo transacional, que depende da dinâmica entre o receptor e o provedor do suporte” (p. 2). Em estudos qualitativos, as mulheres relataram apoio emocional dos maridos por meio do acompanhamento da quimioterapia, demonstração de satisfação, compreensão das alterações de humor e da menor participação nas atividades diárias da casa, demonstração de presença e união (Prado et al., 2016; Sanchuli et al., 2017). O apoio social está relacionado à coesão porque também se

relaciona à dinâmica de união ou separação do casal em momentos específicos, como o adoecimento de um dos membros.

Boeding et al. (2014) usaram o método de diário para analisar como o humor das pacientes e a satisfação conjugal se relacionam com a percepção de apoio recebido pelo parceiro a cada dia. As mulheres relataram receber mais apoio nos dias que sentiam mais dor ou fadiga. As mulheres que, em média, tiveram níveis maiores de humor positivo reportaram receber mais apoio que as que, em média, reportaram menor nível de humor positivo. Os autores destacaram que, por serem dados correlacionais, é possível que o apoio social influencie o humor diário, assim como o humor influencie o apoio recebido.

Relacionando apoio e ansiedade, Borstelmann et al. (2015) sugeriram que mulheres em um relacionamento com baixo apoio social têm mais possibilidade de apresentarem sintomas ansiosos, quando comparadas às que têm um relacionamento suportivo. Para os autores, isso mostra como o apoio social dos parceiros é um elemento chave ao lidar com grandes estressores. O apoio adequado será um fator de proteção diante do impacto do estressor, enquanto comportamentos não suportivos podem dificultar o desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas.

**Síntese.** Os estudos analisados abordaram a dimensão da coesão nos casais por meio da satisfação conjugal, ajustamento diádico, *coping* diádico e apoio social do parceiro. É preciso considerar que a diversidade de instrumentos utilizados e a falta de clareza teórica no uso dos construtos dificulta o agrupamento dos estudos. Apesar disso, pode-se destacar que os estudos mostram a necessidade de que se considere o contexto familiar e conjugal na abordagem da pessoa que está doente, já que, como evidenciado, a coesão conjugal tende a se relacionar com sintomas ansiosos e depressivos, com a esperança e o otimismo e com a espiritualidade. Dois estudos abordaram também a coesão na perspectiva dos companheiros, evidenciando que a satisfação conjugal relaciona-se com a sobrecarga e com o sentimento de culpa. Além disso, os estudos sugerem que a cultura tende a influenciar tanto como as pessoas vivenciam a conjugalidade como a forma

como manejam o adoecimento. Também é necessário salientar que, por se tratar de estudos com foco no adoecimento por câncer de mama, todas as participantes em condição de doença eram mulheres. Considerando que homens e mulheres vivenciam o casamento de forma diferente, isso deve ser levado em consideração na interpretação dos resultados.

### **Flexibilidade**

O principal assunto relacionado à flexibilidade foi a necessidade de os maridos lidarem com as tarefas domésticas e os cuidados com os filhos durante momentos de fragilidade decorrentes do adoecimento e do tratamento das esposas. Esse assunto foi abordado principalmente por estudos qualitativos e mistos, tanto nos relatos das esposas quanto dos maridos. Os companheiros relataram assumir as atividades domésticas como forma de apoio, porém houve reclamações das esposas sobre a forma como eles executavam essas atividades, levando a emoções negativas nos cônjuges e conflitos na relação. Além disso, os companheiros relataram a necessidade frequente de faltar ao trabalho devido à sobrecarga e ao acúmulo das tarefas tanto domésticas quanto de acompanhamento do tratamento (Neris et al., 2018; Yoshimochi et al., 2018). As mulheres também relataram esse apoio dos maridos nas tarefas diárias, porém, muitas vezes, esse reconhecimento mostrou-se acompanhado do medo de abandono caso eles se “cansassem” dessa função (Sanchuli et al., 2017).

Para os homens que começaram a se relacionar com as mulheres após o diagnóstico e o tratamento, a flexibilidade foi abordada quanto às consequências da doença nas perspectivas futuras da relação, como, por exemplo, a impossibilidade de ter filhos biológicos. Apesar das preocupações com a recorrência da doença e das consequências relacionadas a aspectos individuais e do casal, como maior preocupação com a saúde e o medo de possíveis filhos terem maior possibilidade de desenvolver a doença, os homens relataram desejos de “seguir em frente” com a relação (Freidus, 2017).

Manne et al. (2015) pesquisaram quantitativamente como o sofrimento psicológico media a associação entre a doença das esposas e o desempenho ocupacional dos maridos. Como resultados,

obtiveram que, quanto mais severa a doença, maior o sofrimento psicológico relacionado ao câncer por parte do cônjuge e que esse sofrimento foi associado a menor produtividade.

Yeung et al. (2018) pesquisaram a culpa em maridos de mulheres chinesas com câncer de mama, enfocando sua adesão aos estereótipos sociais de gênero. Constataram que aqueles que apresentavam uma forte adesão ao estereótipo social de que homens devem se mostrar fortes tenderam a se mostrar menos culpados no que se refere ao cuidado de suas esposas, avaliando como adequada a sua atuação. Os autores relacionaram esse resultado ao fato de a cultura chinesa privilegiar, no processo de socialização masculino, a ideia de que os homens devem atender às expectativas sociais e mostrarem-se fortes diante dos desafios que lhes são apresentados. No entanto, essa relação se modificou em maridos que relataram altos níveis de busca por apoio da esposa com câncer de mama. Maridos que relatavam buscar o apoio de suas esposas com frequência e que apresentavam alta adesão ao estereótipo social de que homens devem se mostrar fortes tenderam a relatar maiores níveis de culpa. Segundo os autores, "cuidadores tendem a sentir que estão recebendo mais do que merecem ou que não estão investindo o suficientemente no relacionamento quando ainda buscam o apoio de suas esposas com câncer" (p. 10), o que pode ajudar a explicar esses maiores níveis de culpa.

**Síntese.** De acordo com os estudos analisados, a dimensão da flexibilidade mostra-se relacionada com o adoecimento principalmente nas tarefas domésticas. Novamente é preciso lembrar que as pacientes participantes das pesquisas foram todas mulheres. Como as tarefas domésticas ainda são atribuídas principalmente a elas (Jablonski, 2010), é esperado impacto nessa área quando elas ficam impossibilitadas de realizar essas atividades. Quanto mais rígidos os papéis de gênero no casal, maior o sofrimento decorrente da dificuldade de continuar a desempenhar suas funções devido ao adoecimento. Porém, mesmo casais flexíveis podem sofrer com a troca de papéis devido à pressão externa para que se enquadrem nos estereótipos sociais de gênero (McDaniel & Cole-Kelly, 2003). Além disso, muitas vezes, o homem assume as tarefas domésticas ou mesmo o cuidado como forma de apoio, não as vendo como obrigação, como geralmente as mulheres as veem (Ussher & Sandoval,

2007), o que afeta o nível de sobrecarga. Essa ideia de “favor” ao assumir o cuidado e flexibilizar os papéis pode ter influência no que foi verificado nos estudos qualitativos em relatos de mulheres que sentem medo de serem abandonadas quando o marido “cansar” de desempenhar essas novas tarefas. Pode-se verificar também que o adoecimento da mulher não está relacionado à flexibilidade do casal apenas na vida doméstica. No que se refere ao papel tradicional de provedor, o parceiro da mulher com câncer de mama pode perceber a queda de sua produtividade no trabalho.

### **Comunicação**

Na abordagem da comunicação, dois estudos investigaram a dificuldade de comunicar sentimentos e ideias relacionados ao câncer por perceber o desinteresse ou a evitação desses assuntos por parte do parceiro (Soriano et al., 2017; Soriano et al., 2018). De acordo com Soriano et al. (2018), quanto maior essa dificuldade, maior o medo de recorrência da doença. No dia em que um dos cônjuges apresentavam maiores dificuldades de comunicação nesse aspecto, o outro cônjuge também apresentava maiores escores de medo de recorrência da doença. Isso significa, segundo os autores, que se comunicar abertamente sobre as preocupações com um parceiro disponível e responsivo beneficia tanto o emissor quanto o receptor. Ou seja, a intervenção clínica com base na comunicação pode reduzir o medo de recorrência do câncer tanto no paciente quanto em seu cônjuge.

Soriano et al. (2017) também associaram essa dificuldade de comunicação com o ajustamento psicossocial em um estudo longitudinal em que os dados foram coletados um mês, oito meses e quatro anos após a mastectomia. Em todos esses momentos, foi encontrado, que maiores escores de dificuldade em comunicar ideias e sentimentos relacionados ao câncer pela percepção do desinteresse ou da evitação do parceiro prediziam significativamente menores escores de ajustamento psicossocial, independente do grau de satisfação conjugal. Os autores evidenciaram que essa dificuldade de comunicação teve um efeito persistente em como as pacientes perceberam sua atratividade e feminilidade, o que não se mostrou relacionado à variação da satisfação conjugal. Os autores também destacaram que houve grande variação entre as mulheres na relação entre a



comunicação e o ajuste psicossocial. Portanto, eles levantaram a hipótese de que fatores moderadores, como as estratégias de *coping* utilizadas e a qualidade da relação antes do diagnóstico, podem influenciar o efeito negativo da dificuldade de comunicação.

Otto et al. (2015) utilizaram o conceito de *capitalização*, que é o ato de compartilhar eventos e emoções positivas, relacionando-o com a intimidade e o bem-estar dos casais. O processo de capitalização consiste em duas partes, o compartilhamento da informação e a percepção da resposta do outro. A partir de seus resultados, sugeriram que a percepção da resposta do outro é uma parte importante do processo de capitalização, principalmente porque está relacionada ao aumento do sentimento de intimidade pelos dois membros do casal. Apenas compartilhar emoções positivas mostrou-se relacionado ao aumento do sentimento de intimidade para o indivíduo que compartilhava, mas não para o indivíduo respondente. Os autores destacaram que a análise com o respondente foi exploratória, não era o foco primário da pesquisa, então são necessários mais estudos para que se tenha mais conclusões a respeito do efeito da capitalização no respondente.

Favez et al. (2016) relacionaram o criticismo aberto e encoberto nas emoções expressadas com os padrões de apego e outras variáveis. Verificaram que as mulheres expressavam significativamente mais criticismos abertos que seus parceiros. Encontraram que, quanto mais severa a doença, menos os dois membros do casal expressavam críticas um sobre o outro. Os autores explicaram que as mulheres restringiam a expressão de suas emoções e críticas por temerem afastar seus parceiros e perder o seu apoio. Já os homens tendiam a restringir a expressão de suas emoções e críticas por considerarem que a maioria dos comportamentos das esposas, inclusive os que geralmente seriam alvo de críticas, seria devida à doença. Os parceiros também relataram não criticar a esposa como forma de apoiá-la. Também encontraram que o apego ansioso, junto com a baixa satisfação conjugal, foi preditor de mais criticismo aberto. Os autores evidenciaram que a comunicação negativa de um parceiro faz emergir respostas negativas do outro, contribuindo para uma “reciprocidade

negativa”. Além disso, a baixa satisfação conjugal aumenta a quantidade de criticismos expressados, o que, por sua vez, tende a agravar a insatisfação com o relacionamento, num “ciclo vicioso”.

Para acessar as conversas de casais da forma mais natural possível, Robbins et al. (2014) utilizaram um gravador ativado eletronicamente que gravava conversas do casal por períodos aleatórios de tempo ao longo de um fim de semana, além de aplicarem instrumentos para avaliar o ajustamento psicológico individual da paciente e do parceiro. As conversas foram codificadas em *emocionais*, *informativas* ou *suportivas*. As emocionais se referiram aos momentos em que os participantes compartilhavam seus sentimentos e emoções sobre o câncer. As conversas informacionais disseram respeito ao compartilhamento de pensamentos, ideias, informações e outras questões relacionadas ao câncer de forma não emocional. Já para as conversas suportivas, foram consideradas as interações em que estava clara a intenção de oferecer suporte para o outro. Identificaram que os membros do casal tendiam a falar sobre o câncer entre eles mais do que com outras pessoas da rede social. Além disso, as conversas mostraram-se mais informativas que emocionais ou suportivas. Os pacientes que tinham maridos que conversavam mais sobre câncer, independentemente se de forma informativa ou emocional, apresentaram maiores escores de ajustamento psicológico. As pacientes conversavam sobre câncer mais frequentemente e mais emocionalmente que seus cônjuges e conversavam sobre esse assunto com outras pessoas, enquanto os cônjuges conversavam sobre o tema quase exclusivamente com as pacientes. Quando os cônjuges conversavam sobre o câncer com maior frequência, as pacientes tendiam a apresentar menores escores de evitação/pensamentos intrusivos, uma das dimensões avaliadas pelos autores no ajustamento psicológico.

Em estudo qualitativo com os companheiros das pacientes, os cônjuges afirmaram que a qualidade na comunicação e a frequência do diálogo são importantes ferramentas para demonstrar suas preocupações (Neris et al., 2018). Já com homens que se relacionaram com as mulheres após diagnóstico e tratamento, a importância da comunicação foi abordada principalmente relacionada ao

momento em que a paciente conta de seu histórico de câncer, com relatos de que foi importante ter sabido o quanto antes, já que envolvia consequências que afetam a relação, como a possibilidade de ter filhos (Yoshimochi et al., 2018).

**Síntese.** A dimensão da comunicação foi abordada nos estudos de diversas formas. Os estudos investigaram o compartilhamento de emoções positivas (capitalização), o compartilhamento de emoções negativas (criticismo) e o não compartilhamento de emoções devido à percepção de desinteresse do parceiro, fazendo a relação desses tipos de comunicação com outras dimensões, como o medo de recorrência do câncer, o ajustamento psicológico e psicosssexual, a intimidade e a satisfação conjugal. A partir das pesquisas, o ajustamento psicológico das pacientes tende a estar associado à possibilidade de conversar sobre o câncer e à percepção de interesse do parceiro nessas conversas. Além disso, as pesquisas demonstraram que a comunicação negativa tende a criar um ciclo de criticismo e insatisfação com a relação. Nesse ponto, as mulheres tendem a evitar o criticismo na comunicação motivadas pelo medo de afastarem seus maridos, enquanto os companheiros tendem a evitar o criticismo por acreditarem que assim estão apoiando suas esposas e por atribuírem à doença os problemas que seriam alvos de críticas.

Os padrões de comunicação familiar envolvem a transmissão e troca de crenças, sendo um importante fator a ser observado em situações de crise (Walsh, 2006). É comum nos casos de adoecimento na família que se evite o compartilhamento de informações ruins ou emoções dolorosas com a intenção de proteger o outro, porém isso cria barreiras e distorções de informações. Uma comunicação aberta e clara, com consistência entre o que é dito e como se age, é importante para a confiança familiar (Walsh, 2006). Pelos estudos, é possível verificar que esse padrão de comunicação aberto e claro na conjugalidade depende não só da forma de expressão de um dos cônjuges, mas também da percepção da receptividade do outro.

## **Sexualidade**

A sexualidade foi abordada principalmente por estudos qualitativos. Os principais temas explorados foram as experiências individuais dos parceiros sobre adaptação e mudanças após o adoecimento da esposa, bem como as experiências das pacientes no que se refere à alteração da imagem corporal, à autoestima relacionada à aparência, às cobranças por parte do companheiro, à dor e aos incômodos físicos na prática sexual, entre outros temas.

No estudo conduzido por Yoshimochi et al. (2018), os companheiros relataram interrupção da vida sexual após a cirurgia. A falta de interesse sexual por parte da esposa foi atribuída por eles à remoção do seio, dando-se importância à reconstrução futura das mamas como forma de aumentar o interesse delas. No entanto, houve companheiros que falaram que é a própria ideia de estar doente que afeta o desejo sexual. Os companheiros relataram compreensão frente à dificuldade das esposas de se verem mutiladas após a cirurgia e contaram que pararam de procura-las sexualmente após suas recusas. Os autores discutiram que a sexualidade é uma das grandes mudanças na vida do casal e que deve ser ressignificada após a doença, já que o ato de tocar, que antes poderia ser visto como simples, agora carrega outro sentido, seja por restrições causadas pela doença e pelo tratamento, seja pela forma como a esposa percebe sua própria imagem. Nesse contexto, entrar em contato com a proximidade de finitude que o diagnóstico de câncer proporciona pode instigar esses companheiros a ultrapassar as dificuldades e estabelecer novas formas de se relacionar sexualmente.

Para companheiros que iniciaram o relacionamento com mulheres sobreviventes de câncer de mama, ou seja, após a finalização do tratamento, a percepção de mudança nas relações sexuais acontece principalmente ao lidarem com os seios reconstituídos, pelo medo de causar dor ou desconforto às companheiras. Alguns relataram também que têm de lidar com a autoconfiança de suas esposas, que, às vezes, sentem-se inseguras a respeito do corpo modificado após a doença. Identificaram-se também relatos de homens que não viram nenhuma mudança na sexualidade com as mulheres sobreviventes (Freidus, 2017).

Na perspectiva das mulheres, há relatos de satisfação quando o marido para de procurá-las sexualmente, principalmente por entenderem que o companheiro faz isso para que elas não se sintam pressionadas e nem frustradas caso não consigam atendê-los. Entretanto, há relatos de mulheres que, apesar de não aproveitarem nem se interessarem mais sexualmente, sentem-se obrigadas a continuar mantendo relações sexuais com seus esposos por sentirem que essa é sua responsabilidade como esposa (Sanchuli et al., 2017). Os autores discutiram que o sentimento de obrigação para manter relações sexuais com o marido se deve principalmente ao medo de abandono, que também ocorre por essas mulheres se sentirem “um fardo” ao necessitarem dos cuidados dos seus cônjuges.

Ainda sobre esse assunto, Santos et al. (2017) constataram que 66% das pacientes que tinham vida sexual ativa no momento do diagnóstico interromperam as relações durante o tratamento. Na seção qualitativa do estudo, assinalaram que os motivos para a interrupção da vida sexual foram tanto físicos quanto emocionais, englobando o estresse do diagnóstico, as limitações físicas da cirurgia e a quimioterapia. Por outro lado, a continuidade das relações sexuais foi relacionada ao bom relacionamento anterior ao diagnóstico e à visão de que o sexo com o marido é uma obrigação conjugal. Segundo os autores, o sexo como forma de obtenção de prazer por parte da mulher não esteve presente como justificativa nas entrevistas. Além disso, os autores encontraram que, das mulheres que retomaram a vida sexual posteriormente, 32,6% o fizeram para agradar o parceiro ou por insistência dele, obtendo-se uma associação estatisticamente significativa entre a retomada da vida sexual e a satisfação com o relacionamento afetivo. Nesse sentido, 76,5% das mulheres insatisfeitas com a relação retomaram a vida sexual para agradar o parceiro, enquanto, dentre as satisfeitas, essa porcentagem foi de 23,5%. Nas entrevistas, as mulheres relataram a responsabilidade da mulher em manter o interesse sexual do marido e evitar que ele busque outras mulheres para esse fim. Também houve relatos de medo de abandono pelo parceiro por causa das mudanças corporais decorrentes do tratamento (Santos et al., 2017). Os autores discutiram que essas questões associadas à sexualidade

estão relacionadas à “subordinação a uma prescrição de gênero”, que atribui à mulher a manutenção do casamento, incluindo também a obrigação de satisfazer sexualmente o parceiro.

Radina et al. (2015) exploraram o impacto que o linfedema decorrente do tratamento do câncer de mama pode ter na sexualidade das mulheres ao compará-las com mulheres que não apresentavam linfedema. As mulheres com linfedema relataram mais desafios relacionados à sexualidade, como dor, desconforto, preocupação que o inchaço ficasse pior ou que as fizesse mal, sentir-se menos atraente, uso de aparatos especiais para lidar com o inchaço, entre outros. Por outro lado, para as pacientes sem linfedema, os principais desafios relatados foram diminuição da libido e preocupações com a aparência após a cirurgia.

Rottmann et al. (2017) demonstraram que a satisfação sexual da paciente aumenta quanto maior a proximidade emocional percebida. Fang et al. (2015) relacionaram o *coping* conjugal com imagem corporal e sexualidade, sugerindo que mulheres com imagem corporal mais baixa usam mais estratégias de *coping* negativas, como evitação e culpa, as quais tendem a também contribuir para um pior relacionamento sexual.

**Síntese.** A dimensão da sexualidade foi explorada principalmente por componentes qualitativos. Os estudos que focaram na percepção dos companheiros encontraram relatos de compreensão com a interrupção e a falta de interesse das esposas diante do contexto de adoecimento, com foco principalmente nas questões físicas relacionadas à remoção do seio, dor e desconforto, além de perceberem alteração na autoconfiança delas. Relataram que pararam de procurar sexualmente as esposas como forma de demonstrar sua compreensão e para não as pressionar.

Ao analisarem-se os estudos que focam a percepção das pacientes, percebe-se a incongruência das respostas destas em relação às dos companheiros. Apesar de as mulheres também compreenderem a falta de procura por parte dos parceiros como uma forma de cuidado, o relato mais presente nas pesquisas foi o do sentimento de obrigação quanto à continuidade ou retomada da vida sexual. Esse sentimento foi atribuído à crença de que o sexo é uma das responsabilidades da mulher como esposa,

ao medo de abandono e ao sentimento de culpa por ser cuidada pelo marido. O prazer da mulher nas relações sexuais não apareceu em nenhum momento nas pesquisas.

As questões apresentadas pelos estudos sobre a sexualidade do casal fazem relação com os estudos de gênero, que destacam que existe a expectativa social de que as mulheres sejam as responsáveis pela manutenção das relações amorosas, não só pela energia e tempo dedicado, mas também estando dispostas sexualmente, mesmo sem vontade (Zanello, 2018). Além disso, a sexualidade é uma dimensão complexa, que compreende diversos aspectos além do ato sexual, o que nem sempre é evidenciado nas pesquisas. Nesse sentido, nenhuma das pesquisas foi realizada com o casal, o que poderia proporcionar melhor avaliação da congruência na percepção dessa dimensão entre homens e mulheres.

### **Considerações Finais**

Este estudo consistiu em uma revisão integrativa da literatura dos últimos cinco anos sobre câncer de mama e conjugalidade. Foram analisados 29 estudos, em sua maioria quantitativos. Os resultados foram categorizados segundo as dimensões do Modelo Circumplexo de Olson (2000), incluindo-se a dimensão sexualidade. Os estudos qualitativos contribuíram para melhor compreender os dados apresentados pelos estudos quantitativos e foram usados principalmente para a compreensão da dimensão da sexualidade.

No que diz respeito à coesão, evidenciou-se que satisfação conjugal, ajustamento diádico e apoio social do parceiro se relacionam com aspectos individuais de enfrentamento da doença, tanto da paciente quanto do companheiro, como sintomas ansiosos e depressivos, esperança e catastrofização, entre outros. Na dimensão da flexibilidade, destacou-se a dificuldade de os maridos assumirem papéis de cuidado e tarefas domésticos. Os homens assumem algumas tarefas domésticas como forma de apoio, porém as mulheres, ao se verem como objeto de cuidado dos seus maridos, sentem medo de serem abandonadas quando estes “cansarem” dessa função. Quanto à comunicação,

os estudos avaliaram o compartilhamento de emoções positivas e negativas, concluindo que a comunicação tem relação com o ajustamento psicológico e que o criticismo tende a criar ciclos de insatisfação no casal. Sobre a sexualidade, os fatores apontados como os que mais tiveram influência na interrupção da vida sexual foram os emocionais, como o sofrimento psicológico causado pela própria doença e a autoimagem, e físicos, como dores e outros efeitos colaterais do tratamento. Já para a retomada da vida sexual destacou-se que as esposas se sentiram obrigadas a manter relações sexuais com o marido por temerem ser abandonadas caso não o fizessem.

Um aspecto que perpassou várias das dimensões da conjugalidade foi o medo de abandono por parte das pacientes. Esse medo parece estar relacionado a várias mudanças decorrentes do adoecimento, como a necessidade de receber cuidados, a impossibilidade de desempenhar atividades domésticas e a dificuldade em manter a vida sexual do casal ativa. Essa questão se relaciona com estudos de gênero que evidenciam o papel da mulher como cuidadora e mantenedora da relação conjugal, mesmo que a custo de seu próprio bem-estar (Zanello, 2018).

O uso do Modelo Circumplexo de Olson (2000) para a categorização dos resultados contribuiu para visualizar, de forma distinta, a relação entre a conjugalidade e o adoecimento, já que é um modelo que pretende interligar pesquisa, teoria e prática. A perspectiva sistêmica adotada por esse modelo contribui para destacar a influência mútua entre os sistemas indivíduo – doença – casal. Portanto, destaca-se a importância de que os profissionais que atuem junto a essa população abordem a coesão, a flexibilidade, a comunicação e a sexualidade desses casais.

Este estudo possui algumas limitações. Primeiramente, apenas estudos em português e inglês foram incluídos. É possível que estudos importantes não tenham sido incluídos na análise devido ao idioma ou mesmo por limitações nas buscas, como não inclusão de outras bases de dados.

Futuros estudos podem priorizar os componentes qualitativos, aprofundando cada uma das dimensões abordadas. É necessário, ainda, olhar tanto para outros tipos de câncer que acometem mulheres quanto para as particularidades e similaridades do adoecimento masculino. Nesse contexto,



seria possível realizar uma revisão para cada dimensão analisada ampliando os tipos de câncer incluídos, de forma a possibilitar novas análises e relações sobre a vivência da conjugalidade no adoecimento.

### Referências

- Ahmad, S., Fergus, K., Shatokhina, K., & Gardner, S. (2017). The closer 'We' are, the stronger 'I' am: the impact of couple identity on cancer coping self-efficacy. *Journal of Behavioral Medicine, 40*(3), 403-413.
- Al-Zaben, F. N., Sehlo, M. G., & Koenig, H. G. (2015). A cross-sectional study of anxiety and marital quality among women with breast cancer at a university clinic in western Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal, 36*(10), 1168-1175.
- Ávila, M., Coimbra, J. L., Park, C. L., & Matos, P. M. (2017). Attachment and posttraumatic growth after breast cancer: A dyadic approach. *Psycho-Oncology, 26*(11), 1929-1935.
- Badr, H., & Shen, M. J. (2014). Pain catastrophizing, pain intensity, and dyadic adjustment influence patient and partner depression in metastatic breast cancer. *The Clinical Journal of Pain, 30*(11), 923-933.
- Barros, S. M. M. D., Andrade, M. A. C., & Siqueira, F. A. A. (2013). Cuidar de um familiar com câncer: Contribuições da terapia familiar sistêmica. *Pensando famílias, 17*(2), 96-110.
- Beyea, S. C., & Nicoll, L. H. (1998). Writing an integrative review. *AORN Journal, 67*(4), 877-880.
- Boeding, S. E., Pukay-Martin, N. D., Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M., & Keefe, F. J. (2014). Couples and breast cancer: Women's mood and partners' marital satisfaction predicting support perception. *Journal of Family Psychology, 28*(5), 675-683.
- Borstelmann, N. A., Rosenberg, S. M., Ruddy, K. J., Tamimi, R. M., Gelber, S., Schapira, L., ... Partridge, A. H. (2015). Partner support and anxiety in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 24*(12), 1679-1685.

- Canavarro, M. C., Silva, S., & Moreira, H. (2015). Is the link between posttraumatic growth and anxious symptoms mediated by marital intimacy in breast cancer patients?. *European Journal of Oncology Nursing, 19*(6), 673-679.
- Duprez, C., Vanlemmens, L., Untas, A., Antoine, P., Lesur, A., Loustalot, C., Christophe, V. (2017). Emotional distress and subjective impact of the disease in young women with breast cancer and their spouses. *Future Oncology, 13*(29), 2667-2680.
- Fang, S. Y., Lin, Y. C., Chen, T. C., & Lin, C. Y. (2015). Impact of marital coping on the relationship between body image and sexuality among breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer, 23*(9), 2551-2559.
- Favez, N., Notari, S., Antonini, T., & Charvoz, L. (2017). Attachment and couple satisfaction as predictors of expressed emotion in women facing breast cancer and their partners in the immediate post-surgery period. *British Journal of Health Psychology, 22*(1), 169-185.
- Féres-Carneiro, T. (1998). Casamento contemporâneo: O difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 11*(2), 379-394.
- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2006). Cuidador do idoso com câncer avançado: Um ator vulnerado. *Cadernos de Saúde Pública, 22*(3), 527-534.
- Freidus, R. A. (2017). Experiences of men who commit to romantic relationships with younger breast cancer survivors: A qualitative study. *Journal of Psychosocial Oncology, 35*(4), 494-512.
- Gall, T. L., & Bilodeau, C. (2018). The role of relationship with God in couples' adjustment to the threat of breast cancer. *Psychology of Religion and Spirituality, 10*(4), 375-385.
- Hyde, J. S., & DeLamater, J. D. (2007). *Sexualidad humana*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Instituto Nacional do Câncer (INCA). (2019, 25 de julho) Retirado de <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>
- Jablonski, B. (2010). A divisão de tarefas domésticas entre homens e mulheres no cotidiano do casamento. *Psicologia: Ciência e Profissão, 30*(2), 262-275.

- Manne, S. L., Siegel, S., Heckman, C. J., & Kashy, D. A. (2015). Psychological distress as a mediator of the association between disease severity and occupational functioning among employed spouses of women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *24*(11), 1560-1568.
- McDaniel, S. H., & Cole-Kelly, K. (2003) Gender, couples, and illness: A Feminist Analysis of Medical Family Therapy. In L. B. Silverstein & T. J. Goodrich (Eds.) *Feminist family therapy: Empowerment in social context* (pp. 267-280). American Psychological Association.
- Mosmann, C., Wagner, A., & Féres-Carneiro, T. (2006). Qualidade conjugal: Mapeando conceitos. *Paidéia*, *16*(35), 315-325.
- Neris, R. R., Zago, M. M. F., Ribeiro, M. Â., Porto, J. P., & Anjos, A. C. Y. D. (2018). Experience of the spouse of a woman with breast cancer undergoing chemotherapy: A qualitative case study. *Escola Anna Nery*, *22*(4), e20180025.
- Notari, S., Notari, L., Favez, N., Delaloye, J. F., & Ghisletta, P. (2017). The protective effect of a satisfying romantic relationship on women's body image after breast cancer: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, *26*(6), 836-842.
- Notari, S., Favez, N., Notari, L., Charvoz, L., & Delaloye, J. F. (2017). The caregiver burden in male romantic partners of women with non-metastatic breast cancer: The protective role of couple satisfaction. *Journal of Health Psychology*, *22*(13), 1668-1677.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, *22*(2), 144-167.
- Otto, A. K., Laurenceau, J. P., Siegel, S. D., & Belcher, A. J. (2015). Capitalizing on everyday positive events uniquely predicts daily intimacy and well-being in couples coping with breast cancer. *Journal of Family Psychology*, *29*(1), 69-79.
- Prado, E., Rosenilda Costa, J., Raone, D., Barbosa, D. C., Aparecida Sales, C., & Silva Marcon, S. (2016). Attendance and support: Strategies to help the wife to face breast cancer. *Revista de Enfermagem UFPE*, *10*(11), 3935-3941.

- Picheti, J. S., Castro, E. K., & Falcke, D. (2013). Conjugalidade e câncer: Estudo bibliométrico sobre a comunicação nesse contexto. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 22(45), 59-71.
- Radina, M. E., Fu, M. R., Horstman, L., & Kang, Y. (2015). Breast cancer-related lymphedema and sexual experiences: A mixed-method comparison study. *Psycho-Oncology*, 24(12), 1655-1662.
- Rathus, A. S., Nevid, J. S., & Fichner-Rathus, L. (2005). *Sexualidad humana*. Madrid: Pearson.
- Robbins, M. L., López, A. M., Weihs, K. L., & Mehl, M. R. (2014). Cancer conversations in context: Naturalistic observation of couples coping with breast cancer. *Journal of Family Psychology*, 28(3), 380-390.
- Rock, E. E., Steiner, J. L., Rand, K. L., & Bigatti, S. M. (2014). Dyadic influence of hope and optimism on patient marital satisfaction among couples with advanced breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 22(9), 2351-2359.
- Rottmann, N., Hansen, D. G., Christensen, R., Hagedoorn, M., Frisch, M., Nicolaisen, A., & Johansen, C. (2017). Satisfaction with sex life in sexually active heterosexual couples dealing with breast cancer: A nationwide longitudinal study. *Acta Oncologica*, 56(2), 212-219.
- Rottmann, N., Hansen, D. G., Larsen, P. V., Nicolaisen, A., Flyger, H., Johansen, C., & Hagedoorn, M. (2015). Dyadic coping within couples dealing with breast cancer: A longitudinal, population-based study. *Health Psychology*, 34(5), 486-495.
- Sanchuli, H. N., Rahnama, M., Shahdadi, H., & Moghaddam, M. P. (2017). From love and fidelity to infidelity-individual experiences of women with breast cancer regarding relationships with their spouses. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(10), 2861-2866.
- Santos, D. B., Santos, M. A., Cesnik, V. M., & Vieira, E. M. (2016). Interrupção e retomada da vida sexual após o câncer de mama. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), e324219.
- Scorsolini-Comin, F., & dos Santos, M. A. (2010). Satisfação conjugal: Revisão integrativa da literatura científica nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 525-531.

- Soriano, E. C., Pasipanodya, E. C., LoSavio, S. T., Otto, A. K., Perndorfer, C., Siegel, S. D., & Laurenceau, J. P. (2018). Social constraints and fear of recurrence in couples coping with early stage breast cancer. *Health Psychology, 37*(9), 874-884.
- Soriano, E. C., Otto, A. K., Siegel, S. D., & Laurenceau, J. P. (2017). Partner social constraints and early-stage breast cancer: Longitudinal associations with psychosexual adjustment. *Journal of Family Psychology, 31*(5), 574-583.
- Vasconcellos, M. J. E. (2003). *Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência*. São Paulo: Papirus Editora.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience*. New York: The Guilford Press.
- Watson, W. H., & McDaniel, S. H. (2005) Managing emotional reactivity in couples facing illness: Smoothing out the emotional roller coaster. In M. Harway (Ed.), *Handbook of Couples Therapy* (pp. 253-272). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Yang, H. C., & Schuler, T. A. (2009). Marital quality and survivorship: Slowed recovery for breast cancer patients in distressed relationships. *Cancer, 115*(1), 217-228
- Yeung, N. C., Zhang, Y., Ji, L., Lu, G., & Lu, Q. (2018). Guilt among husband caregivers of Chinese women with breast cancer: The roles of male gender-role norm, caregiving burden and coping processes. *European Journal of Cancer Care, 27*(5), e12872.
- Yoshimochi, L. T. B., Santos, M. A., Loyola, E. A. C., & Panobianco, M. S. (2018). A experiência do companheiro da mulher com câncer de mama. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 52*, e03366.

Tabela 1

*País, amostra e tipo de estudo*

<b>Ano</b>	<b>Autores</b>	<b>País</b>	<b>Amostra</b>	<b>Tipo de estudo</b>
2018	Yeung, Zhang., Ji, Lu, & Lu	China	176 companheiros	Quantitativo Transversal
	Soriano et al.	Estados Unidos	Estudo 1: 46 casais Estudo 2: 72 casais	Estudo 1: quantitativo transversal Estudo 2: quantitativo Diário (21 dias)
	Gall & Bilodeau	Canadá	86 casais	Quantitativo Transversal
	Neris, Zago, Ribeiro, Porto, & Anjos	Brasil	1 companheiro	Qualitativo – estudo de caso
	Yoshimochi, Santos, Loyola, Magalhães, & Panobianco	Brasil	10 companheiros	Qualitativo
2017	Ahmad.,Fergus, Shatokhina, & Gardner	Canadá	112 mulheres pacientes	Quantitativo Transversal
	Soriano, Otto, Siegel, & Laurenceau	Estados Unidos	108 pacientes mulheres	Quantitativo Longitudinal (1 mês, 8 meses e 4 anos após primeira cirurgia)
	Rottmann et al.	Dinamarca	284 casais	Quantitativo Longitudinal (4 e 9 meses após cirurgia)
	Ávila, Coimbra, Park, & Matos	Portugal	84 casais	Quantitativo Transversal
	Santos, Santos, Cesnik-Geest, & Vieira	Brasil	163 mulheres Parte quantitativa: 139 Parte qualitativa (entrevistas): 24	Misto
	Freidus	Estados Unidos	12 homens parceiros	Qualitativo
	Sanchuli, Rahnama, Shahdadi, & Moghaddam	Irã	12 pacientes mulheres	Qualitativo
	Duprez et al.	França	112 mulheres pacientes	Quantitativo Transversal
2016	Notari, Notari, Favez, Delaloy, & Ghisletta	Suíça	74 mulheres pacientes	Quantitativo Longitudinal (2 semanas, 3 meses e 1 ano após a cirurgia)
	Notari, Notari, Favez, Delaloy, & Ghisletta	Suíça	47 parceiros	Quantitativo Longitudinal (3 e 12 meses após cirurgia)
	Favez, Notari, Antonini, & Charvoz	Suíça	61 casais	Misto
	Prado et al.	Brasil	8 mulheres pacientes	Qualitativo
2015	Canavarro, Silva, & Moreira	Portugal	93 mulheres	Quantitativo

		(48 recém completado tratamento -menos de 6 meses) e 46 sobreviventes -mais de um ano)	Transversal
Manne, Siegel, Heckman, & Kashy	Estados Unidos	143 parceiros	Quantitativo Transversal
Borstelmann, et al.	N/D	675 mulheres pacientes	Quantitativo Transversal
Fang, Lin, Chen, & Lin	China	135 mulheres pacientes	Quantitativo Transversal
Al-Zaben, Sehlo, & Koenig	Arábia Saudita	49 mulheres pacientes	Quantitativo Transversal
Otto, Laurenceau, Siegel, & Belcher	Estados Unidos	99 casais	Quantitativo Método diário (7 a 10 dias) Transversal
Radina, Fu, Horstman, & Kang	Estados Unidos	352 pacientes mulheres (243 com linfedema, 109 sem linfedema)	Misto
Badr & Shen	Estados Unidos	191 casais	Quantitativo Longitudinal (começo do tratamento, 3 e 6 meses depois)
Boeding et al.	Estados Unidos	161 casais	Quantitativo Transversal Método de diário (30 dias)
Rock, Steiner, Rand, & Bigatti,	Estados Unidos	56 casais	Quantitativo Transversal
Rottmann et al.	Dinamarca	538 casais	Quantitativo Longitudinal
Robbins, Lopez, Weihs, & Mehl	Estados Unidos	56 casais	Misto

## O Divórcio para a Mulher: Uma Análise Sistêmico-Feminista<sup>2</sup>

Isabela Machado da Silva

Hortênsia Pereira de Souza

No primeiro Código Civil brasileiro, publicado em 1916, não havia previsão de extinção voluntária do casamento, apenas dissolução por morte ou anulação, o que se deve, em grande parte, à influência da religião cristã no direito brasileiro (Gagliano & Pamplona Filho, 2017). O divórcio foi regulamentado em nosso país apenas em 1977, com a *Lei do Divórcio*. Entretanto, aqueles que se divorciavam ainda enfrentavam fortes barreiras culturais, especialmente no caso das mulheres. Legislações posteriores facilitaram o acesso ao divórcio e a relação da sociedade brasileira com o tema tem evoluído desde então, de acordo com os avanços decorrentes do Movimento Feminista (Gagliano & Pamplona Filho, 2017; Grzybowski & Wagner, 2010; Pereira, 2017). A mulher gradualmente tem garantido seu lugar como sujeito de direito, com ganhos na sua autonomia e reconhecimento de seu espaço no mercado de trabalho. Os elementos primários das construções familiares tradicionais vão sendo questionados e abrem espaço para novas configurações de família, que podem, por exemplo, não depender do casamento para se constituírem (Pereira, 2017; Rice, 2003). No entanto, o divórcio ainda é uma experiência atravessada pelas questões de gênero, apresentando maiores desafios às mulheres, em especial no que se refere à sobrecarga no cuidado com os filhos e à sua condição socioeconômica (Cunico & Arpini, 2014; Grzybowski & Wagner, 2010a, 2010b).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2017, foram concedidos 373.216 divórcios no Brasil, o que equivale a 35% dos casamentos realizados nesse mesmo ano. O tempo médio entre o casamento e o divórcio foi de aproximadamente 14 anos, sendo que 53,6% dos

---

<sup>2</sup> Submetido como capítulo de livro: Benincasa, M. (Ed.). (2019). *Maternidade e parentalidade: Estudos teóricos e empíricos*. Santos: Ed. Universitária Leopoldinaum.



casais que se divorciaram tinham ao menos um filho menor de idade. Apesar de existir lei que prioriza a guarda compartilhada desde 2014, as mulheres ficaram responsáveis pela guarda dos filhos em 69,4% dos divórcios realizados nesse ano (IBGE, 2017).

De acordo com pesquisa realizada na BVS-Psi em julho de 2019, foram publicados em periódicos nacionais indexados da área da Psicologia 101 estudos que abordaram o tema divórcio, sendo esta a única configuração familiar de interesse ou em meio a diferentes configurações familiares. O artigo mais antigo data de 1984, tendo sido publicados 53 artigos sobre o tema nos últimos 10 anos. Associando-se os termos *divórcio* e *sistêmica*, *sistêmico* ou *sistemas*, obtiveram-se 10 artigos. Ao se associarem os termos *divórcio* e *feminismo*, *feminismos*, *feminista* ou *gênero*, foram encontrados sete artigos, mas, segundo seus resumos, em apenas dois deles, o conceito de gênero foi utilizado de acordo com os estudos de gênero e feministas, ou seja, como uma construção social que atribui atitudes e papéis de acordo com o sexo biológico (Breitman & Strey, 2017).

O divórcio também tem sido objeto de ampla pesquisa internacional, tendo sido publicados mais de 10.000 estudos apenas na década de 90 (Amato, 2000). Essa foi uma área permeada por polêmicas, como bem sintetizou Amato (2000):

De um lado temos aqueles que acreditam que o divórcio contribui de forma importante para diversos problemas sociais. De outro, temos aqueles que veem o divórcio como uma força majoritariamente benigna que provê aos adultos uma segunda chance para a felicidade e resgata as crianças de ambientes familiares disfuncionais e aversivos. De acordo com as pesquisas realizadas ao longo dos anos 90 – e em décadas anteriores –, ambas as visões enfatizam apenas um lado da realidade. O aumento na instabilidade conjugal não levou a sociedade à beira do caos, mas também não a levou a uma era dourada de liberdade e desenvolvimento pessoal. O divórcio beneficia alguns indivíduos, leva outros a vivenciarem quedas momentâneas em seu bem-estar, que depois se recupera, e força outros a uma espiral descendente da qual podem jamais se recuperar. É da maior importância continuar pesquisando as contingências que determinam quando o divórcio apresenta consequências positivas, neutras ou negativas para adultos e crianças. (p. 1282)

Destaca-se, portanto, a necessidade de abordar o divórcio como um fenômeno complexo, que será experienciado de acordo com os diversos fatores de risco e proteção que permeiam a realidade de cada família. Portanto, as pesquisas devem ir além de generalizar se o divórcio traz consequências negativas ou positivas para as crianças e os adultos envolvidos. É necessário aprofundar-se em relação às diferentes dimensões que fazem parte dessa experiência (Amato, 2000), sendo o gênero uma delas.

Considerando que o pensamento sistêmico busca enfatizar a complexidade dos fenômenos que investiga (Vasconcellos, 2003), bem como a escassez de estudos nacionais que abordem o divórcio a partir de uma perspectiva sistêmico-feminista, apresentamos neste capítulo uma revisão narrativa da literatura que tem como objetivo compreender como se dá o processo de divórcio para a mulher segundo uma perspectiva sistêmico-feminista. Com esse intuito, apresentaremos uma síntese acerca da perspectiva sistêmica e da perspectiva sistêmico-feminista. Em seguida, enfocaremos a mulher no processo de divórcio, considerando diferentes sistemas e subsistemas dos quais ela faz parte.

### **A Perspectiva Sistêmica**

O que compreendemos hoje como Terapia Familiar Sistêmica (TFS) teve início na década de 1950, com um movimento não organizado de terapeutas e pesquisadores influenciados pelos pensamentos sistêmico e cibernético desenvolvidos em áreas como a Biologia e as Ciências da Informação (Grandesso, 2011; Nichols & Schwartz, 2002). Embora, esses teóricos e pesquisadores tenham criado diferentes escolas, cada qual com propostas específicas sobre como as famílias deveriam ser atendidas, as escolas gradualmente passaram a se aproximar e integrar ao redor da visão da família como sistema, constituindo a TFS (Becvar, 2003).

A TFS compreende que a família constitui um sistema composto por diferentes subsistemas interdependentes (Minuchin, 1990; P. Minuchin, 1985). Os subsistemas podem ser compostos por um ou mais elementos de uma família que desempenham um mesmo papel ou que apresentem outras

similaridades relevantes para a sua organização (p. ex., gênero, idade) (Minuchin, 1990). Dentre os principais subsistemas existentes em uma família, temos o conjugal, o parental e o fraterno.

A circularidade e a retroalimentação são dois dos principais pressupostos da TFS e postulam que os subsistemas familiares se relacionam de forma contínua e circular, influenciando-se mutuamente (Grandesso, 2011; Nichols & Schwartz, 2002; P. Minuchin, 1985). Esses pressupostos estão atrelados a duas importantes orientações: (a) qualquer alteração em um dos subsistemas afetará os demais e (b) os elementos de uma família não devem ser compreendidos de forma isolada, mas contextualizados segundo a rede de relações da qual fazem parte. Assim, não seria possível afirmar que o comportamento de apenas um elemento é a causa de um problema nas relações familiares, já que efeitos e causas estão em permanente intercâmbio, retroalimentando-se. Qualquer questão apresentada pela família deveria ser analisada considerando-se as inter-relações e a participação de, no mínimo, três de seus membros, sendo os eles vistos como corresponsáveis pelo desenvolvimento dos problemas que afligem a família, mas também por sua superação.

Embora a circularidade e a retroalimentação tenham mantido sua relevância ao longo do desenvolvimento da TFS, esta passou a incorporar outras ideias que contribuíram para que esses pressupostos passassem a ser compreendidos de forma mais ampla. Com o movimento denominado *Cibernética de 2ª Ordem*, passou-se a questionar o lugar de neutralidade e objetividade em que o terapeuta familiar sistêmico se situava ao analisar a retroalimentação e a circularidade presentes nas relações familiares (Grandesso, 2011; Nichols & Schwartz, 2002). Passou-se a se compreender que o terapeuta não “estava de fora” desse sistema, mas que também o compunha, de forma que suas experiências e valores contribuiriam para a forma como compreendia a família e para o andamento do processo psicoterápico. Além disso, a TFS sofreu as repercussões da chamada *Revolução Cognitiva*, a partir da qual se somou à retroalimentação comportamental a ênfase às interpretações, aos valores e à história (Boscolo & Bertrando, 2012; Grandesso, 2011). Ou seja, além de se analisar como os comportamentos dos membros de uma família se influenciam mutuamente, considera-se

também como os membros da família interpretam esses comportamentos e como esse processo contribui para a forma como as pessoas veem a si mesmas, suas relações e ao mundo ao seu redor. Portanto, acredita-se que é a forma como os membros da família interpretam suas próprias atitudes e as dos demais que leva ao desenvolvimento e à manutenção de certos padrões de interação (Tomm, 1998). Na mesma direção, as chamadas terapeutas de família feministas apresentaram importantes questionamentos à forma como os pressupostos da circularidade e da retroalimentação estavam sendo utilizados, constituindo uma importante contribuição para a TFS atual (Goodrich, 2003).

Portanto, ao longo de sua evolução, a TFS passou a gradualmente abraçar os pressupostos da *complexidade, instabilidade e intersubjetividade* (Vasconcellos, 2003). A complexidade destaca a importância das inter-relações e da contextualização, remontando à circularidade e a retroalimentação pregadas pelos pioneiros da TFS, mas ampliando o seu alcance. A complexidade opõe-se à simplificação obtida a partir de análises parciais e propõe a aceitação da ambivalência e dos contrastes, ao defender a substituição da lógica do “isso *ou* aquilo” pela lógica do “isso *e* aquilo”. A instabilidade, por sua vez, destaca a constante mutabilidade e a conseqüente imprevisibilidade dos processos humanos. Segundo esse pressuposto, pode-se falar em probabilidades para a ocorrência de um fenômeno, mas não se pode afirmar que um determinado evento – ou conjunto de eventos – determinará a ocorrência de um fenômeno dada a complexidade dos processos envolvidos. Por fim, a intersubjetividade destaca a existência de múltiplas perspectivas na observação e na experiência de qualquer fenômeno. Segundo a intersubjetividade, não é possível acessar uma realidade única e objetiva. As pessoas têm acesso apenas às suas interpretações da realidade, as quais podem se somar e contribuir para uma percepção mais complexa e sofisticada dos fenômenos. Conforme assinalaram Breitman e Strey (2017),

Está claro que não se pode pensar as relações familiares contemporâneas sem flexibilizar a percepção. É fundamental, assim, considerar a multiplicidade de fatores intervenientes, bem como as implicações das interações subjetivas no processo. Igualmente, os sistemas constituídos nas relações familiares são instáveis, marcados pela lógica processual, também inerente aos pressupostos sistêmicos. (p. 20)

### **A Perspectiva Sistêmico-Feminista**

Na década de 1970, quando a terapia familiar sistêmica já havia se consolidado como abordagem teórica e terapêutica, um grupo de terapeutas de família passou a questionar a forma como os pressupostos da circularidade e da retroalimentação vinham sendo utilizados, em especial no que se refere à visão de que todos os membros de uma família deveriam ser igualmente corresponsabilizados (Nichols & Schwartz, 2002; Silverstein, 2003). Essas terapeutas, influenciadas pelo Movimento Feminista e pelo Movimento Transcultural, passaram a sinalizar uma incongruência presente na abordagem predominante da TFS: se a TFS se baseia nos pressupostos de circularidade e retroalimentação, como ela pode ignorar que a família também é influenciada pelos sistemas maiores dos quais faz parte, ou seja, pela cultura e pela sociedade? As terapeutas de família feministas passaram a defender que a família fosse vista como um subsistema da sociedade e da cultura as quais integra. Dessa forma, a família deixa de ser vista como um sistema unicamente guiado por suas regras internas, passando a ser vista como um subsistema que é influenciado pelas regras e valores sociais e culturais de um determinado período histórico. Conforme assinala Goodrich (2003):

Os padrões de relacionamento presentes nas famílias derivam-se do patriarcado tanto quanto os padrões de relacionamento externos às famílias. Os homens, na família, geralmente seguem o modelo patriarcal de usar o seu maior poder para dominar, ao invés de usá-lo para cuidar e proteger. As mulheres também podem seguir esse modelo e usar o poder de que dispõem para dominar aqueles membros que possuem ainda menos poder do que elas, ao invés de usá-lo para cuidar e proteger. (p. 12)

Sendo assim, as terapeutas de família feministas demandaram que os terapeutas de família abrissem mão da posição de neutralidade à qual estavam habituados e que, segundo elas, reforçaria o domínio masculino e a opressão de mulheres e crianças nas famílias (Goodrich, 2003; Nichols & Schwartz, 2002; Silverstein, 2003). Destacavam, ainda, que, se homens, mulheres e crianças possuem diferentes níveis de poder na família e na sociedade, não seria coerente que fossem igualmente

responsabilizados pelo que ocorre na família. Para essas terapeutas, a análise não deve englobar apenas a circularidade e a retroalimentação entre as atitudes e as interpretações dos membros de uma família, mas também o poder e as restrições que a sociedade e a cultura lhes outorgam.

Essa visão se mostra importante, pois, como assinala Goodrich (2004):

A palavra família evoca retratos românticos de segurança e bem-estar que sobrevivem às evidências em contrário, que sobrevivem aos duros desafios das feministas. Segurança para quem? Bem-estar às custas de quem? (...) As relações de poder impõem uma extensa sombra, pois continuam a reproduzir esquemas de gênero que orientam, por classe e raça, como homens e mulheres devem se relacionar; isto é, que as mulheres devem estar atentas às necessidades dos homens e adaptar-se a eles mesmo que eles não lhes retribuam. (p. 7)

O casamento heterossexual costuma ser considerado o espaço por excelência em que os esquemas de gênero se manifestam e são transmitidos através das gerações. Conforme destaca Goodrich (2004), a maior valorização social que os homens recebem em nossa sociedade contribui para um “poder invisível” que leva as mulheres a se sentirem responsáveis pela manutenção dos relacionamentos familiares e a serem menos reconhecidas pelos papéis que desempenham. A naturalização desse processo traz impactos ao seu desenvolvimento pessoal e à sua autoestima, contribuindo para a manutenção de relações de poder desiguais em casamentos heterossexuais.

A histórias das mulheres se confunde com a história de suas vidas familiares. Primeiro nas famílias de origem e depois nas famílias nucleares, elas desempenham funções fundamentais de cuidado e manutenção da vida. Essa trajetória, voltada fundamentalmente para os outros deixa marcas: a maioria delas acaba perdendo a noção de sua identidade e de suas necessidades pessoais, confundindo seu projeto de vida com o de seu cônjuge e/ou sua prole. (Diniz & Coelho, 2005, p. 138)

## **O Divórcio na Perspectiva Sistêmico-Feminista**

### **O Divórcio, a Mulher e a Sociedade Patriarcal**

A concepção do divórcio está diretamente ligada à condição da mulher ao longo da história (McGoldrick & Carter, 2014). A independência feminina foi modificando a instituição matrimonial (Gagliano & Pamplona Filho, 2017; Grzybowski, 2002; Pereira, 2017). Dessa forma, o casamento está deixando de ser um rito de passagem para a vida adulta ou um estágio obrigatório, já que, cada vez mais, existem pessoas que decidem nunca se casarem, apenas morarem juntas sem vínculo formal ou, mesmo, desenvolverem relacionamentos segundo outras configurações que não a monogamia tradicional. Além disso, o casamento também tem deixado de ser visto como pré-requisito para a parentalidade (Rice, 2003).

A partir dos movimentos feministas, com a ocupação dos mercados de trabalho e a crescente autonomia financeira, as mulheres ampliaram suas possibilidades de escolhas amorosas, o que inclui a opção de pôr fim aos seus casamentos, já que podiam não mais depender financeiramente de seus parceiros. Deve-se destacar, no entanto, que as transformações nos papéis de gênero ainda estão acontecendo de forma gradual, coexistindo construções de masculino e feminino novas e tradicionais dentro das famílias, dentro do casal e até mesmo dentro de cada pessoa (Cano, Gabarra, Moré, & Crepaldi, 2010).

Assim, percebe-se que a capacidade de manter uma relação ainda é identitária para as mulheres na nossa sociedade, ou seja, elas são valorizadas e se valorizam de acordo com seus papéis na conjugalidade e na maternidade (Zanello, 2018). As mulheres tendem a dispendir grande quantidade de energia para conquistarem e manterem seus relacionamentos, pois, por muito tempo, foram socializadas de forma que a construção de sua identidade fosse pautada pelo casamento e por sua capacidade de mantê-lo (McGoldrick & Carter, 2014). Por isso, tende a ser difícil para uma mulher lidar com o estereótipo da “mulher divorciada”, como solitária, “solteirona”, amarga, deixada.

Embora os últimos anos tenham sido caracterizados por uma maior abertura social às diferentes configurações familiares, infelizmente não é possível afirmar que o estigma em relação ao divórcio e, em especial, às mulheres divorciadas tenha desaparecido completamente (Konstam,

Karwin, Curran, Lyons, & Celen-Demirtas, 2016). Na América Latina, a estigmatização em relação ao divórcio tende a ser agravada pela associação entre a forte cultura patriarcal e valores religiosos cristãos (Arditi & Lopez, 2005). Nesse contexto, o divórcio é visto como uma ameaça tanto aos valores da família tradicional quanto aos ideais pregados pela religião.

Ao pesquisarem a visão de mulheres porto-riquenhas e dominicanas sobre mulheres que se divorciaram, Arditi e Lopez (2005) relataram que 68% das participantes afirmaram que a sociedade ainda se mostra preconceituosa em relação às mulheres divorciadas, embora percebam ter havido uma melhora com o passar do tempo. No que se refere à forma como as próprias participantes veem as mulheres que se divorciaram, identificou-se a coexistência de, por um lado, uma visão de que elas seriam mulheres fortes, independentes e capazes de superar os desafios que se apresentam e, por outro, de que seriam as responsáveis pelo “fracasso” do casamento por não conseguirem lidar com o que essa relação exige e buscarem a “saída mais fácil”, além de serem mulheres promíscuas.

De acordo com as participantes do estudo de Arditi e Lopez (2005), mulheres casadas tendem a reforçar o estigma contra mulheres que se divorciaram ao considerarem-nas promíscuas. Essa atitude pode ser relacionada ao processo de subjetivação feminino em nossa sociedade, segundo o qual as mulheres são ensinadas que devem competir entre si na busca pela atenção de um homem (Zanello, 2018). As mulheres divorciadas são então colocadas em uma posição de inferioridade em relação ao padrão de mulher que seria valorizado pelos homens, ou seja, as mulheres divorciadas são atreladas ao “amor sexual” enquanto as mulheres casadas representariam o ideal do “amor puro”, que é provado quando se superam provações (Arditi & Lopez, 2005). Embora as mulheres casadas possam sentir que têm seu autoconceito reforçado por esses ideais (Arditi & Lopez, 2005), elas seguem em uma posição vulnerável ao terem que garantir que um homem permaneça ao seu lado (Zanello, 2018). Portanto, esses estereótipos subjagam tanto as mulheres casadas como as que se separam ao reforçarem a mensagem de que uma mulher deve suportar tudo para provar seu valor enquanto mulher (Arditi & Lopez, 2005).



O estigma ainda existente em relação ao divórcio pode contribuir para sentimentos de vergonha e culpa, bem como para prejuízos em relação ao autoconceito, uma vez que tende a ser internalizado (Konstam et al., 2016). Nesse contexto, sentimentos de culpa, frustração e fracasso podem se mostrar presentes, em especial logo após o divórcio (Konstam et al., 2016). Além disso, pela internalização do estigma e pelos processos de subjetivação a que foram sujeitas ao longo de sua história, ao se divorciarem, as mulheres podem temer serem vistas como “loucas”, “irresponsáveis”, “descompromissadas” e “egoístas”.

Segundo Konstam et al. (2016), por medo do que as pessoas pensarão a seu respeito caso saibam que são divorciadas, algumas mulheres podem evitar falar sobre o seu divórcio, engajando-se em um processo de “gerenciamento de imagem” que pode dificultar que obtenham apoio social quando necessário, contribuindo para o isolamento. Até mesmo os relacionamentos posteriores ao divórcio podem ser afetados por esse estigma, já que essas mulheres podem ser desvalorizadas por parceiros em potencial por serem vistas como “difíceis” ou “fáceis”.

Para algumas mulheres, o estigma internalizado se mostra em conflito com a percepção de que a sociedade evoluiu e de que aceita o divórcio, fazendo com que elas minimizem seus sentimentos e considerem-nos “ridículos”, uma “bobagem” (Konstam et al., 2016). As mulheres podem, portanto, vivenciar uma dissonância entre cognições e comportamentos relacionada ao não reconhecimento da internalização do estigma do divórcio. Falta, assim, espaço para que os sentimentos relacionados à internalização desse estigma sejam expressos e elaborados e não apenas atuados.

No entanto, devemos considerar que a forma como cada mulher se relaciona com o estigma do divórcio é particular e depende da sua história pessoal (Konstam et al., 2016). Podem ser identificadas, entre mulheres que se divorciaram, tanto a ideia de que o divórcio trouxe independência, desenvolvimento pessoal, liberdade e empoderamento quanto a ideia de que o divórcio fez com que ficassem sozinhas e desamparadas (Arditi & Lopez, 2005).

De acordo com Kier, Lewis e Hay (2000), o divórcio é uma experiência complexa que apresenta simultaneamente ganhos e perdas para as mulheres. Dentre as perdas, seria possível destacar a queda no nível socioeconômico que tende a ser vivenciada por mulheres que se divorciam e que assumem a guarda dos filhos, as possíveis mudanças de residência ou cidade que se seguem à separação e a sobrecarga no cuidado com os filhos. No entanto, são destacados também ganhos como sensação de maior empoderamento, maior liberdade para fazer suas escolhas e administrar a própria renda, a diminuição nos conflitos com o ex-cônjuge após a conclusão do processo de divórcio e a identificação de novas fontes de apoio. O desenvolvimento profissional e de novas habilidades são outros possíveis ganhos relacionados à experiência do divórcio (Amato, 2000). Portanto, a forma como uma mulher que se divorciou avaliará o impacto do divórcio dependerá da razão entre ganhos e perdas que essa experiência lhe trouxe, em sua opinião, bem como de outros fatores que podem acompanhar o divórcio, tais como sua visão sobre o divórcio, suas estratégias de *coping* e habilidades pessoais, o apoio social de que dispõe, sua situação profissional e os recursos de que dispõe em sua comunidade (Amato, 2000).

**O divórcio, a mulher e a sociedade patriarcal nas classes populares.** É necessário fazer uma ressalva quanto ao recorte de classe aqui representado, já que a experiência da separação conjugal é diferente a depender da classe social. A partir de uma pesquisa realizada com famílias de classes populares na década de 80, Cláudia Fonseca (2000, p. 24) destacou que “enquanto a imagem pública do homem tem vários pontos de apoio, a da mulher gira quase exclusivamente em torno de suas tarefas domésticas na divisão do trabalho: ela deve ser uma mãe devotada e uma dona de casa eficiente”. De acordo com Silva, Torres e Berg (2018), a dificuldade para visualizar espaços de realização alheios às esferas romântica e doméstica, contribui para que a busca por um parceiro seja especialmente valorizada e para que a aparência e o sexo sejam utilizados como “moeda de troca” para garantir sua segurança no relacionamento, o que pode prejudicar a autoestima e o autoconceito dessas mulheres. No entanto, não se identificou, dentre as mulheres separadas de classes populares,

estigmatização em relação à sua sexualidade em decorrência do divórcio (Fonseca, 2000), ao contrário do que assinalaram Arditi e Lopez (2005), em seu estudo com mulheres de elevada escolaridade e nível socioeconômico médio-alto.

A busca pelo casamento se mostrou prevalente tanto entre mulheres solteiras como entre mulheres separadas. A esse respeito, Fonseca (2000) complementou:

Poder-se-ia supor que esse desejo é motivado por imperativos da sobrevivência. Porém, nossas observações sugerem que as mulheres sozinhas vivem muitas vezes melhor que as famílias "completas". Deduzimos que o motivo do casamento vai muito além da ordem material. Ao casar, a mulher tem esperança de alcançar não só uma certa satisfação afetiva, mas também um status respeitável. Imagina-se sempre que se uma mulher está só é porque não consegue arranjar um homem. Ademais, a mulher sem marido perturba a paz da comunidade; ela desafia a virilidade dos homens e atíça o ciúme das mulheres. A presença de um marido como tutor da sexualidade feminina resolve o problema. (p. 18)

Não se deve ignorar, porém, que, em diversas comunidades, ter um companheiro é visto como uma forma de se sentir mais segura e protegida em relação a ameaças sociais (Carneiro & Rocha, 2018). Dessa forma, para que possam se sentir mais seguras ao “terem um homem em casa”, muitas vezes, as mulheres precisam se submeter ao domínio desse mesmo homem sobre seu corpo e seu trabalho. Portanto, embora se percebam semelhanças nos processos de subjetivação de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos, deve-se estar atento a como as particularidades de cada contexto trazem um colorido particular para a experiência do divórcio.

### **O Divórcio, a Mulher e sua Família de Origem**

De acordo com vertentes da TFS, as pessoas constroem sua identidade a partir de narrativas sociais e familiares que permeiam sua existência (Grandesso, 2011; Linares, 2012; Tomm, 1998). Assim, a pessoa se relacionará com os outros e consigo mesma segundo as histórias e os valores que internalizou a partir dos diversos relacionamentos que marcaram sua trajetória. Nesse contexto, os relacionamentos familiares adquirem especial relevância ao traduzirem, transformarem e replicarem

os valores sociais preponderantes em dado momento histórico, bem como os valores que constituem a identidade daquela família em particular (Falcke & Wagner, 2005; Strey, 2007).

Os valores familiares são transmitidos ao longo das gerações e mantêm a identidade familiar, contribuindo para o sentido de pertencimento de seus membros (Falcke & Wagner, 2005). Essa transmissão pode se dar a partir dos padrões de relacionamentos que se estabelecem nas interações diretas da criança com seus cuidadores, irmãos ou outros membros da família, bem como a partir da observação das relações estabelecidas em subsistemas dos quais não faz parte. Dessa forma, as pessoas constroem modelos de relacionamento que as guiarão em direção ao que deve ser buscado ou evitado em relações futuras (Ângelo, 1995; Falcke, Wagner, & Mosmann, 2005).

O relacionamento conjugal dos pais constitui um importante referencial para as relações que serão desenvolvidas por seus filhos (Falcke et al., 2005). Assim, buscou-se investigar se e como o divórcio dos pais seria influenciado pela relação conjugal de seus pais.

Em um trabalho que teve como objetivo apresentar um levantamento de abstracts de pesquisas nacionais e internacionais publicadas entre 2000 e 2009 que investigaram como as relações na família de origem influenciam o relacionamento conjugal, identificou-se que 31% dos estudos tinham como foco o impacto do divórcio dos pais sobre os filhos (Silva, Semensato, Bosa, & Lopes, 2010). A maior parte dos estudos revisados identificou evidências de que esse evento tende a aumentar, nas gerações seguintes, o risco de divórcio, os níveis de conflito conjugal, a presença de atitudes negativas em relação ao casamento e as chances de se casar com alguém que também seja filho de pais separados. No entanto, destaca-se que esse efeito não pode ser considerado de forma determinista, uma vez que tende a ser mediado por fatores como os níveis de conflito e as atitudes conjugais negativas presentes no relacionamento dos pais, bem como pela qualidade da relação entre pais e filhos.

A partir das relações familiares vivenciadas na família de origem, também ocorre a delegação de missões e papéis aos membros das gerações seguintes (Miermont, 1994). Esse processo de

delegação familiar funciona como uma orientação ao indivíduo sobre o que ele deve fazer para provar sua lealdade ao sistema familiar, para retribuir o que recebeu dele e para se sentir pertencente a ele. O senso de lealdade familiar contribui para a internalização das expectativas do grupo e para a tomada de atitudes que se adéquem a esses mandatos, de forma que não cumpri-los tende a gerar sentimentos de culpa (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2008).

Portanto, ao falarmos sobre a importância das experiências vivenciadas na família de origem para a forma como a mulher se relaciona com o divórcio, é importante considerarmos os valores e os mandatos que lhe foram transmitidos acerca do que é esperado para homens e mulheres nas relações familiares e sobre o divórcio e o casamento. No que se refere aos valores em relação às questões de gênero, visões de que a mulher precisa da proteção e validação de um homem, de que as mulheres devem suportar todas as adversidades para provarem seu amor e manter a relação ou de que a sexualidade deve ser vivenciada apenas na relação com o marido podem dificultar a decisão e a vivência do divórcio (Arditi & Lopez, 2005; Zanello, 2018). Mulheres que vêm de famílias em que não houve divórcios ou em que este é considerado um fracasso ou algo a ser escondido podem sentir que fracassaram em relação ao que era esperado delas, o que pode contribuir para sentimentos de culpa e vergonha (Konstam et al., 2016). Por outro lado, mulheres que conviveram com – ou que escutaram a história de – parentes que enfrentaram dificuldades relacionadas ao divórcio, mas que conseguiram superá-las podem se sentir mais esperançosas ao vivenciar essa experiência.

### **O Divórcio, a Mulher e o Ex-Cônjuge**

Apesar de sua elevada incidência, o divórcio ainda é visto socialmente como um fenômeno desviante, que pode ser evitado, na busca pelo “até que a morte os separe” (Ahrns, 2014; Rapizo & Brito, 2014). A TFS reconhece o divórcio como uma crise no desenvolvimento do ciclo familiar que, assim como outras crises consideradas típicas, demanda o reajuste prático e emocional da família (McGoldrick & Carter, 2014). Conforme bem sintetizaram Rapizo e Brito (2014), “a reorganização

da família pós-divórcio é um processo que desalinha e embaralha a convivência habitual entre homens, mulheres, pais e filhos” (p. 33).

Amato (2000) assinalou que o processo de separação começa enquanto o casal ainda está junto e termina anos depois da conclusão do divórcio legal. O processo começa com sentimentos de estranhamento em consequência de uma crescente insatisfação em um dos cônjuges. Esse estranhamento inicial pode durar anos, ao longo dos quais a pessoa insatisfeita pode tentar renegociar o relacionamento, procurar ajuda ou evitar pensar no problema.

A decisão sobre manter ou terminar um relacionamento tende a ser fortemente atravessada pelas questões de gênero. Preocupar-se se o parceiro ficará bem após o término do relacionamento, sentir que não há outras possibilidades de realização pessoal que não o relacionamento, sentir que se está presa no relacionamento e acreditar que se deve aceitar as decepções vivenciadas no casamento são fatores que podem dificultar a decisão pelo divórcio mesmo que não se esteja satisfeita com o casamento (Lancaster, Rappleyea, Jensen, & Didericksen, 2018). No entanto, todas essas preocupações tendem a ser estimuladas e valorizadas no processo de subjetivação feminino (Zanello, 2018). Em nossa sociedade, destaca-se que as mulheres são “maternais”, “sensíveis”, abnegadas e, ao mesmo tempo, capazes de seduzir e de manter o homem interessado por ela. Dessa forma, deparam-se com uma difícil decisão: como manter valores que lhes são identitários ao mesmo tempo em que acreditam que a relação em que estão não atende às suas necessidades?

No entanto, mesmo diante desses desafios, são as mulheres que tendem a tomar a iniciativa do divórcio com maior frequência no Brasil, nos Estados Unidos e em boa parte dos países europeus (Ahrons, 2014; Cano et al., 2010; Féres-Carneiro, 2003). Segundo Féres-Carneiro (2003), o desejo de separação predominantemente feminino pode ser explicado pela diferença de significado que homens e mulheres atribuem ao casamento. Para as mulheres, o casamento é uma relação de amor; para os homens, o casamento significa constituir família.

Para Rice (2003), outro motivo para que as mulheres tomem a iniciativa do divórcio é a sobrecarga emocional que elas sentem como responsáveis pela manutenção do relacionamento e da intimidade, como mães solo que estão casadas e até como cuidadoras emocionais de seus maridos. Antes de decidirem se divorciar, são as mulheres que, com mais frequência, buscam conversar e solucionar os problemas da relação (Féres-Carneiro, 2003). Dessa forma, a decisão pelo divórcio pode ser vista não apenas como uma busca por autonomia econômica e por papéis igualitários, mas também por uma divisão da responsabilidade emocional e de manutenção do relacionamento (Rice, 2003).

Na maioria dos divórcios, um dos membros do casal toma a decisão pelo término do relacionamento primeiro (Peck & Manocherian, 1995). Geralmente o cônjuge que decide pelo divórcio tem vivido esse processo e elaborado essa perda muito tempo antes da separação real, sendo inclusive comum experienciar um sentimento de alívio com o término. O outro cônjuge, por sua vez, tende a só começar a elaborar a perda e entrar no processo emocional da separação após o divórcio real (Amato, 2000). Dessa forma, o processo de ajustamento ao divórcio tende a ser mais difícil para o cônjuge que não tomou a iniciativa, o que pode gerar sentimento de baixa autoestima, impotência e humilhação. Por outro lado, aquele que tomou a iniciativa pode relatar sentimento de culpa e remorso (Peck & Manocherian, 1995).

No período imediatamente posterior ao divórcio, regras devem ser definidas e novas fronteiras devem ser erigidas entre os subsistemas de forma que as necessidades dos diferentes membros do sistema familiar possam ser atendidas de acordo com essa nova configuração (Nascimento, Coelho, Jesus, & Martins, 2006). As incertezas e dúvidas que marcam esse processo podem contribuir para que os ex-cônjuges e seus filhos enfrentem a chamada *perda ambígua*. Esse conceito foi cunhado por Pauline Boss (1999) para descrever situações em que o luto é dificultado pela falta de clareza sobre a perda enfrentada. No que se refere ao divórcio podem ser relacionadas ao processo de perda ambígua questões como: “será que esse relacionamento realmente terminou ou nós ainda iremos voltar?”; “se ele/ela não gosta mais de mim, por que vem tanto à minha casa?”; “preciso

comunicar a ele/ela que tomei a decisão de x?"; "já posso namorar com outra pessoa?". Não fica claro, portanto, se o ex-cônjuge ainda é parte do sistema familiar ou se o subsistema conjugal de fato se dissolveu (Nascimento et al., 2006). Esse processo pode, ainda, transcorrer de forma distinta para cada um dos envolvidos, já que as pessoas podem apresentar percepções diversas sobre a situação.

Dessa forma, o processo de ajustamento ao divórcio é longo e envolve desde o período anterior à decisão até o estabelecimento homeostático de uma nova família, seja por meio do recasamento, seja pela reorganização dos subsistemas dos quais os ex-cônjuges participam (Peck & Manocherian, 1995). Em uma sociedade que valoriza manifestações de felicidade e em que o espaço para falar de dificuldades e tristezas é escasso (Rapizo & Brito, 2014), pode ser especialmente difícil lidar com o tempo que essa elaboração demanda.

Em uma pesquisa da qual participaram 117 mães separadas ou divorciadas com ao menos um filho em idade escolar, Grzybowski e Wagner (2010a) constataram que 69% delas consideravam que seu processo de divórcio tinha sido conflituoso e que 24% delas afirmavam ter uma relação ruim com seu ex-cônjuge. Em alguns casos, a conclusão do processo de divórcio pode contribuir para a diminuição dos conflitos entre os cônjuges (Kier et al., 2000), enquanto, em outros, é possível constatar que o conflito constante representa uma tentativa de manutenção do vínculo entre os ex-cônjuges (Rapizo & Brito, 2014). Trata-se, portanto, de situações em que o divórcio não põe fim à conjugalidade (Juras, 2009). Segundo Juras (2009), em divórcios conflituosos, a comunicação entre os ex-cônjuges tende a se caracterizar por uma escalada simétrica, ou seja, uma forma de comunicação em que um tenta se sobrepor ao outro, reafirmando suas posições, recusando-se a ceder e desqualificando o outro:

O relacionamento conjugal (...) está pautado, principalmente, em auto-promoção, destruição do outro, indisponibilidade de trocar o papel com o outro, responsabilização do outro pelo conflito, comunicação rígida, inflexível, autoritária e violenta, lutas de poder, evitação de contato direto com o ex-cônjuge, triangulações e paradoxos. (pp. 63-64)



A continuidade desse conflito mostra-se prejudicial tanto para os ex-cônjuges como para seus filhos. As questões não resolvidas referentes à conjugalidade sobrepõem-se às renegociações e ajustes necessários (Cunico & Arpini, 2014; L. S. Grzybowski & Wagner, 2010; Juras, 2009; RAPIZO & Brito, 2014), dificultando a satisfação das necessidades dos membros desse sistema, em especial das crianças.

### **O Divórcio, a Mulher, a Maternidade e a Coparentalidade**

A experiência do divórcio tem sido relacionada tanto ao aumento do envolvimento e da proximidade entre pais e filhos, como a dificuldades no exercício da parentalidade decorrentes de uma fragilização dos pais, que ainda estariam lidando com os impactos do divórcio (Kelly, 2003). Embora o divórcio possa representar o fim do subsistema conjugal, quando o casal tem filhos, permanece a responsabilidade de ambos por sua criação (Cunico & Arpini, 2014), o que mantém seu vínculo por meio da coparentalidade.

A coparentalidade equivale ao que Minuchin (1990) denominava de subsistema parental ou executivo referindo-se à atuação conjunta de duas ou mais pessoas no sentido de cuidar, socializar e proteger uma ou mais crianças. No contexto do divórcio, a coparentalidade diz respeito à relação entre os ex-cônjuges no que se refere a como tomam decisões, cuidam, responsabilizam-se e lidam em conjunto com a vida dos filhos (Grzybowski & Wagner, 2010b). Trata-se de uma relação permeada por diferentes dimensões, que incluem o apoio existente entre os pais, os conflitos sobre a criação dos filhos, as coalizões e triangulações, bem como a divisão de tarefas no cuidado com a criança (Margolin, Gordis, & John, 2001; Van Egeren, 2004). Embora o conceito tenha sido inicialmente aplicado a casais separados, nas últimas décadas, tem-se ampliado seu uso para diferentes configurações familiares (Lamela, Nunes-Costa, & Figueiredo, 2010).

A coparentalidade constitui um subsistema autônomo e diferenciado dos subsistemas conjugal e parental, estabelecendo, com eles, uma relação de interdependência (Grzybowski & Wagner, 2010b). No entanto, uma das maiores dificuldades do processo de divórcio consiste

justamente em separar a conjugalidade da parentalidade (Cunico & Arpini, 2014; Grzybowski & Wagner, 2010b; Juras, 2009). Lidar com as redefinições emocionais e de relacionamento após o divórcio é um processo que pode durar muito tempo e envolver conflitos. É nesse contexto que os papéis parentais de cada cônjuge precisarão ser pensados em acordo para que o impacto nos filhos seja o menor possível.

De acordo Maccoby, Depner e Mnookin (1990), é possível observar três padrões de interação coparental em casais divorciados:

- a) Coparentalidade desengajada: escasso contato entre os pais, com pouco conflito, mas sem o estabelecimento de planos conjuntos;
- b) Coparentalidade cooperativa: capacidade de separar os conflitos conjugais da parentalidade, permitindo a coordenação conjunta de planos e estratégias em relação à educação dos filhos, com ambos apoiando as atitudes e decisões um do outro;
- c) Coparentalidade conflituosa: relação próxima e conflituosa entre os pais com dificuldade de estabelecer planos e uma interação competitiva, em que os pais se sentem sabotados um pelo outro.

A relação conjugal que se estabeleceu entre os pais antes do divórcio, bem como a forma como solucionaram – ou não – seus conflitos conjugais parece exercer um papel de fundamental importância na construção da coparentalidade pós-divórcio (Cunico & Arpini, 2014; Maccoby et al., 1990). Grzybowski e Wagner (2010b), identificaram na literatura alguns fatores de proteção para o estabelecimento de uma coparentalidade adequada após o divórcio: guarda compartilhada, baixos níveis de conflito, baixa hostilidade, satisfação com o apoio financeiro, menor número de filhos, acordo sobre visitas, novo relacionamento amoroso que incentive e ajude na relação com os filhos, amizade e preocupação com o ex-cônjuge, boa percepção das habilidades parentais do outro, idade dos filhos e gênero do progenitor. Já os fatores de risco para o desenvolvimento da coparentalidade identificados pelas autoras foram: recasamento com forte vínculo emocional ainda existente; conflitos

anteriores ao divórcio na condução da educação dos filhos; não ficar com a guarda do filho, o que pode levar a hostilidade entre os pais.

Em pesquisa realizada com pais e mães divorciados, as mães coabitantes relataram maior envolvimento direto com os filhos no que se refere ao suporte emocional e educativo (Grzybowski & Wagner, 2010a). As mães também relataram maior sobrecarga no cuidado com os filhos, o que, no entanto, relacionaram à oportunidade de desempenhar seu papel materno de forma mais intensa (Grzybowski & Wagner, 2010b). Mães que assumiram a guarda dos filhos também se mostraram insatisfeitas em relação à forma como seus ex-cônjuges exerciam a parentalidade (Cunico & Arpini, 2014), ressaltando que uma das dificuldades enfrentadas no exercício da maternidade seria sua situação financeira (Cunico & Arpini, 2014; Grzybowski & Wagner, 2010b). As mães também viram o envolvimento do pai após o divórcio como muito influenciado pela forma como sua atual companheira vê a sua relação com os filhos (Cunico & Arpini, 2014). Ou seja, há uma maior aproximação do pai quando a companheira apoia essa relação, mas um maior distanciamento quando é contra. Também se identificou que algumas mães podem dificultar a aproximação entre os filhos e o pai, quando este inicia uma nova relação com a qual a mãe não se sente confortável. Embora, de forma, geral, as mães se queixem do pouco envolvimento dos pais no cuidado com as crianças, parece haver uma normalização desse distanciamento, baseada nas ideias de que as mães são as responsáveis pela criação dos filhos, de que o papel da mãe é mais importante e de que os pais não têm preparo para assumir essa tarefa.

### **Considerações Finais**

Espera-se que este capítulo contribua para a reflexão acerca a experiência do divórcio para a mulher, ao ter sistematizado dados de estudos nacionais e internacionais segundo uma perspectiva sistêmico-feminista. O divórcio é um processo demorado, doloroso e complexo, que acarreta impacto emocional e perdas, mas que também pode contribuir para o crescimento na superação da crise

(Felicio & Roldão, 2018). Embora as mulheres ainda sejam afetadas pelo estigma do divórcio (Arditi & Lopez, 2005; Konstam et al., 2016), vivenciem perdas financeiras com a separação (Amato, 2000; Cunico & Arpini, 2014; Grzybowski & Wagner, 2010b; Kier et al., 2000) e tendam a se sentir sobrecarregadas pelo cuidado com os filhos (Amato, 2000; Cunico & Arpini, 2014; Grzybowski & Wagner, 2010b), a experiência do divórcio pode estar atrelada a ganhos no desenvolvimento pessoal, maior empoderamento e liberdade (Amato, 2000; Arditi & Lopez, 2005; Kier et al., 2000). Dessa forma, a terapia sistêmico-feminista vê o divórcio como oportunidade de desenvolvimento pessoal para a mulher (Rice, 2003).

É necessário que o divórcio seja compreendido como um fenômeno complexo, abrindo-se espaço para a manifestação das subjetividades de todos os envolvidos nessa experiência (Amato, 2000; Kier et al., 2000). As particularidades das vivências de cada família e dos contextos em que vivem contribuem para a forma como o divórcio é experienciado. Dessa forma, é necessário que se evitem determinismos ao se trabalhar com essas famílias e que não se patologize aqueles que apresentam dificuldades para elaborar essa vivência (Juras, 2009). O divórcio não é permeado apenas por questões individuais ou relacionais, deve-se estar atento também às implicações dos valores sociais e aos recursos que as comunidades disponibilizam a essas famílias.

Os processos de subjetivação de mulheres e homens em nossa cultura contribuem para a forma como o divórcio é percebido e para como se estruturam as relações (Zanello, 2018). Muitas vezes, os estereótipos de gênero presentes em nossa sociedade limitam o acesso das famílias a recursos que poderiam ajudá-las a passar por essa experiência, como o estabelecimento de um diálogo aberto em que fosse possível a todos comunicar e expressar seus sentimentos. Como assinala (Rampage, 2003), a visão de que homens e mulheres são essencialmente diferentes os distancia, prejudicando a comunicação e a intimidade.

Ahrons (2014) reforça a importância de que os profissionais vejam o divórcio além de estereótipos e mitos sociais, adotando uma perspectiva mais integral e sistêmica na prática terapêutica.

Dessa forma, segundo a autora, seria possível diferenciar um divórcio bem-sucedido de um malsucedido e ajudar as famílias durante esse processo. Um divórcio é considerado “bom” se, ao final do processo, a família continua sendo, agindo e se vendo como uma família, se os filhos sofreram o menor dano possível e se os dois ex-cônjuges conseguiram elaborar seus conflitos após o divórcio, de forma que eles não se sobreponham à relação coparental ou à relação de cada um com seus filhos. Já um divórcio malsucedido é aquele em que o conflito é utilizado como forma de manutenção do vínculo ou em que os ex-cônjuges envolvem demasiadamente os filhos em seus conflitos, gerando triangulações e coalizões (Ahrns, 2014).

Além de serem as principais iniciadoras do processo de separação, as mulheres também são as mais prováveis de exercerem a “parentalidade solo” e as que mais decidem viver sozinhas sem se casar novamente (Rice, 2003). Tudo isso contribui para o questionamento da família tradicional patriarcal, já que se estabelecem configurações familiares que não apresentam o pai como a figura de autoridade máxima da casa. Essa mudança no âmbito privado evidencia como as mulheres são as protagonistas dessa transformação cultural e familiar (Rice, 2003).

### Referências

- Ahrns, C. R. (2014). Divorce: An unscheduled family transition. In *The expanded family life cycle: Individual, Family Social Perspectives* (pp. 290–304). Harlow: Pearson.
- Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 1269–1287. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.01269.x>
- Ângelo, C. (1995). A escolha do parceiro. In M. Andolfi, C. Angelo, & C. Saccu (Eds.), *A crise do casal* (pp. 47–57). São Paulo: Summus.
- Arditi, J. A., & Lopez, N. P. (2005). Puerto Rican and Dominican women’s perception of divorced women. *Journal of Feminist Family Therapy*, 17, 143–173. <https://doi.org/10.1300/J086v17n03>
- Becvar, D. S. (2003). Eras of epistemology: A survey of family therapy thinking and theorizing. In T.

- L. Sexton, G. R. Weeks, & M. S. Robbins (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 3–22). New York: Brunner-Routledge.
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (2012). *Terapia sistêmica individual: Manual prático na clínica*. Belo Horizonte: Artesã.
- Boss, P. (1999). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. Cambridge: Harvard Press.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (2008). *Lealtades invisibles: Reciprocidad en terapia familiar intergeracional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Breitman, S. G., & Strey, M. N. (2017). Questões De Gênero: Com a palavra, mediadores e mediadoras. *Psicologia Argumento*, 24(46), 17-30. <https://doi.org/10.7213/rpa.v24i46.19719>
- Cano, D. S., Gabarra, L. M., Moré, C. O., & Crepaldi, M. A. (2010). As transições familiares do divórcio ao recasamento no contexto brasileiro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(2), 214-222. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722009000200007>
- Carneiro, M. T., & Rocha, E. (2018). “Do fundo do buraco.” In J. Souza (Ed.), *A ralé brasileira* (pp. 141–159). São Paulo: Contracorrente.
- Cunico, S. D., & Arpini, D. M. (2014). Conjugalidade e parentalidade na perspectiva de mulheres chefes de família. *Psicologia Em Estudo*, 19(4), 693–703.
- Diniz, G., & Coelho, V. (2005). A história e as histórias de mulheres sobre o casamento e a família. In T. Féres-Carneiro (Ed.), *Família e casal: Efeitos da Contemporaneidade* (pp. 138–157). Rio de Janeiro: Editora PUCRio.
- Falcke, D., & Wagner, A. (2005). A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade. In A. Wagner (Ed.), *Como se perpetua a família: A transmissão dos modelos familiares* (pp. 25–46). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Falcke, D., Wagner, A., & Mosmann, C. (2005). Passando a história a limpo: O impacto das experiências da família de origem na conjugalidade. In A. Wagner (Ed.), *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares* (pp. 67–80). Porto Alegre: EDIPUCRS.

- Felicio, E., & Roldão, F. D. (2018). Breves considerações sobre os impactos do divórcio nos diferentes estágios do ciclo de vida familiar. *Anais Do EVINCI-UniBrasil*, 3, 987–1004.
- Féres-Carneiro, T. (2003). Separação: o doloroso processo de dissolução da conjugalidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8(3), 367–374. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2003000300003>
- Fonseca, C. (2000). *Família, fofoca e honra*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Gagliano, P. S., & Pamplona Filho, R. M. V. (2017). *O novo divórcio*. Rio de Janeiro: Saraiva.
- Goodrich, T. J. (2003). A feminist family therapist's work is never done. In L. B. Silverstein & T. J. Goodrich (Eds.), *Feminist family therapy: Empowerment in social context*. (pp. 3–16). <https://doi.org/10.1037/10615-001>
- Grandesso, M. (2011). *Sobre a reconstrução do significado: Uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica* (3rd ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Grzybowski, L. S. (2002). Famílias monoparentais: – Mulheres divorciadas chefes de família. In A. Wagner (Ed.), *Família em cena: Tramas, dramas e transformações* (pp. 39–53). Petrópolis: Vozes.
- Grzybowski, L. S., & Wagner, A. (2010a). O envolvimento parental após a separação/divórcio. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), 289-298. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722010000200011>
- Grzybowski, L. S., & Wagner, A. (2010b). Casa do pai, casa da mãe: a coparentalidade após o divórcio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 77-87. <https://doi.org/10.1590/s0102-37722010000100010>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017). *Estatísticas do registro civil 2017*. Retrieved from [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc\\_2017\\_v44\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc_2017_v44_informativo.pdf)
- Juras, M. M. (2009). *Papéis conjugais e parentais na situação de divórcio destrutivo com filhos pequenos*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

- Kelly, J. B. (2003). Changing perspectives on children's adjustment following divorce: A view from the United States. *Childhood, 10*(2), 237–254. <https://doi.org/10.1177/0907568203010002008>
- Kier, C., Lewis, C., & Hay, D. (2000). Maternal accounts of the costs and benefits of life experiences after parental separation. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 16*(3), 191–202. <https://doi.org/10.1590/s0102-37722000000300002>
- Konstam, V., Karwin, S., Curran, T., Lyons, M., & Celen-Demirtas, S. (2016). Stigma and divorce: A relevant lens for emerging and young adult women? *Journal of Divorce and Remarriage, 57*(3), 173–194. <https://doi.org/10.1080/10502556.2016.1150149>
- Lamela, D., Nunes-Costa, R., & Figueiredo, B. (2010). Modelos teóricos das relações coparentais: Revisão crítica. *Psicologia em Estudo, 15*(1), 205–216. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000100022>
- Lancaster, M., Rappleyea, D. L., Jensen, J. F., & Didericksen, K. W. (2018). Should i stay or go? Examining indicators of relationship commitment in aggressive relationships. *Journal of Feminist Family Therapy, 30*(4), 237–257. <https://doi.org/10.1080/08952833.2018.1526511>
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Maccoby, E. E., Depner, C. E., & Mnookin, R. H. (1990). Coparenting in the second year after divorce. *Journal of Marriage and the Family, 52*(1), 141–155. <https://doi.org/10.2307/352846>
- Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: A link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psychology, 15*(1), 3–21. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.15.1.3>
- McGoldrick, M., & Carter, B. (2014). Families transformed by the divorce cycle: Reconstituted, multinuclear, recoupled, and remarried families. In M. McGoldrick, B. Carter, & N. Garcia-Preto (Eds.), *The expanded family life cycle: Individual, family social perspectives* (pp. 315–334). Harlow: Pearson.
- Miermont, J. (1994). *Dicionário de terapias familiares: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artes



Médicas.

- Minuchin, P. (1985). Families and individual development: provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56(2), 289–302. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1985.tb00106.x>
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nascimento, C. C., Coelho, M. R. M., Jesus, M. R. P. & Martins, W. V. (2006). Apego e perda ambígua : Apontamentos. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, VI(2), 426–449.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2002). *Terapia familiar: Conceitos e métodos*. Porto Alegre: Artmed.
- Peck, J. S., & Manocherian, J. (1995). O divórcio nas mudanças do ciclo de vida familiar. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças de vida no ciclo de vida familiar - Uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pereira, R. D. V. (2017). *Divórcio - Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Saraiva.
- Rampage, C. (2003). Gendered constraints to intimacy in heterosexual couples. In L. B. Silverstein & T. J. Goodrich (Eds.), *Feminist family therapy: Empowerment in social context* (pp. 199–210). Washington: APA.
- Rapizo, R. L., & Brito, L. M. T. (2014). a Space for Conversations About Divorce : Positioning. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 50, 32–50.
- Rice, J. K. (2003). “I can’t go back”: Divorce as adaptive resistance. In L. B. Silverstein & T. J. Goodrich (Eds.), *Feminist family therapy: Empowerment in social context* (pp. 51–64). Washington: APA.
- Silva, I. M. da, Semensato, M. R., Bosa, C., & Lopes, R. C. S. (2010). Como nossos pais? Um levantamento da literatura sobre a repetição de padrões familiares na relação conjugal. *Anais Do III Congresso Brasileiro Psicologia Ciência & Profissão*. São Paulo: Conselho Federal de Psicologia.

- Silva, E., Torres, R., & Berg, T. (2018). A miséria do amor dos pobres. In J. Souza (Ed.), *A ralé brasileira* (pp. 161–189). São Paulo: Contracorrente.
- Silverstein, L. B. (2003). Classic texts and early critiques. In L. B. Silverstein & T. J. Goodrich (Eds.), *Feminist family therapy: Empowerment in social context*. (pp. 17–35). Washington: APA.
- Strey, M. N. (2007). Gênero, família e sociedade. In M. N. Strey, J. Silva Neto, & R. L. Horta (Eds.), *Família e gênero* (pp. 17–38). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Tomm, K. (1998). A question of perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(4), 409–413.
- Van Egeren, L. A. (2004). The development of the coparenting relationship over the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 25(5), 453–477. <https://doi.org/10.1002/imhj.20019>
- Vasconcellos, M. J. E. (2003). *Pensamento sistêmico, uma epistemologia científica para uma ciência novo-paradigmática*. Campinas: Papirus Editora.
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris.

## **A Conjugalidade diante do Adoecimento por Câncer de Mama: Um Estudo de Caso Coletivo**

Hortênsia Pereira de Souza

Isabela Machado da Silva

**Resumo:** Neste estudo de caso coletivo, investigou-se a vivência da conjugalidade de duas mulheres que tiveram câncer de mama: uma que manteve a relação e outra que se separou após a doença. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas e genogramas. O adoecimento por câncer pode contribuir para a reavaliação sobre a vida e o relacionamento, promovendo a alteração da dinâmica relacional. O luto antecipatório, por sua vez, pode contribuir para a reafirmação da afetividade. O diagnóstico e tratamento de câncer promove reconfigurações em diferentes dimensões da conjugalidade, sendo necessário compreender a influência da história do casal, dos valores sociais e familiares, bem como da presença de estressores adicionais, na forma como essa experiência será vivenciada por cada casal.

**Palavras-chave:** relações conjugais, casamento, sexualidade, comunicação, neoplasias mamárias

**Abstract:** In this case study, we investigated how two women who had breast cancer experienced their marital relations: one of them continued married after the diagnosis and treatment; the other broke up her relationship. Data were collected from semi-structured interviews and genograms. Cancer can contribute to women re-evaluate their lives and relationships, promoting change in marital dynamics. On the other hand, anticipatory mourning, can contribute to attempts to reinforce affectivity. Cancer diagnosis and treatment leads to reconfigurations in different dimensions of marital relations. It is necessary to understand how couple's history, social and family values, as well as the presence of additional stressors, influence this experience for each couple.

**Keywords:** marital relations, marriage, sexuality, communication, breast neoplasms

Câncer é o conjunto de doenças caracterizadas pelo crescimento desordenado, agressivo e incontrolável de células, invadindo tecidos e órgãos (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2017). É uma doença crônico-degenerativa de destaque: estima-se que, no Brasil, surgem cerca de 600 mil novos casos de câncer por ano, segundo o INCA (2016).

O câncer é uma doença temida e estigmatizada, tida como dolorosa e que pode levar à invalidez ou à morte (Straub, 2005). Pessoas com câncer avançado podem apresentar limitações que as tornam dependentes de cuidados, tais como dor, confusão mental, dificuldades respiratórias, de alimentação e de locomoção, ansiedade e depressão (Rezende et al., 2005). Nesse contexto, existe a tendência de que os cuidados da pessoa com câncer sejam transferidos à família (Floriani & Schramm, 2006), trazendo repercussões às diversas relações familiares, especialmente à conjugal.

### **Conjugalidade e Câncer**

Em nossa cultura, a relação conjugal tende a ser compreendida como a união de pessoas que buscam satisfazer, de forma conjunta, suas necessidades psicológicas. Os cônjuges oferecem, um ao outro, um espaço de pertencimento, apoio e refúgio frente aos desafios do dia-a-dia, criando-se um processo de interdependência em que ambos se influenciam de forma contínua (Minuchin, 1980/1990).

A qualidade conjugal é um constructo multidimensional, que vai além da mera satisfação ou felicidade conjugal. Constitui-se a partir de incontáveis variáveis, como contexto, recursos pessoais dos cônjuges, processos adaptativos, experiências na família de origem, nível educacional, características de personalidade, fase do ciclo vital, entre outras (Mosmann, Wagner, & Féres-Carneiro, 2006).

Quando um dos cônjuges adoece, podem ser identificadas repercussões no outro e na relação, sendo que se discute que o adoecimento pode tanto contribuir para o distanciamento entre os cônjuges como para uma maior aproximação (Watson & McDaniel, 2005). Por um lado, o câncer é associado

a prejuízos à saúde psicológica e física, bem como à sexualidade do casal. Por outro lado, o câncer é associado a maior contato físico não sexual, maior apreciação entre os cônjuges e aumento da intimidade emocional (Picheti, de Castro, & Falcke, 2013).

Yang e Schuler (2008) constataram que mulheres com menor qualidade conjugal apresentaram recuperação mais lenta, piores resultados clínicos e menor atividade física. Além disso, apresentaram mais sintomas e sinais de doença, efeitos colaterais do tratamento e sintomas depressivos. Esses resultados permitem supor que tanto a doença impacta a relação, como a relação impacta a forma como a doença é vivenciada.

### **Câncer, Conjugalidade e Gênero**

O diagnóstico e tratamento de uma doença será influenciado pelas particularidades de cada família e casal. Nesse contexto, as questões de gênero adquirem especial relevância, já que perpassam todo o ciclo de vida (McDaniel & Cole-Kelly, 2003).

As relações na família heterossexual reproduzem os esquemas de poder gendrados presentes na sociedade. É principalmente nessa estrutura que os princípios básicos de opressão são aprendidos (Rampage, 2003). As mulheres são usualmente vistas como as responsáveis pelo funcionamento do espaço familiar, porém apenas nas áreas consideradas secundárias, ou seja, em que não há interesse masculino. Por outro lado, os homens geralmente assumem o sustento, a vida profissional e o espaço público (Rampage, 2003). McGoldrick (2005) aponta que não é apenas a rigidez nos papéis de gênero que origina a diferença no desenvolvimento de homens e mulheres, mas também a desvalorização das características vistas como tipicamente femininas.

O gênero também afeta a forma de cuidado. É esperado das mulheres que cuidem dos doentes da família e, muitas vezes, isso resulta em falta de apoio quando são elas mesmas as doentes. Por outro lado, os homens costumam desempenham funções instrumentais, como suporte financeiro e material, que não são levadas em consideração nos estudos (McDaniel & Cole-Kelly, 2003).

Quando uma mulher adoece, as relações de poder e de cuidado do casal são desafiadas, alterando-se as dinâmicas relacionais e podendo-se decidir pelo término da relação. Os cônjuges podem vir a assumir o papel de cuidadores pela primeira vez desde o início da relação (Picheti, de Castro, & Falcke, 2014), enquanto as mulheres podem reavaliar suas relações, adotando posturas mais assertivas e centradas no autocuidado (Sawin, Laughon, Parker, & Steeves, 2009; Speakman, Paris, Gioiella, & Hathaway, 2015). Glantz et al. (2009) pesquisaram a diferença de gênero na taxa de separação de 515 pacientes com doenças cerebrais (câncer cerebral ou esclerose múltipla) e concluíram que a paciente ser mulher foi o maior preditor de separação.

### **Objetivos**

Neste estudo, investigou-se a vivência da conjugalidade de duas mulheres que tiveram câncer de mama: uma que manteve a relação conjugal e outra que se separou após a doença. Especificamente, buscou-se compreender (a) como as mulheres descrevem sua coesão, flexibilidade, comunicação e sexualidade nesse contexto; (b) como se apresentam as relações de apoio e cuidado entre os cônjuges; (c) o papel das questões de gênero; e (d) a importância da história do casal.

### **Método**

#### **Delineamento e Participantes**

Realizou-se um estudo de caso coletivo (Stake, 1994), do qual participaram duas mulheres com histórico de adoecimento por câncer de mama. Foi constituída uma amostra heterogênea, a qual se caracteriza por ser composta por participantes que compartilham uma experiência ou característica em comum, mas que diferem entre si no que diz respeito a dimensões consideradas relevantes para a compreensão do fenômeno (Patton, 2002). As participantes deste estudo tiveram em comum a experiência do câncer de mama e o fato de terem sido diagnosticadas quando eram casadas. Diferenciaram-se quanto ao seu estado de saúde no momento da entrevista e quanto ao

desenvolvimento da conjugalidade após o diagnóstico: uma permaneceu casada, enquanto a outra se separou.

### **Procedimentos**

As participantes foram indicadas pelo serviço de psicologia de um hospital público em Brasília – DF. Foram realizados dois encontros com cada participante. No primeiro encontro, realizou-se a entrevista semiestruturada e, no segundo, o genograma. Cada entrevista teve duração aproximada de 1 hora. Uma participante foi entrevistada no hospital onde realiza tratamento, a outra foi entrevistada em casa, devido à dificuldade de locomoção decorrente da doença. Antes das entrevistas, os objetivos e cuidados éticos do estudo foram explicados às participantes e, em seguida, elas assinaram o TCLE (Anexo A). Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para análise dos dados.

Embora a entrevista tenha sido estruturada para ser realizada individualmente, a participante Virgínia (Caso 2) quis que o marido permanecesse presente durante a entrevista, assim como ele demonstrou interesse em participar. Dessa forma, ele acompanhou toda a primeira entrevista e interveio respostas. Na segunda entrevista, o marido não estava presente, mas ela se encontrava mais debilitada devido à doença, com sintomas de cansaço e dificuldade de falar fluentemente. Essas questões foram levadas em consideração na discussão dos resultados.

### **Instrumentos**

**Roteiro de entrevista semiestruturada (Anexo B).** Foram abordados os seguintes temas: história do relacionamento; história do adoecimento; e relacionamento após adoecimento.

**Genograma.** Foi utilizado com o objetivo de avaliar o lugar da participante no ciclo de vida familiar, proporcionando um retrato da história e do padrão transgeracional (McGoldrick & Gerson, 1995) (Anexo C). Abordaram-se principalmente os seguintes assuntos: casamento, doenças e perdas, papéis de gênero e resolução de conflitos.

### **Análise de Dados**

Foi realizada análise de conteúdo das entrevistas, por meio da organização dos elementos contextuais e do conteúdo das falas, buscando a compreensão, conforme análise temática de Minayo (2012). A organização dos temas sobre a conjugalidade foi feita com base nas seguintes categorias:

**Câncer e visão de si.** Discute os aspectos individuais do adoecimento, uma vez que se entende que os subsistemas Indivíduo – Casal – Câncer mostram-se interdependentes na vivência da doença (Rolland, 1995).

**A família de origem.** Discute a história da família de origem das participantes, a partir dos dados obtidos na aplicação do genograma.

**Coesão.** Aborda o equilíbrio entre proximidade e distanciamento do casal. Envolve os laços emocionais, as fronteiras, os processos de decisão e interesses (Olson, 2000, 2005).

**Flexibilidade.** Aborda o equilíbrio entre estabilidade e mudança. É a potencialidade de mudança de liderança, papéis e regras na estrutura conjugal.

**Comunicação.** Envolve “a transmissão de crenças, trocas de informação, expressão emocional e processos de resolução de problemas” (Walsh, 2006, p. 106). É considerada uma dimensão facilitadora da flexibilidade e da coesão (Olson, 2000).

**Sexualidade.** De acordo com Daniluk (2003), existem formas diversas de sexualidade, e cada indivíduo constrói a sua de acordo com aspectos particulares e sociais. Segundo Hyde e DeLamater (2007), a sexualidade está correlacionada à satisfação com o casamento e envolve a intimidade, um conceito que abrange dimensões cognitivas, afetivas e físicas, além de ter a reciprocidade como característica (Hyde & DeLamater, 2007).

## **Resultados e Discussão**

### **Simone**

**Contextualização do caso.** Simone tem 52 anos de idade, ensino médio completo, aposentada, católica. Quando a entrevista foi realizada, estava separada há 7 anos, porém sem divórcio



judicial. Antes da separação, foi casada por 30 anos. Tem duas filhas jovens adultas, que são solteiras e moram com ela. Simone e o ex-marido começaram a namorar na adolescência, logo tiveram a primeira filha e casaram. Simone foi diagnosticada com câncer de mama 7 anos antes da entrevista, passou por cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Simone separou-se pouco após o diagnóstico de câncer, o que relacionou ao marido se negar a buscar tratamento para a dependência de álcool. No momento da entrevista, não estava em nenhum tipo de tratamento, apenas acompanhamentos de rotina.

**Câncer e visão de si.** A família de origem de Simone tem vários casos de adoecimento por câncer, incluindo seus avós, tios e mãe. Foi a principal cuidadora de sua mãe e de uma tia quando estas adoeceram. A tia sobreviveu ao câncer, enquanto a mãe morreu em decorrência da doença, aos 55 anos.

Devido a essas experiências, Simone já havia lidado com os aspectos médicos e emocionais do câncer, tendo muita preocupação com seus exames de rotina. Simone descreve que, ao receber o diagnóstico, já estava preparada, pelo que havia visto nos exames, e que, por isso, teve uma postura orientada ao tratamento.

*Aí quando cheguei lá, “agora doutor, o resultado tá aqui, agora vamos marcar a cirurgia!” Ele olhava assim pra mim e falou assim: “A mulherada toda chega aqui, quando eu vou falar chora, faz e acontece e a senhora está nessa calma toda!” Eu disse: “Sim! Porque eu quero viver, eu não quero morrer! Então, eu acho assim, o quanto antes a gente fizer essa cirurgia melhor vai ser!”*

Dentre os fatores que a ajudaram a lidar com a doença, Simone relata ter experienciado poucos efeitos colaterais durante o tratamento e ter se preparado para todas as etapas usando as experiências passadas com outros familiares como referência. Lembra da queda de cabelo como um dos momentos de grande emoção, mas diz que, depois disso, o “ficar careca” ganhou, para ela, significados positivos, e o câncer teve impacto na sua imagem corporal por inteiro.

*Tava lá lendo quando eu levantei, eu não sei por que, eu levantei da cama e olhei para trás, quando olhei que vi meu travesseiro cheio de cabelo... aí eu parei assim um pouco, peguei assim, olhei. Oh, menina! Eu comecei a chorar! (...) Eu falei: “Eu não quero ficar careca! Posso?”. E chorando, mas assim foi uma coisa que durou por volta de meia hora. Aí eu sentei, liguei para menina lá da rua que tinha um salão e falei assim: “Olha, eu sei que você já deve ter fechado salão, mas eu tô precisando passar a máquina no meu cabelo! Não quero ver esse negócio ficar caindo, eu acho que tenho que livrar logo!” (...) E aí o que eu fui fazer? Assumir minha careca. (...). Aí foi quando, sabe assim, eu não gostava de tirar foto, até o câncer... eu tenho várias fotos lá em casa que tem todo mundo menos eu, (...) aí eu comecei me ver de outra forma! Sabe assim, você descobre uma beleza que tava adormecida há muito tempo e falei: “Gente, que maravilha o câncer, ele veio para me acordar!”.*

A perda de cabelo é considerada por muitas mulheres o evento mais traumático do tratamento do câncer, sendo relacionada à perda da feminilidade e sensualidade, além de ser vista como revelação social do diagnóstico, por se perder a escolha de mantê-lo em segredo (Freedman, 1994). A estratégia de Simone de assumir-se sem seus cabelos envolve lidar com o imaginário social sobre o câncer, além da cobrança social sobre a aparência feminina (Freedman, 1994). Nesse contexto, pode-se destacar a forma como Simone aprendeu a olhar para si depois do adoecimento, que se refletiu no relacionamento com sua imagem corporal.

Após o diagnóstico e a separação, Simone afirma já ter vivido outros relacionamentos, mas que não duram muito, o que atribui a sua vontade de viver o que não viveu durante seus anos de casada, prezando por sua “liberdade”: *“Povo já quer logo um casamento? Não! Eu quero um namorado, eu quero sair, me divertir um pouco”.*

**A família de origem.** Apesar de ter três irmãos - uma mulher mais velha e dois homens mais novos que ela - Simone foi a principal cuidadora da mãe e da tia, quando estas adoeceram por câncer, conciliando o cuidado com as filhas, ainda pequenas na época. Quando adoeceu, a mãe de Simone

era separada de seu pai há mais de 20 anos. A tia nunca se casou ou teve filhos e Simone diz que por isso assumiu seus cuidados.

Simone considera que a família costuma se unir em situações de dificuldade, apesar de ter sentido que a ajuda com o cuidado da mãe foi insuficiente. Simone considera que tem um papel de “conselheira da família”, no sentido de ser a conciliadora em casos de conflito e fazer mediações. Ela relata ter esse papel desde a infância, quando protegia seus irmãos e amigos na escola.

Simone diz que sua família costuma se reunir, mas que ela se mantém um pouco distante, porque considera que tem valores diferentes deles, principalmente no que diz respeito à relação com bebidas alcoólicas. O uso de álcool parece ser algo marcante no funcionamento familiar, com relatos de uso por tios, irmãos e pai.

*Eu assim...fico mais mais distante, sabe. (...) Porque eu não consigo ver a vida do jeito que eles veem, sabe? Eles só veem felicidade, diversão... tudo só na bebida, entendeu? (...) Eu não preciso beber para ser feliz! Ai, se eu to junto e se eu não quero beber: “Ah, mas a [Simone] é chata né!” (...) Ai às vezes eu vou para rir um pouquinho que é bom, a gente se diverte, mas aí eu tento sair logo porque ficam implicando e querem me forçar a beber.*

Simone relata que a mãe sofreu violência conjugal durante seu casamento e que seu pai também era dependente de bebidas alcoólicas. Simone atribui ao modelo de casamento dos pais o fato de sua família não ter um bom conceito sobre casamento:

*Ai... eu acho que todo mundo pensa assim.. que [casamento] é uma coisa que não dá muito certo. (...) Porque na família toda... nenhum dos meus irmãos são casados, eu fui a única que casou. Todos têm filhos, mas nenhum casou. (...) Eu acho assim que devido à vida que a gente viu dos meus pais (...) Muita agressão! Meu pai batia na minha mãe, ele era cheio de mulheres na rua. Trazia muita doença para dentro de casa, minha mãe sofreu muito na mão dele. (...) Quando eu fui casar, todo mundo falou que eu era louca! Quer dizer, até hoje eu sou considerada a diferente (risos)*

Por outro lado, Simone relata que sempre teve boa comunicação com sua mãe e conversava sobre o casamento dela, mesmo quando ela ainda estava junto de seu pai, incentivando a mãe a sair do relacionamento. Simone relata ter passado muitos anos sem contato com o pai após a separação, mas afirma ter uma boa relação com ele atualmente. Um fato marcante ocorreu quando sua mãe estava perto de falecer e Simone o relaciona ao seu próprio casamento com o ex-marido:

*Antes da minha mãe morrer, um dia ele ligou e aí ela estava lá em casa e ela atendeu... (...) Eles nunca tinham se falado, e aí ela já estava doente e falou assim: “Eu te perdô”. Eu achei tão interessante aquilo, que ela disse assim: “Eu te perdoo por eu ter permitido você fazer comigo o que você fez”. Eu falei: “Gente, como é que ela pede perdão por ele ter agredido ela a vida inteira?”, mas na verdade foi isso que aconteceu, ela permitiu! E eu acho assim...é...eu trouxe isso para minha vida, eu falei: “As pessoas só vão fazer comigo que eu permitir”, mas eu permiti também! Eu permiti viver uma vida só para dizer que eu era casada... eu também permiti!*

A identidade individual é desenvolvida por meio das crenças que compartilhamos em vários sistemas, incluindo o familiar (Walsh, 2006). Pode-se observar nos relatos o papel de Simone como cuidadora da família e mediadora de conflitos. Isso pode sugerir que, em diferentes momentos, ela teve que deixar de lado suas necessidades para atender a família, o que se reproduziu em sua relação conjugal.

O casamento e a separação dos pais parecem ter sido marcantes para toda a família, pela violência conjugal e pelo abuso de álcool paterno, o que parece ter afetado o conceito que a família tem sobre casamento. Filhos de pais divorciados, principalmente com histórico de violência, podem desenvolver visão pessimista sobre o casamento e medo de repetir a forma de se relacionar dos pais, o que afeta sua percepção sobre as próprias habilidades de se engajarem em relacionamentos duradouros (Wallerstein & Lewis, 2004).

**Coesão.** As questões relacionadas à coesão do casal foram marcadas pela dependência do álcool do ex-marido. O cuidado e a preocupação com ele, bem como o isolamento do sistema familiar se destacam em seu discurso:

*E... depois da segunda filha, aí ele começou a beber. E aí depois já estava com uns oito, nove anos de casados, ele começou a beber demais... E aí só foi aumentando, aumentando. Mas, assim, nunca foi uma pessoa agressiva, nunca me tratou mal, nunca tratou mal minhas filhas, mas ele fazia mal para si e para a gente também, porque aí as filhas começaram a sentir vergonha, e aí eu também, e aí vida social zero, que ninguém saía para lugar nenhum, porque ele bebia, caía, e as pessoas riam. E aí eu não gostava, né? E aí eu já me chateava até com a pessoa, né? Sendo que a pessoa não tinha culpa nenhuma né?! Quem tinha culpa era ele, que estava bebendo... E aí resultado: vamos parar de sair.*

O isolamento social é uma estratégia comum em famílias com membros alcoolistas. Geralmente é usado com a função de proteger tanto a pessoa dependente como a família, sendo motivado por sentimentos de vergonha da condição de dependência. Ao mesmo tempo, esse isolamento sustenta o padrão familiar, protegendo-o de intervenções externas (Silva, 2003).

Há falas em que se pode identificar como a dependência do álcool na relação conjugal afetava sua qualidade de vida:

*Eu acho que fiquei vinte anos da minha vida sem ter uma vida! Amo dançar, aí você sabe que, quando eu saía, que eu ia dançar... aí ele já bebendo, aí não dançava, e aí se eu fosse dançar, ele já não gostava! Quer dizer que me anulei! E agora eu estou fazendo isso. Eu saio, eu danço, eu viajo... nossa, mulher, quanto tempo eu fiquei sem viajar! Nem na casa do meu pai eu podia ir! Agora eu vou para lá, passo um mês, dois meses! Eu viajo com amigos, com as amigas e é assim.*

Nesse caso, o isolamento era também provocado pelo ex-marido, aparentemente por ciúmes, fazendo com que ela “se anulasse”, segundo suas palavras. Ao relatar esses episódios, Simone não

identifica que seu ex-marido era agressivo ou a tratava mal, ela se responsabiliza pelo ocorrido, por ter se conformado com essa situação. Outro fator relatado que a impedia de viajar era por se sentir responsável por ele:

*Eu ficava preocupada de acontecer alguma coisa e minhas filhas estarem só. Porque ele não era responsabilidade... eu colocava na minha cabeça que ele não era responsabilidade delas, era minha! Olha só! E também não é minha responsabilidade, ele é responsável por ele. Até eu aprender isso, e isso foi o câncer que me ensinou! Então, às vezes, você vive ali naquela vida, pra mim tava muito boa! Vive eu, ele e as meninas e tá tudo muito bem, só que não tava, não tava. Hoje sim, hoje está muito bem! Se eu te mostrar um foto minha antes do câncer, você diz que não é essa pessoa que está conversando comigo, não é. Eu acho que eu era 20 anos mais velha que eu sou hoje. Então, eu mudei para melhor*

Além disso, Simone relata que já considerava estar separada do marido como “homem e mulher”, mesmo antes do diagnóstico: “*Já não tinha mais nada, mas ele não queria sair de casa e tal... Aquela coisa... ‘Não, vou parar de beber, e não sei o que, nossas filhas...’*, só que ele nunca parou de beber”.

Silva (2015), ao falar de padrões relacionais em casais em que um dos parceiros faz uso do álcool, evidencia que essa conjugalidade pode ser marcada por confrontos e demandas por mudança, o que pode levar a promessas de tratamento ou de interrupção do uso que não se concretizam. O parceiro que não faz uso do álcool pode então acabar deixando sua vida em segundo plano, na tentativa de controlar o uso de seu parceiro, alterando o cotidiano conjugal e familiar, reduzindo o autocuidado, alterando as rotinas diárias e, como já citado, com crescente isolamento. É importante notar que o comportamento de colocar o cuidado do outro como prioridade é esperado socialmente das mulheres, o que dificulta que elas se permitam sair da relação e priorizarem seus próprios interesses (Silva, 2015).

Simone atribui ao diagnóstico de câncer a mudança na avaliação sobre sua vida que levou à separação conjugal. A coesão foi modificada de forma que Simone começou a remanejar as responsabilidades sobre o ex-marido para ele próprio, insistindo que se tratasse e depois conseguindo colocar seus próprios limites, pois entendia que precisava focar em seu tratamento. Nesse momento, decidiu pela separação, saindo de casa com as filhas.

*Sim, eu acho que... o câncer é como eu falo, assim... O câncer acho que veio para me abrir os olhos, que não era boa aquela vida que eu tava levando, que não era daquele jeito que tinha que ser, porque eu fui me isolando do mundo, fui vivendo num mundinho em que se resumia ali, dentro da minha casa, entendeu? E eu acho que tudo isso, foi assim... muito... como é que eu posso te dizer? Que contribuiu muito com a doença. E aí quando fui diagnosticada, eu vi que eu precisava me libertar de tudo aquilo que eu estava vivendo, que eu não era feliz e eu não tava deixando minhas filhas serem felizes, porque era assim, elas tinham vergonha de levar os amigos em casa, imagine namorado. E aí depois que eu me decidi, quando eu terminei de fazer o tratamento, aí eu falei: “Bom, agora é a hora, vamos conversar, você tem.... você pode escolher, tô dando oportunidade de você escolher ainda, se você quiser conviver com a sua família que você disse que tem, que ama e que é tudo na sua vida, você vai se tratar, se não, tô indo embora”. E aí ele disse: “não que eu vou me tratar e tal”. Aí quando um dia ele chegou em casa e não tinha nada! Aí ele ligou: “Uai, o que aconteceu?”, aí eu falei: “mudei!”.*

Em estudo em que associa relacionamentos abusivos e experiência do câncer, Speakman et al. (2015) identificaram que as pacientes que descreviam comportamentos não suportivos de seus parceiros tendiam a reavaliar e a tentar fazer modificações nos seus relacionamentos após o diagnóstico e durante o tratamento. Isso aconteceria principalmente devido à necessidade de focar na sua própria saúde, ao maior apoio social e ao contato e o descobrimento de uma “força interior”. As pacientes descreveram que, mesmo após o diagnóstico, os parceiros continuaram autocentrados, com

comportamentos pouco suportivos, focando em como o câncer os afetava, demonstrando pouca ou nenhuma empatia. As pacientes reportaram que o diagnóstico e o tratamento de câncer as tornaram mais assertivas e fortes. Isso proporcionou mudanças de postura quanto a seus relacionamentos, sentindo-se merecedoras de apoio, evidenciando e validando suas insatisfações anteriores.

É possível identificar processo semelhante no caso de Simone. Ela descreve o câncer como um “divisor de águas”, que proporcionou questionamentos a respeito da relação conjugal em que estava, reconhecendo que merecia, ao menos no momento do tratamento, poder focar apenas em sua saúde. Isso proporcionou mudanças que duram até os dias atuais, com a preservação da sua individualidade e autoestima.

**Flexibilidade.** Simone sempre desempenhou o papel de cuidadora, tanto na família de origem quanto na família nuclear, principalmente na sua relação conjugal. Em sua perspectiva, isso fez com que sua vida fosse “anulada” pelos anos que passou convivendo com a dependência do álcool do marido.

O estabelecimento e a manutenção de papéis podem proporcionar estabilidade e sensação de segurança, principalmente porque se tratava de um papel conhecido para Simone, o que torna a mudança possivelmente mais difícil e assustadora. Segundo Walsh (2006), a flexibilidade de papéis é importante para o crescimento dos dois parceiros, um relacionamento com papéis rígidos contribui para conflitos e possível separação. Nesse sentido, Sawin et al. (2009), ao entrevistarem mulheres com câncer de mama em relacionamentos violentos, concluíram que o diagnóstico da doença foi o gatilho para que elas fizessem uma revisão sobre suas vidas, incluindo reavaliar seus relacionamentos. Esse também foi o caso de Simone, cujo adoecimento a fez se engajar nas mudanças dos papéis que desempenhava há anos na relação.

Ao adoecer, Simone se permitiu tentar sair do papel de cuidadora da família, tanto nuclear quanto extensa, porque entendia que era ela que necessitava de cuidados naquele momento e esse papel foi transferido a suas filhas.



*É! E Eu fui conversei com elas, falei: “Olha, tô com câncer!”. Aí todas já pararam, aí eu: “Olha nada de choro, quem tem que ter os 15 minutinhos de fama sou eu, e vou ter vários. Vou chorar? Vou, agora vocês não têm o direito de chorar! Vocês têm que olhar pra mim e me ajudar! Eu Preciso do apoio de vocês, porque com seu pai eu não posso contar!”.*

Os cuidados do familiar com câncer geralmente são transferidos a alguma mulher da família (Ignacio, Storti, Bennute, & de Lucia, 2011). Isso se deve à cobrança social de que a mulher assuma o papel de cuidadora. A forma como cada mulher se sentirá tocada por essa demanda dependerá também dos valores e das crenças que lhes foram transmitidas por sua família (Strey, 2007). O sistema de crenças familiares influencia como os membros da família vão agir no caso de crise (Walsh, 2006).

Entretanto, na relação conjugal, o ex-marido manteve o papel de ser cuidado. Simone saiu de casa e passou quase um ano sem que o ex-marido soubesse da sua nova residência, embora tivessem mantido contato, porque ela receava voltar ao papel de cuidadora por sentir “dó”. Após esse tempo, voltou a recebê-lo em casa e atualmente ainda mantém o papel de cuidadora, mesmo que o ex-marido já esteja em outro relacionamento. Exemplo disso foi quando o ex-marido fez uma cirurgia e passou pela recuperação na casa dela, sob seus cuidados. Apesar disso, relata que consegue manter sua individualidade, colocando alguns limites que antes não havia.

*Ele casou, com uma outra mulher, mas eu não consigo entender bem como é um relacionamento, que quando ele está no hospital e aí sou eu que tenho que ir, entendeu?! Agora mesmo, ele fez cirurgia e foi para UTI. Quando ele saiu do hospital, foi lá para casa! Aí ficou lá, eu cuidei dele até quando ele foi retirar os pontos. Bom, agora você já está bom, vai para casa! (...) Ele não frequenta assiduamente a minha casa, mas, assim, quando ele precisa, igual agora quando ele fez a cirurgia, aí eu vejo também a posição das meninas que se preocupam com ele, assim como se preocupam comigo. Então, aí eu falei “Bom, se eu não deixar ele ficar aqui, elas vão ficar preocupadas, e aí tá melhor eu deixar. (...) É sim, eu acho*

*que... ele deposita assim uma confiança em mim! Eu acho que, assim, é tipo aquela frase que tem mulher enfermeira (risos) ... eu acho, assim, que ele me vê hoje, eu acho que, assim, não tem relacionamento homem mulher, eu acho que hoje ele me vê como amiga, mãe... sei lá.*

Após o diagnóstico, Simone buscou implementar mudanças que considerou importantes, como a separação. Eventos estressores proporcionam um período imediato de caos, que faz com que as famílias tenham que se reorganizar. Entretanto, as mudanças durante períodos de crise e estresse podem ser assustadoras e proporcionar a sensação de perda de controle (Walsh, 2006). Dessa forma, é possível compreender que Simone busque manter certa estabilidade de papéis na relação, como permanecer oferecendo cuidados a seu ex-marido. A partir das reorganizações familiares que o adoecimento pode proporcionar, Simone e seu ex-marido parecem ter se reestabelecido uma nova dinâmica, em que ela tem a liberdade que necessitava, mas mantendo certa estabilidade que lhes dê segurança, como a manutenção do papel de cuidadora.

**Comunicação.** Simone relata que, quando recebeu o diagnóstico, contou somente para as filhas. Contou ao marido apenas após sair da cirurgia, além de ter marcado o procedimento para o dia em que ele estivesse trabalhando. Ao ser questionada sobre ter guardado segredo, Simone relata mais uma vez a preocupação com a dependência de álcool do marido, imaginando que a doença seria mais um motivo para ele consumir bebidas alcoólicas.

*Ele chegou no hospital: “Você é louca, como é que você tem uma doença séria dessa e não me conta?”. Eu falei: “Hum, ia ser mais um motivo para você beber!” (...) Foi exatamente! Ele bebia e batia no peito falando assim: “Por que não foi comigo? Ela é muito boa, por que não foi comigo para eu morrer logo?”.*

Evitar compartilhar informações dolorosas é uma estratégia familiar comum, porém pode criar barreiras para a elaboração dessas questões (Walsh, 2006). A dificuldade de estabelecer intimidade na comunicação prejudica o ajustamento do casal (Canavarro, Silva, & Moreira, 2015), prejudicando a reorganização frente ao evento estressor. No caso de Simone, temos uma sobreposição

de estressores: o câncer e a dependência do álcool. Parceiros alcoolistas costumam enfrentar dificuldade para se comunicarem de forma aberta, positiva e afetiva (Laszloffy, 2014).

Além disso, Simone relata que seu marido se colocava no centro da experiência da doença, sendo pouco suportivo. Esse comportamento condiz com o que foi achado por Speakman et al. (2015), sobre o comportamento autocentrado dos companheiros de mulheres com câncer de mama, que demonstravam pouca empatia e apoio, contribuindo para que elas reavaliassem a relação.

Também é possível supor a existência de um padrão de comunicação conjugal quando Simone relata que fez várias ameaças de separação anteriores ao adoecimento que não foram cumpridas. Enquanto o marido, por sua vez, também fez várias promessas de parar o consumo de álcool, que também não cumpriu. Segundo Walsh (2006), um padrão comunicacional consistente, congruente e claro é essencial para o bom funcionamento familiar. Mensagens ambíguas podem criar expectativas confusas para os membros do casal.

**Sexualidade.** Simone não fala explicitamente sobre sua sexualidade com o ex-marido, mas diz que, anteriormente ao diagnóstico, eles já não estavam mais juntos como marido e mulher. A motivação novamente é a dependência do álcool. Ao relatar como vê sua relação com ele após a separação, refere a percepção de ser vista como “mãe”, “amiga” ou “enfermeira”, que não tem relação “homem e mulher”, podendo-se inferir que a sexualidade não está presente. É possível que, enquanto estavam casados, a relação de cuidado e amizade fosse priorizada por Simone, atribuindo menor valor à dimensão da sexualidade. No entanto, o câncer pode ter contribuído para uma mudança de valores e para a revisão de suas expectativas quanto a uma relação romântica e um casamento marcado apenas pelo companheirismo pode ter deixado de ser visto como suficiente. Com a mudança histórica, que inclui a emergência da vivência de uma sexualidade mais livre, em que o casamento não é pré-requisito, muda-se a forma e o valor da sexualidade nas relações (Araújo, 2002).

**Discussão geral.** O uso de álcool pelo ex-marido foi um aspecto central em como se configurou a conjugalidade; e o adoecimento de Simone, o principal motivador das mudanças nessa

configuração. A manutenção por tantos anos em um relacionamento que não considerava satisfatório condiz com o papel esperado da mulher na sociedade: o de manter uma relação, fugindo do estereótipo da “mulher solteirona” ou “mulher divorciada” (Zanello, 2018).

O adoecimento, para Simone, reforçou o processo de olhar para si, reavaliar as dimensões de sua vida, permitir-se ser cuidada e priorizar suas necessidades, o que culminou com a separação conjugal. Um motivo pelo qual as mulheres tomam a iniciativa no divórcio é justamente a sobrecarga emocional de ter que se responsabilizar pela manutenção do relacionamento e por, muitas vezes, assumirem o papel de cuidadoras emocionais dos cônjuges (Rice 2003). Na sua percepção, a separação lhe trouxe muitas vantagens, principalmente liberdade e autonomia para cuidar de si. Essa percepção está de acordo com Amato (2000) e Kier, Lewis e Hay (2000), segundo os quais as mulheres enumeram, dentre os fatores positivos do divórcio, maior liberdade para fazer escolhas e administrar a própria renda, aumento da rede de apoio e melhora no relacionamento com o ex-marido. Nesse processo de separação, houve uma reformulação dessa conjugalidade e não sua extinção, já que, apesar da existência de outros relacionamentos, Simone continua a desempenhar o papel de cuidadora, embora preserve a autonomia que procurou ter após a separação.

### **Virgínia**

**Contextualização do caso.** Virgínia tem 42 anos, é pós-graduada e aposentada devido à doença. Quando a entrevista foi realizada, era casada há 10 anos, não tinha filhos e residia apenas com o marido. Foi diagnosticada com câncer de mama sete anos antes da entrevista. Fez mastectomia, quimioterapia e radioterapia. Não pôde fazer a reconstrução da mama devido à metástase pulmonar. Dois meses antes da entrevista, foi diagnosticada com metástase cerebral e estava fazendo radioterapia para controle dos sintomas.

**Câncer e visão de si.** Virgínia relata ter lidado de forma muito positiva e otimista com a doença desde o diagnóstico. Sua estratégia de enfrentamento foi ver a doença “como uma gripe” e relata que tentou passar essa visão às pessoas próximas, especialmente a mãe e o marido. Destaca que

a doença provocou mudanças nos seus valores e visão de mundo: *“Eu pensei em...você começa a ver a vida de uma forma totalmente diferente do que você vê, né! (...) Valores, exatamente! Começa a ver as pessoas de outras formas (...) você curte as pessoas, as coisas mais intensamente né! (...). Então você começa a olhar o hoje, o agora”*.

A reelaboração de valores é um processo comum diante do adoecimento grave. Em estudo qualitativo com mulheres com câncer de mama, Fabbro e Westin (2009) também identificaram na fala das pacientes que o adoecimento contribuiu para mudanças de valores e reflexões sobre a forma como viviam. Esse estudo também destaca que as mulheres mantêm a esperança focando-se nos fatores positivos do adoecimento.

**A família de origem.** Os casos de adoecimento e morte na família citados por Virgínia foram dos seus pais. Sua mãe teve um acidente cardiovascular e necessitou de cuidados durante 4 anos. Ela relata que ela, o pai e o irmão se revezavam ajudando a mãe, mas que ela recebeu o diagnóstico de câncer durante esse processo, o que a fez reduzir sua participação nos cuidados. Seu pai teve um infarto e faleceu seis meses depois da morte de sua mãe. O irmão também é apontado como um dos principais cuidadores de Virgínia durante seu tratamento. Sobre a família de seu marido, Virgínia relata a lembrança de uma tia dele que teve Alzheimer e relata que os cuidados eram realizados quase exclusivamente pelo pai dele.

Virgínia identifica que uma característica marcante de sua família é relacionada à comunicação: as pessoas são fechadas, não se falam muito nem mantêm contato, e a comunicação é realizada de outras maneiras, sem o compartilhamento explícito de emoções: *“É assim: todo mundo sabe, mas ninguém compartilha”*. Relata que sente o impacto disso principalmente na expressão da afetividade e que aprendeu outras formas de comunicação na relação conjugal.

*Então assim, hoje eu sei falar “bom, eu te amo”, mas nunca falaram isso pra gente. A gente sabe, ele sabe, meu pai, minha mãe, dava aquele, assim, sabia, mas nunca chegava pra gente assim, “ó, tá?... ó, bom, te amo”. Entendeu? (...) todo mundo sabe, mas por exemplo, não tem*

*beijo, não tem abraço, não tem nada disso. É “oi, oi”, se dá um beijinho, acabou. Aquilo é seu carinho, né? Então, assim, é muito seco, mas é nosso jeito.*

Virgínia diz que, com relação ao afeto, seu marido traz uma bagagem diferente, gerando contraste na relação: *“ele... é até demais, pra mim, até demais. (...) Nossa, e fica... beijinho, nanananã”*.

A família de Virgínia e seu marido parecem apresentar diferentes padrões de comunicação da afetividade. Considerando que os padrões de comunicação da família de origem repercutem na configuração dos relacionamentos conjugais (Whitton et. al., 2008), ambos parecem ter desenvolvido uma dinâmica própria a partir das experiências em suas famílias.

**Coesão.** Virgínia relata que, no começo do relacionamento, ela e o marido eram muito próximos, cultivando tanto atividades de lazer quanto de trabalho em comum: *“Até porque a gente trabalhava juntos, então a gente ficava 24 horas juntos né! Então sempre foi muito intenso”*.

Relata que, ao receber o diagnóstico, sentiu que seu companheiro ficou mais assustado do que ela em um primeiro momento:

*O susto foi maior dele (risos)! Foi bem maior dele, mas ele me deu muita força. No primeiro dia, que eu falei assim: ‘Olha, é uma gripe e logo vai passar’, isso me ajudou bastante! De olhar a doença como uma gripe né! Nos primeiros anos, foi bem tranquilo, né! Aliás, até seis meses atrás, eu não me sentia doente. Então eu sempre me via tranquila, nunca me via doente. Ele me deu muita força. (...) Eu ficava mais independente e isso me ajudou bastante. Assim, ele me ajudou bastante, me ajudou de me olhar e não me ver... é... eu não tava doente. Então, ele sempre me deu isso, essa força de não me ver dependente.*

A forma de enfrentamento do casal foi se ajustando e ficando mais congruente. Virgínia aponta que o marido esteve presente em todas as fases do processo, oferecendo suporte:

Virgínia: *Assim..é... ficar careca foi uma diversão! (...) No início, ele ainda ficou triste e eu falei: “Não precisa”. E minha mãe também me dava essa força e depois eu acho que ele*

*viu que eu também... viu que era uma gripe. E eu também... tava... rindo! Com cabelo, sem cabelo, careca, sem careca...*

Marido: *Aí ela raspou e ficou mais sexy assim! (risos)*

Virgínia: *(risos) Então a gente começou a se divertir.*

Rottmann, Hansen, Larsen e Nicolaisen (2014), em pesquisa quantitativa com mulheres com câncer de mama, identificaram que, quando os parceiros se preocupavam de forma parecida com o estressor e engajavam-se de maneiras similares no enfrentamento do problema, o escore de qualidade conjugal era maior e os sintomas depressivos, menos presentes. Isso demonstra que a congruência do casal ao lidar com o adoecimento pode ter importância no enfrentamento individual e em componentes da qualidade de vida da pessoa que está doente. Walsh (2006) destaca que a confiança na habilidade de manejar e resolver os problemas contribui para que a família veja os estressores com motivação, como desafios a serem superados.

Virgínia relata que consegue sentir o carinho do seu marido pela forma como ele consegue conciliar o trabalho e os cuidados com ela. Isso se deve também a eles terem sua própria empresa, o que possibilita que ele trabalhe em casa, apesar de também exigir que viaje bastante: *“Eu não tenho como explicar, tem dia até que eu falo... hoje ele tá trabalhando em casa em vez de ir para o escritório. Isso para mim isso já é um carinho”*.

Silva, Scorsolini-Comin e dos Santos (2018), ao buscarem compreender as motivações para a manutenção de relacionamentos de longa duração, identificaram a afetividade como uma das principais explicações. Essa afetividade está relacionada a sentimentos de carinho, companheirismo e diálogo. Além disso, a afetividade se manifesta na dedicação dos parceiros em construir a intimidade do casal.

Entretanto, a posição de necessitar de cuidados frustra Virgínia em alguns aspectos. Ela cita dificuldade em retribuir, sentindo-se egoísta por estar recebendo toda a atenção. Sobre esse aspecto, Virgínia dá ênfase às tarefas domésticas, que não consegue mais realizar.

*Isso, tem hora que me sinto egoísta. Eu acho que eu poderia fazer, mas eu não sei como fazer mais. (...). Porque eu acho que tem hora que não sei se é... a doença, você tá mais delicada, você tá mais chata. Eu poderia ter... podia fazer um bolo e eu não dou conta de fazer, poderia fazer uma comidinha gostosa, mas eu não dou conta. Era o que a gente fazia antes e isso eu sinto falta.*

O sentimento de que receber cuidados, mesmo quando necessários, é egoísmo pode vir de um sistema de crenças que é composto por valores, atitudes e convicções que afetam as respostas emocionais (Walsh, 2006). Nesse sentido, é possível que os processos de socialização femininos contribuam para a ideia de que são as mulheres que devem cuidar e manter os relacionamentos. Em estudo desenvolvido por Sanchuli, Rahnama, Shahdadi e Moghaddam (2017), mulheres que passaram pelo câncer de mama relataram temer que os maridos “cansassem” de desempenhar essa função de cuidador, o que pode estar relacionado ao sentimento de culpa.

**Flexibilidade.** A flexibilidade conjugal é demonstrada nos relatos já apresentados, em que Virgínia apresenta o uso do humor como estratégia para se ajustar às mudanças requeridas pelo adoecimento. O uso do humor frente à crise ajuda no enfrentamento familiar, diminuindo a ansiedade e facilitando a comunicação, além de transmitir sentimentos de afetividade, desde que expressado de forma construtiva (Walsh, 2006). O otimismo e a esperança também são importantes elementos familiares frente a crises, com foco nas potencialidades da família para lidar com os problemas. Essa emoção positiva e a visualização de um futuro melhor podem contribuir para para que os membros da família se mobilizem para lidar com o estressor (Walsh, 2006).

**Comunicação.** Virgínia relata que, na sua família de origem, as pessoas não expressam afetividade verbal ou fisicamente mesmo que sintam que essa afetividade está presente. Ela relata que aprendeu a ser mais afetiva com o desenvolvimento da sua relação. O fato de ela querer tê-lo presente durante a entrevista, além de ele também ter querido ficar, pode ser interpretado de diferentes maneiras: como uma forma que eles usaram para comunicarem e expressarem sua afetividade um ao



outro ou uma manifestação de que tudo que seria dito na entrevista já era de conhecimento do outro. Nesse sentido, quando Virgínia fala sobre as mudanças corporais por que passou em razão do adoecimento, o marido demonstra conhecer as questões emocionais que ela vivenciou, o que reforça a hipótese de que havia compartilhamento de emoções e sentimentos relativos à doença e ao tratamento.

Notar e reafirmar as potencialidades e forças um do outro durante a crise é uma estratégia que ajuda os cônjuges a se sentirem amparados, amenizando sensações de culpa ou falha e reforçando a confiança (Walsh,2006). Como demonstram Silva et al. (2018), a afetividade também envolve estabilidade e segurança emocional, que, em momentos de crise, relacionam-se com habilidades de enfrentamento como assertividade na comunicação e percepção de si.

**Sexualidade.** Virgínia relata que a retirada da mama e a impossibilidade de sua reconstrução foram situações difíceis durante o tratamento e ressalta o apoio do marido, principalmente com relação a sua imagem corporal.

*Virgínia: A única coisa que eu fiquei assim chateada foi ficar sem a mama! Eu contava os dias para poder fazer a cirurgia, né! Só que quando isso... um ano chegou, que eu: “Oba! Vou fazer”, aí veio a metástase! Eu tive a metástase no pulmão e onde era a mama. Fiquei chateada por conta disso e continuei... Eu falei: “Vamos continuar”. Ele continuou a força do mesmo jeito, né. É uma coisa que ele me ajudou bastante, pelo menos para mim, foi... é... Ficar sem a mama para ele não fez a mínima diferença. (...) Não faz nenhuma diferença estar com a mama ou não, pra ele! Continua da mesma forma.*

*Marido: Continua sexy (...) Porque teve um momento que ela ficou chateada comigo pensando que ela não iria ficar desejável, entende? (...) Mas não mudou nada.*

*Virgínia: Isso me ajudou bastante.*

Notari et al. (2016), em pesquisa qualitativa, encontraram que mulheres mais satisfeitas com o relacionamento apresentam menos distúrbios na imagem corporal. Isso pode ser atribuído ao sentimento de segurança que um relacionamento satisfatório proporciona.

Virgínia relata que efeitos colaterais como dores e inchaços interferiram na vida sexual do casal durante o tratamento. Além disso, diz que sua libido ficou reduzida devido à menopausa. Pelo relato, Virgínia se cobra para “compensar” essa falta demonstrando carinho de outras formas.

*Hoje tá mais difícil! Por mim mesmo. Como eu te falei, a dor, as dores... É muito difícil. Até... Minha libido, no meu caso, diminuiu por conta da menopausa, mas, assim, eu tento melhorar da minha forma. E eu sinto que ele também, acho que falta mais de mim, dar mais carinho, dar mais, é... dar mais coisa pra ele do que ele pra mim. Com a doença, diminuiu e ficou mais difícil do que antes da doença, principalmente da doença do pulmão.*

Quando a intimidade sexual é afetada pelo adoecimento, pode haver tentativas de manter a proximidade por meio de outras formas de contato físico. Exemplos disso são o tocar e o abraçar (Picheti et al., 2013).

**Discussão geral do caso.** Para compreender a vivência da conjugalidade do casal nesse momento, é preciso considerar que Virgínia passava pela fase terminal da doença, com recente piora física, sentindo-se cada vez mais debilitada. Dessa forma, é possível supor que o casal estava vivenciando um processo de luto antecipatório. Esse conceito se refere a uma série de emoções e padrões comportamentais que são similares ao do luto convencional - após a morte física de uma pessoa – e pode se referir a perdas atuais ou futuras relacionadas ao adoecimento (Olson, 2014). Dessa forma, o luto antecipatório envolve, por exemplo, Virgínia ter que lidar com a perda de sua autonomia e, também, com a perda dos planos que não conseguirá concretizar.

O luto antecipatório, na relação conjugal, promove a reavaliação da vida juntos e do relacionamento, geralmente na tentativa de resolver problemas ainda em aberto (Sutherland, 2009). No estudo de Sutherland (2009) com esposas cuidadoras de seus maridos com câncer, as participantes

focaram nas qualidades e conquistas de seus parceiros. Segundo a autora, esse comportamento faz parte do luto, ajudando-as a criar memórias e aprender a amar seus companheiros depois que falecerem. O processo de luto também envolve a presença de esperança como parte essencial na forma de enfrentamento, o que pode envolver evitar lidar com emoções negativas (Sutherland, 2009).

É possível perceber esses padrões nas falas de Virgínia e de seu marido. O processo de luto antecipatório pode ajudar a compreender a importância para ela de que o marido estivesse presente durante a entrevista, enquanto ela expressava e reafirmava afetos positivos sobre ele e sobre o relacionamento. Nesse contexto, é possível que tenha optado por não relatar possíveis queixas ou dificuldades vivenciadas na relação.

### **Considerações Finais**

Este estudo teve como objetivo compreender a vivência da conjugalidade de duas mulheres com histórico de adoecimento por câncer de mama, uma que se separou do marido e outra que se manteve casada. No caso da participante que se separou, destaca-se como ela atribuiu ao câncer a reavaliação de sua vida e seu relacionamento, que permitiu a ela priorizar suas necessidades, adquirir maior autonomia e promover mudanças positivas na autoimagem. Ressalta-se que, com a separação, desenvolveu-se uma nova dinâmica: em que o papel de cuidadora predominante em sua história passou a dividir espaço com a autonomia conquistada. No caso da participante que permaneceu casada, destaca-se o processo de luto antecipatório, com reafirmação das potencialidades e de afetos positivos um pelo outro, além do foco na esperança e no humor como forma de lidar com o estágio da doença.

Por sua abordagem qualitativa, este estudo permitiu investigar de forma detalhada a experiência de duas mulheres que adoeceram por câncer de mama, em contextos bastante diversos: enquanto uma se recuperou do câncer e separou-se de seu marido, a outra permaneceu casada e, devido à metástase do câncer, encontrava-se em estado terminal. Embora essas diferenças possam ser

vistas como limitações em estudos quantitativos, em estudos qualitativos, em especial estudos de caso, podem ser vistas como uma possibilidade. Os estudos qualitativos interessam-se pela experiência subjetiva, pelas particularidades e pelo contexto, caracterizando-se pelo reconhecimento da complexidade (Stake, 2011). Dessa forma, busca sugerir hipóteses e relações que colaborem tanto para novas pesquisas, como profissionais que atendam pessoas em situações semelhantes (Eisner, 2003; Josselson & Lieblich, 2003). No caso deste estudo, as particularidades dos dois casos, permitiram que se refletisse acerca das repercussões da história do casal, da sobreposição de estressores e do desenvolvimento da doença para a forma como o casal vivencia a experiência do câncer.

Este estudo teve como diferencial olhar o adoecimento pela perspectiva sistêmica, com foco na conjugalidade. Os aspectos identificados contribuem para a compreensão de como as conjugalidades podem ser reconfiguradas frente ao adoecimento por câncer de mama, levando-se em consideração os contextos individual, conjugal e familiar. Esses aspectos contribuem para a prática clínica na medida em que mostram a importância da visão integral do paciente e da inclusão de seu cônjuge para a promoção da qualidade de vida, conjugal e familiar.

Por ser um estudo de casos múltiplos, preza-se pelo relato da experiência subjetiva de cada participante, e não pela quantidade de respondentes. Entretanto, por se propor a olhar sob perspectiva de gênero e relacional, uma limitação do estudo foi realizar as entrevistas apenas com as mulheres que vivenciaram o adoecimento, não incluindo seus companheiros ou ex-companheiros. Outra limitação vem do próprio adoecimento por câncer, que, por causar debilitações físicas, dificultou alguns aspectos da entrevista. Sugere-se que estudos futuros busquem compreender a relação entre conjugalidade e o adoecimento por câncer de homens. Além disso, aspectos relacionados ao divórcio depois do diagnóstico de câncer podem ser mais bem explorados pela literatura.

## **Referências**

- Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 1269-1287.
- Araújo, M. D. F. (2002). Amor, casamento e sexualidade: Velhas e novas configurações. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22(2), 70-77.
- Canavarro, M. C., Silva, S., & Moreira, H. (2015). Is the link between posttraumatic growth and anxious symptoms mediated by marital intimacy in breast cancer patients?. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(6), 673-679.
- Eisner, E. W. (2003). On the art and science of qualitative research in psychology. In P. M. Camic, J. E. Rhodes, & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 17-29). Washington: American Psychological Association.
- Fabbro, M. R. C., & Westin, Ú. M. (2009). Histórias de vida e câncer de mama: Revendo a vida. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(3), 403-410.
- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2006). Cuidador do idoso com câncer avançado: Um ator vulnerado. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(3), 527-534
- Freedman, T. G. (1994). Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer. *Cancer Nursing*, 17(4), 334-341.
- Glantz, M. J., Chamberlain, M. C., Liu, Q., Hsieh, C.-C., Edwards, K. R., Van Horn, A., & Recht, L. (2009). Gender disparity in the rate of partner abandonment in patients with serious medical illness. *Cancer*, 115(22), 5237-5242.
- Ignacio, M. G., Storti, D. D. C., Bennute, G. R. G., & Lucia, M. C. S. D. (2011). Aspectos da sobrecarga em cuidadores de pacientes terminais por câncer: Revisão de literatura. *Psicologia Hospitalar*, 9(1), 24-46
- Instituto Nacional do Câncer. (2016) *O que é câncer?* Retirado de [http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)

- Instituto Nacional do Câncer. (2017, 5 de novembro). Retirado de <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>
- Josselson, R., & Lieblich, A. (2003). A framework for narrative research proposals in psychology. In R. Josselson, A. Lieblich & D. P. McAdams (Eds.), *Up close and personal: The teaching and learning of narrative research* (pp. 259-274). Washington: American Psychological Association.
- Kier, C., Lewis, C., & Hay, D. (2000). Maternal accounts of the costs and benefits of life experiences after parental separation. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 16*(3), 191–202. <https://doi.org/10.1590/s0102-37722000000300002>
- Laszloffy, T. A. (2014) Alcohol problems and the life cycle. In M. McGoldrick, B. Carter, & N. Preto (Eds.), *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (4th ed., pp. 358-354). Boston, MA: Pearson.
- McDaniel, S. H., Cole-Kelly K. (2003) Gender, couples, and illness: A feminist analysis of medical family therapy. In L. Silverstein & T. J. Goodrich (Eds.), *Feminist family therapy: Empowerment in social context* (pp. 3-15). Washington, DC: American Psychological Association.
- Minayo, M. C. D. S. (2012). Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva, 17*, 621-626.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1980)
- Mosmann, C., Wagner, A., & Féres-Carneiro, T. (2006). Qualidade conjugal: mapeando conceitos. *Revista Paidéia, 16*(35), 315-325.
- Notari, S., Notari, L., Favez, N., Delaloye, J. F., & Ghisletta, P. (2017). The protective effect of a satisfying romantic relationship on women's body image after breast cancer: A longitudinal study. *Psycho-Oncology, 26*(6), 836-842.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy, 22*(2), 144-167.

- Olson, R. E. (2014). Indefinite loss: the experiences of carers of a spouse with cancer. *European journal of cancer care*, 23(4), 553-561.
- Picheti, J. S., de Castro, E. K., & Falcke, D. (2013). Conjugalidade e câncer: Estudo bibliométrico sobre a comunicação nesse contexto. *Nova perspectiva sistêmica*, 22(45), 59-71.
- Picheti, J. S., de Castro, E. K. D., & Falcke, D. (2014). Silêncios e rearranjos na conjugalidade em situação de câncer em um dos cônjuges. *Psicologia em Pesquisa*, 8(2), 189-199.
- Rampage, C. (2003) Gendered constraints to intimacy in heterosexual couples. In L. Silverstein & T. J. Goodrich (Eds.) *Feminist family therapy: Empowerment in social context* (pp. 199-210) Washington, DC: American Psychological Association
- Rice, J. K. (2003) I can't go back: Divorce as adaptative resistance. Em L. Silverstein & T. J. Goodrich (Eds.). *Feminist family therapy: Empowerment in social context*. (pp. 51-63). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Rolland, J. (1995). Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rezende, V. L., Derchain, S. F. M., Botega, N. J., Sarian, L. O., Vial, D. L., & Morais, S. S. (2005). Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(12), 737-743.
- Rottmann, N., Hansen, D. G., Larsen, P. V., Nicolaisen, A., Flyger, H., Johansen, C., & Hagedoorn, M. (2015). Dyadic coping within couples dealing with breast cancer: A longitudinal, population-based study. *Health Psychology*, 34(5), 486-495.
- Sanchuli, H. N., Rahnama, M., Shahdadi, H., & Moghaddam, M. P. (2017). From love and fidelity to infidelity-individual experiences of women with breast cancer regarding relationships with their spouses. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(10), 2861-2866.
- Silva, M. R. S. (2003). Família de alcoolista: O retrato que emerge da literatura. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 5(1) 9-18.

- Silva, I. M. (2015) A conjugalidade diante do abuso/dependência do álcool: Uma compreensão sistêmica. Em M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, I. M. Silva, & S. R. Lordello (Eds.), *ABRAMD: Compartilhando Saberes* (pp. 96-120). Brasília: Technopolitik.
- Sawin, E. M., Laughon, K., Parker, B., & Steeves, R. H. (2009). Breast cancer in the context of intimate partner violence: A qualitative study. *Oncology Nursing Forum*, 36(6), 686-92
- Speakman, E., Paris, R., Gioiella, M. E., & Hathaway, J. (2015). "I didn't fight for my life to be treated like this!": The relationship between the experience of cancer and intimate partner abuse. *Health & Social Work*, 40(1), 51-58.
- Stake, R. E. (2011). *Pesquisa qualitativa: Estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Strey, M. N. (2007). Gênero, família e sociedade. In M. N. Strey, J. Silva Neto, & R. L. Horta (Eds.), *Família e gênero* (pp. 17-38). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Sutherland, N. (2009). The meaning of being in transition to end-of-life care for female partners of spouses with cancer. *Palliative & Supportive Care*, 7(4), 423-433.
- Wallerstein, J. S., & Lewis, J. M. (2004). The unexpected legacy of divorce: Report of a 25-year study. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 353-370.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience*. New York: The Guilford Presss.
- Watson, W. H., & McDaniel, S. H. (2005) Managing emocional reactivity in couples facing illness: Smoothing out the emotional roller coaster. In M. Harway (Ed.), *Handbook of couples therapy* (pp. 253-272). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Whitton, S. W., Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Allen, J. P., Crowell, J. A., & Hauser, S. T. (2008). Prospective associations from family-of-origin interactions to adult marital interactions and relationship adjustment. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 274-286.
- Yang, H. C., & Schuler, T. A. (2009). Marital quality and survivorship: Slowed recovery for breast cancer patients in distressed relationships. *Cancer*, 115(1), 217-228.



Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação*.

Curitiba: Appris.

### **Considerações Finais**

O primeiro estudo apresentado, por meio da revisão de literatura, evidenciou as várias formas como a conjugalidade e o câncer de mama se relacionam. A satisfação e o ajustamento conjugal se relacionaram com o otimismo, a esperança, a espiritualidade, alguns padrões de comportamento, como a catastrofização, e sintomas depressivos e ansiosos. Destacou-se também a mudança de papéis que se faz necessária após o diagnóstico, principalmente nas tarefas domésticas e nas posições de prestar e receber cuidados. Além disso, a comunicação se mostrou importante mediadora da relação durante o processo de adoecimento e tratamento, mostrando-se associada às demais dimensões da relação conjugal. Outro fator evidenciado pelos estudos foi a mudança na vivência da sexualidade, e como as mulheres se sentem pressionadas a retomar a vida sexual por medo de abandono pelos maridos.

O segundo artigo apresentou o divórcio sob a perspectiva sistêmico-feminista e com foco na forma como a mulher vivencia esse processo. A separação conjugal ainda é permeada por estigmas, especialmente para a mulher. Apesar disso, elas ainda são as principais iniciadoras do processo de separação e são as que mais decidem por não se casarem novamente. Isso pode ser explicado por ganhos no desenvolvimento pessoal que o divórcio pode proporcionar, como maior empoderamento e liberdade, mesmo que também existam perdas, como sobrecarregarem-se com o cuidado dos filhos e redução no nível socioeconômico. Destaca-se, então, a mulher como protagonista das mudanças culturais e sociais envolvendo o divórcio e as novas configurações familiares.

O terceiro artigo, empírico, teve o objetivo de compreender a conjugalidade de duas mulheres com câncer de mama, uma que se manteve casada, e outra que se separou durante o processo de adoecimento. A participante que se separou teve a percepção que o adoecimento contribuiu para que fizesse a revisão de sua vida e de seu relacionamento, decidindo por priorizar-se. Para ela, a separação proporcionou liberdade e autonomia. No caso da participante que permaneceu casada, prevaleceu o destaque nas potencialidades e pontos positivos do relacionamento, além da expressão de afeto.

Além disso, cada caso foi contextualizado em sua família de origem. No caso em que houve separação, identificou-se conceito familiar negativo sobre casamento, além do histórico de violência, abuso de álcool e separação dos pais. Também foi identificado que o papel da participante como cuidadora e mediadora na família de origem se assemelhava ao desempenhado na relação conjugal. No caso da participante que manteve o casamento, identificou-se dificuldade na expressão de afeto física e verbal na família de origem.

Destaca-se a rigidez nos papéis de gênero como um fator que dificulta a reconfiguração familiar durante uma crise, já que afeta a dinâmica de todas as outras dimensões, na oferta de apoio pelos parceiros, na expressão clara e aberta dos sentimentos, na culpa por parte das mulheres por necessitarem de cuidados. Em conjunto, esses estudos contribuem para a compreensão de como a conjugalidade da mulher pode se reconfigurar diante do adoecimento por câncer de mama, e, sendo o divórcio uma das possibilidades, ver esse processo sob uma perspectiva desestigmatizadora e despatologizante.

A elaboração dessa dissertação também contribuiu no meu desenvolvimento como pesquisadora. O desenvolvimento de cada um desses estudos envolveu reflexão sobre meus paradigmas e sobre as formas de se fazer ciência. No meio acadêmico somos cobrados constantemente pela busca de uma suposta neutralidade, e que sejamos invisíveis nas nossas pesquisas. No percurso do mestrado, aprendi a questionar ainda mais os meios tradicionais e tive acesso também a teorias que embasavam minhas inquietudes. Ainda assim, foi um desafio fazer diferente, deixar claro ao leitor os pontos de partida dos quais parto e quais meios percorro, desde as ideias da pesquisa, até a interpretação dos resultados. Espero que, por meio desses estudos, para além dos resultados, tenha sido possível mostrar de forma sensível a vivência de mulheres, tanto do câncer de mama, quanto das formas de relação conjugal, sempre considerando o contexto social e cultural no qual estão inseridas.

### Referências

- Ahmad, S., Fergus, K., Shatokhina, K., & Gardner, S. (2017). The closer 'We' are, the stronger 'I' am: the impact of couple identity on cancer coping self-efficacy. *Journal of Behavioral Medicine, 40*(3), 403-413.
- Ahrons, C. R. (2014). Divorce: An unscheduled family transition. In *The expanded family life cycle: Individual, Family Social Perspectives* (pp. 290–304). Harlow: Pearson.
- Al-Zaben, F. N., Sehlo, M. G., & Koenig, H. G. (2015). A cross-sectional study of anxiety and marital quality among women with breast cancer at a university clinic in western Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal, 36*(10), 1168-1175.
- Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and Family, 62*(4), 1269–1287. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.01269.x>
- Ângelo, C. (1995). A escolha do parceiro. In M. Andolfi, C. Angelo, & C. Saccu (Eds.), *A crise do casal* (pp. 47–57). São Paulo: Summus.
- Araújo, M. D. F. (2002). Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. *Psicologia: ciência e profissão, 22*(2), 70-77.
- Arditi, J. A., & Lopez, N. P. (2005). Puerto Rican and Dominican women's perception of divorced women. *Journal of Feminist Family Therapy, 17*, 143–173. <https://doi.org/10.1300/J086v17n03>
- Ávila, M., Coimbra, J. L., Park, C. L., & Matos, P. M. (2017). Attachment and posttraumatic growth after breast cancer: A dyadic approach. *Psycho-Oncology, 26*(11), 1929-1935.
- Badr, H., & Shen, M. J. (2014). Pain catastrophizing, pain intensity, and dyadic adjustment influence patient and partner depression in metastatic breast cancer. *The Clinical Journal of Pain, 30*(11), 923-933.
- Barros, S. M. M. D., Andrade, M. A. C., & Siqueira, F. A. A. (2013). Cuidar de um familiar com câncer: Contribuições da terapia familiar sistêmica. *Pensando famílias, 17*(2), 96-110.
- Becvar, D. S. (2003). Eras of epistemology: A survey of family therapy thinking and theorizing. In T. L. Sexton, G. R. Weeks, & M. S. Robbins (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 3–22). New

- York: Brunner-Routledge.
- Beyea, S. C., & Nicoll, L. H. (1998). Writing an integrative review. *AORN Journal*, *67*(4), 877-880.
- Boeding, S. E., Pukay-Martin, N. D., Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M., & Keefe, F. J. (2014). Couples and breast cancer: Women's mood and partners' marital satisfaction predicting support perception. *Journal of Family Psychology*, *28*(5), 675-683.
- Borstelmann, N. A., Rosenberg, S. M., Ruddy, K. J., Tamimi, R. M., Gelber, S., Schapira, L., ... Partridge, A. H. (2015). Partner support and anxiety in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *24*(12), 1679-1685.
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (2012). *Terapia sistêmica individual: Manual prático na clínica*. Belo Horizonte: Artesã.
- Boss, P. (1999). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. Cambridge: Harvard Press.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (2008). *Lealtades invisibles: Reciprocidad en terapia familiar intergeracional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Breitman, S. G., & Strey, M. N. (2017). Questões De Gênero: Com a palavra, mediadores e mediadoras. *Psicologia Argumento*, *24*(46), 17-30. <https://doi.org/10.7213/rpa.v24i46.19719>
- Canavarro, M. C., Silva, S., & Moreira, H. (2015). Is the link between posttraumatic growth and anxious symptoms mediated by marital intimacy in breast cancer patients?. *European Journal of Oncology Nursing*, *19*(6), 673-679.
- Cano, D. S., Gabarra, L. M., Moré, C. O., & Crepaldi, M. A. (2010). As transições familiares do divórcio ao recasamento no contexto brasileiro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *22*(2), 214-222. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722009000200007>
- Carneiro, M. T., & Rocha, E. (2018). "Do fundo do buraco." In J. Souza (Ed.), *A ralé brasileira* (pp. 141-159). São Paulo: Contracorrente.
- Cunico, S. D., & Arpini, D. M. (2014). Conjugalidade e parentalidade na perspectiva de mulheres chefes de família. *Psicologia em Estudo*, *19*(4), 693-703.

- Diniz, G., & Coelho, V. (2005). A história e as histórias de mulheres sobre o casamento e a família. In T. Féres-Carneiro (Ed.), *Família e casal: Efeitos da Contemporaneidade* (pp. 138–157). Rio de Janeiro: Editora PUCRio.
- Duprez, C., Vanlemmens, L., Untas, A., Antoine, P., Lesur, A., Loustalot, C., Christophe, V. (2017). Emotional distress and subjective impact of the disease in young women with breast cancer and their spouses. *Future Oncology*, 13(29), 2667-2680.
- Eisner, E. W. (2003). On the art and science of qualitative research in psychology. In P. M. Camic, J. E. Rhodes, & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 17-29). Washington: American Psychological Association.
- Fabbro, M. R. C., & Westin, Ú. M. (2009). *Histórias de vida e câncer de mama: revendo a vida. Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(3), 403-410.
- Falcke, D., & Wagner, A. (2005). A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade. In A. Wagner (Ed.), *Como se perpetua a família: A transmissão dos modelos familiares* (pp. 25–46). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Falcke, D., Wagner, A., & Mosmann, C. (2005). Passando a história a limpo: O impacto das experiências da família de origem na conjugalidade. In A. Wagner (Ed.), *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares* (pp. 67–80). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Fang, S. Y., Lin, Y. C., Chen, T. C., & Lin, C. Y. (2015). Impact of marital coping on the relationship between body image and sexuality among breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 23(9), 2551-2559.
- Favez, N., Notari, S., Antonini, T., & Charvoz, L. (2017). Attachment and couple satisfaction as predictors of expressed emotion in women facing breast cancer and their partners in the immediate post-surgery period. *British Journal of Health Psychology*, 22(1), 169-185.
- Felicio, E., & Roldão, F. D. (2018). Breves considerações sobre os impactos do divórcio nos diferentes estágios do ciclo de vida familiar. *Anais Do EVINCI-UniBrasil*, 3, 987–1004.

- Féres-Carneiro, T. (2003). Separação: o doloroso processo de dissolução da conjugalidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8(3), 367–374. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2003000300003>
- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2006). Cuidador do idoso com câncer avançado: Um ator vulnerado. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(3), 527-534.
- Fonseca, C. (2000). *Família, fofoca e honra*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Freedman, T. G. (1994). Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer. *Cancer Nursing*, 17(4), 334-341.
- Freidus, R. A. (2017). Experiences of men who commit to romantic relationships with younger breast cancer survivors: A qualitative study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(4), 494-512.
- Gagliano, P. S., & Pamplona Filho, R. M. V. (2017). *O novo divórcio*. Rio de Janeiro: Saraiva.
- Gall, T. L., & Bilodeau, C. (2018). The role of relationship with God in couples' adjustment to the threat of breast cancer. *Psychology of Religion and Spirituality*, 10(4), 375-385.
- Glantz, M. J., Chamberlain, M. C., Liu, Q., Hsieh, C.-C., Edwards, K. R., Van Horn, A., & Recht, L. (2009). Gender disparity in the rate of partner abandonment in patients with serious medical illness. *Cancer*, 115(22), 5237–5242.
- Goodrich, T. J. (2003). A feminist family therapist's work is never done. In L. B. Silverstein & T. J. Goodrich (Eds.), *Feminist family therapy: Empowerment in social context*. (pp. 3–16). <https://doi.org/10.1037/10615-001>
- Grandesso, M. (2011). *Sobre a reconstrução do significado: Uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica* (3rd ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Grzybowski, L. S. (2002). Famílias monoparentais: Mulheres divorciadas chefes de família. In A. Wagner (Ed.), *Família em cena: Tramas, dramas e transformações* (pp. 39–53). Petrópolis: Vozes.
- Grzybowski, L. S., & Wagner, A. (2010a). O envolvimento parental após a separação/divórcio. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), 289-298. <https://doi.org/10.1590/s0102->

79722010000200011

Grzybowski, L. S., & Wagner, A. (2010b). Casa do pai, casa da mãe: a coparentalidade após o divórcio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 77-87. [https://doi.org/10.1590/s0102-](https://doi.org/10.1590/s0102-37722010000100010)

37722010000100010

Hyde, J. S., & DeLamater, J. D. (2007). *Sexualidad humana*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Ignacio, M. G., Storti, D. D. C., Bennute, G. R. G., & Lucia, M. C. S. D. (2011). Aspectos da sobrecarga em cuidadores de pacientes terminais por câncer: revisão de literatura. *Psicologia Hospitalar*, 9(1), 24-46

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017). *Estatísticas do registro civil 2017*. Retrieved from [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc\\_2017\\_v44\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc_2017_v44_informativo.pdf)

Instituto Nacional do Câncer. (2017, 5 de novembro) Retirado de <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>

Instituto Nacional do Câncer. (2019, 25 de julho) Retirado de <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>

Instituto Nacional do Câncer (INCA). *O que é câncer?*. Retirado de [http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)

Jablonski, B. (2010). A divisão de tarefas domésticas entre homens e mulheres no cotidiano do casamento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), 262-275.

Josselson, R., & Lieblich, A. (2003). A framework for narrative research proposals in psychology. In R. Josselson, A. Lieblich & D. P. McAdams (Eds.), *Up close and personal: The teaching and learning of narrative research* (pp. 259-274). Washington: American Psychological Association.

Juras, M. M. (2009). *Papéis conjugais e parentais na situação de divórcio destrutivo com filhos pequenos*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Kelly, J. B. (2003). Changing perspectives on children's adjustment following divorce: A view from



- the United States. *Childhood*, 10(2), 237–254. <https://doi.org/10.1177/0907568203010002008>
- Kier, C., Lewis, C., & Hay, D. (2000). Maternal accounts of the costs and benefits of life experiences after parental separation. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 191–202. <https://doi.org/10.1590/s0102-37722000000300002>
- Konstam, V., Karwin, S., Curran, T., Lyons, M., & Celen-Demirtas, S. (2016). Stigma and divorce: A relevant lens for emerging and young adult women? *Journal of Divorce and Remarriage*, 57(3), 173–194. <https://doi.org/10.1080/10502556.2016.1150149>
- Lamela, D., Nunes-Costa, R., & Figueiredo, B. (2010). Modelos teóricos das relações coparentais: Revisão crítica. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 205–216. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000100022>
- Lancaster, M., Rappleyea, D. L., Jensen, J. F., & Didericksen, K. W. (2018). Should i stay or go? Examining indicators of relationship commitment in aggressive relationships. *Journal of Feminist Family Therapy*, 30(4), 237–257. <https://doi.org/10.1080/08952833.2018.1526511>
- Laszloffy, T. A. (2014). Alcohol problems and the life cycle. In M. McGoldrick, B. Carter, & N. (Eds.), *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (4th ed., pp. 358-354). Boston, MA: Pearson.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Maccoby, E. E., Depner, C. E., & Mnookin, R. H. (1990). Coparenting in the second year after divorce. *Journal of Marriage and the Family*, 52(1), 141–155. <https://doi.org/10.2307/352846>
- Manne, S. L., Siegel, S., Heckman, C. J., & Kashy, D. A. (2015). Psychological distress as a mediator of the association between disease severity and occupational functioning among employed spouses of women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1560-1568.
- Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: A link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psychology*, 15(1), 3–21. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.15.1.3>

- McDaniel, S. H., & Cole-Kelly, K. (2003) Gender, couples, and illness: A Feminist Analysis of Medical Family Therapy. In L. B. Silverstein & T. J. Goodrich (Eds.) *Feminist family therapy: Empowerment in social context* (pp. 267-280). American Psychological Association.
- McGoldrick, M., & Carter, B. (2014). Families transformed by the divorce cycle: Reconstituted, multinuclear, recoupled, and remarried families. In M. McGoldrick, B. Carter, & N. Garcia-Preto (Eds.), *The expanded family life cycle: Individual, family social perspectives* (pp. 315–334). Harlow: Pearson.
- Miermont, J. (1994). *Dicionário de terapias familiares: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minayo, M. C. D. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 621-626.
- Minuchin, P. (1985). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56(2), 289–302. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1985.tb00106.x>
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1980)
- Mosmann, C., Wagner, A., & Féres-Carneiro, T. (2006). Qualidade conjugal: Mapeando conceitos. *Paidéia*, 16(35), 315-325.
- Nascimento, C. C., Coelho, M. R. M., Jesus, M. R. P. & Martins, W. V. (2006). Apego e perda ambígua : Apontamentos. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, VI(2), 426–449.
- Neris, R. R., Zago, M. M. F., Ribeiro, M. Â., Porto, J. P., & Anjos, A. C. Y. D. (2018). Experience of the spouse of a woman with breast cancer undergoing chemotherapy: A qualitative case study. *Escola Anna Nery*, 22(4), e20180025.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2002). *Terapia familiar: Conceitos e métodos*. Porto Alegre: Artmed.

- Notari, S., Favez, N., Notari, L., Charvoz, L., & Delaloye, J. F. (2017). The caregiver burden in male romantic partners of women with non-metastatic breast cancer: The protective role of couple satisfaction. *Journal of Health Psychology, 22*(13), 1668-1677.
- Notari, S., Notari, L., Favez, N., Delaloye, J. F., & Ghisletta, P. (2017). The protective effect of a satisfying romantic relationship on women's body image after breast cancer: A longitudinal study. *Psycho-Oncology, 26*(6), 836-842.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy, 22*(2), 144-167.
- Olson, R. E. (2014). Indefinite loss: The experiences of carers of a spouse with cancer. *European Journal of Cancer Care, 23*(4), 553-561.
- Otto, A. K., Laurenceau, J. P., Siegel, S. D., & Belcher, A. J. (2015). Capitalizing on everyday positive events uniquely predicts daily intimacy and well-being in couples coping with breast cancer. *Journal of Family Psychology, 29*(1), 69-79.
- Peck, J. S., & Manocherian, J. (1995). O divórcio nas mudanças do ciclo de vida familiar. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças de vida no ciclo de vida familiar - Uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pereira, R. D. V. (2017). *Divórcio - Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Saraiva.
- Picheti, J. S., Castro, E. K. D., & Falcke, D. (2014). Silêncios e rearranjos na conjugalidade em situação de câncer em um dos cônjuges. *Psicologia em Pesquisa, 8*(2), 189-199.
- Picheti, J. S., Castro, E. K., & Falcke, D. (2013). Conjugalidade e câncer: Estudo bibliométrico sobre a comunicação nesse contexto. *Nova Perspectiva Sistêmica, 22*(45), 59-71.
- Prado, E., Rosenilda Costa, J., Raone, D., Barbosa, D. C., Aparecida Sales, C., & Silva Marcon, S. (2016). Attendance and support: Strategies to help the wife to face breast cancer. *Revista de Enfermagem UFPE, 10*(11), 3935-3941.

- Radina, M. E., Fu, M. R., Horstman, L., & Kang, Y. (2015). Breast cancer-related lymphedema and sexual experiences: A mixed-method comparison study. *Psycho-Oncology*, 24(12), 1655-1662.
- Rampage, C. (2003) Gendered Constraints to Intimacy in Heterosexual Couples. In Silverstein & Goodrich (Eds.) *Feminist family therapy: Empowerment in social context* (pp. 199-210) Washington, DC: American Psychological Association
- Rapizo, R. L., & Brito, L. M. T. (2014). a Space for Conversations About Divorce : Positioning. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 50, 32–50.
- Rathus, A. S., Nevid, J. S., & Fichner-Rathus, L. (2005). *Sexualidad humana*. Madrid: Pearson.
- Rezende, V. L., Derchain, S. F. M., Botega, N. J., Sarian, L. O., Vial, D. L., & Morais, S. S. (2005). Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, 27(12), 737-743.
- Rice, J. K. (2003). “I can’t go back”: Divorce as adaptive resistance. In L. B. Silverstein & T. J. Goodrich (Eds.), *Feminist family therapy: Empowerment in social context* (pp. 51–64). Washington: APA.
- Robbins, M. L., López, A. M., Weihs, K. L., & Mehl, M. R. (2014). Cancer conversations in context: Naturalistic observation of couples coping with breast cancer. *Journal of Family Psychology*, 28(3), 380-390.
- Rock, E. E., Steiner, J. L., Rand, K. L., & Bigatti, S. M. (2014). Dyadic influence of hope and optimism on patient marital satisfaction among couples with advanced breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 22(9), 2351-2359.
- Rolland, J. (1995). Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rottmann, N., Hansen, D. G., Christensen, R., Hagedoorn, M., Frisch, M., Nicolaisen, A., & Johansen, C. (2017). Satisfaction with sex life in sexually active heterosexual couples dealing with breast cancer: A nationwide longitudinal study. *Acta Oncologica*, 56(2), 212-219.

- Rottmann, N., Hansen, D. G., Larsen, P. V., Nicolaisen, A., Flyger, H., Johansen, C., & Hagedoorn, M. (2015). Dyadic coping within couples dealing with breast cancer: A longitudinal, population-based study. *Health Psychology, 34*(5), 486-495.
- Sanchuli, H. N., Rahnama, M., Shahdadi, H., & Moghaddam, M. P. (2017). From love and fidelity to infidelity-individual experiences of women with breast cancer regarding relationships with their spouses. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 18*(10), 2861-2866.
- Santos, D. B., Santos, M. A., Cesnik, V. M., & Vieira, E. M. (2016). Interrupção e retomada da vida sexual após o câncer de mama. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 32*(4), e324219.
- Sawin, E. M., Laughon, K., Parker, B., & Steeves, R. H. (2009). Breast cancer in the context of intimate partner violence: A qualitative study. *Oncology Nursing Forum, 36*(6), 686-92
- Scorsolini-Comin, F., & dos Santos, M. A. (2010). Satisfação conjugal: Revisão integrativa da literatura científica nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(3), 525-531.
- Silva, E., Torres, R., & Berg, T. (2018). A miséria do amor dos pobres. In J. Souza (Ed.), *A ralé brasileira* (pp. 161–189). São Paulo: Contracorrente.
- Silva, I. M. (2015) A conjugalidade diante do abuso/dependência do álcool: Uma compreensão sistêmica. Em M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, I. M. Silva, & S. R. Lordello (Eds.), *ABRAMD: Compartilhando Saberes* (pp. 96-120). Brasília: Technopolitik.
- Silva, I. M. da, Semensato, M. R., Bosa, C., & Lopes, R. C. S. (2010). Como nossos pais? Um levantamento da literatura sobre a repetição de padrões familiares na relação conjugal. *Anais Do III Congresso Brasileiro Psicologia Ciência & Profissão*. São Paulo: Conselho Federal de Psicologia.
- Silva, M. R. S. (2003). Família de alcoolista: O retrato que emerge da literatura. *Família, Saúde e Desenvolvimento, 5*(1) 9-18.
- Silverstein, L. B. (2003). Classic texts and early critiques. In L. B. Silverstein & T. J. Goodrich (Eds.), *Feminist family therapy: Empowerment in social context*. (pp. 17–35). Washington: APA.

- Soriano, E. C., Otto, A. K., Siegel, S. D., & Laurenceau, J. P. (2017). Partner social constraints and early-stage breast cancer: Longitudinal associations with psychosexual adjustment. *Journal of Family Psychology, 31*(5), 574-583.
- Soriano, E. C., Pasipanodya, E. C., LoSavio, S. T., Otto, A. K., Perndorfer, C., Siegel, S. D., & Laurenceau, J. P. (2018). Social constraints and fear of recurrence in couples coping with early stage breast cancer. *Health Psychology, 37*(9), 874-884.
- Speakman, E., Paris, R., Gioiella, M. E., & Hathaway, J. (2015). "I didn't fight for my Life to be treated like this!": The relationship between the experience of cancer and intimate Partner abuse. *Health & Social Work, 40*(1), 51-58.
- Stake, R. E. (2011). *Pesquisa qualitativa: Estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Strey, M. N. (2007). Gênero, família e sociedade. In M. N. Strey, J. Silva Neto, & R. L. Horta (Eds.), *Família e gênero* (pp. 17–38). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Sutherland, N. (2009). The meaning of being in transition to end-of-life care for female partners of spouses with cancer. *Palliative & Supportive Care, 7*(4), 423-433.
- Tomm, K. (1998). A question of perspective. *Journal of Marital and Family Therapy, 24*(4), 409–413.
- Van Egeren, L. A. (2004). The development of the coparenting relationship over the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal, 25*(5), 453–477. <https://doi.org/10.1002/imhj.20019>
- Vasconcellos, M. J. E. (2003). *Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência*. São Paulo: Papirus Editora.
- Wallerstein, J. S., & Lewis, J. M. (2004). The unexpected legacy of divorce: Report of a 25-year study. *Psychoanalytic Psychology, 21*, 353–370.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience*. New York: The Guilford Press.

- Watson, W. H., & McDaniel, S. H. (2005) Managing emocional reactivity in couples facing illness: Smoothing out the emotional roller coaster. In M. Harway (Ed.), *Handbook of Couples Therapy* (pp. 253-272). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Whitton, S. W., Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Allen, J. P., Crowell, J. A., & Hauser, S. T. (2008). Prospective associations from family-of-origin interactions to adult marital interactions and relationship adjustment. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 274-286.
- Yang, H. C., & Schuler, T. A. (2009). Marital quality and survivorship: Slowed recovery for breast cancer patients in distressed relationships. *Cancer*, 115(1), 217-228
- Yeung, N. C., Zhang, Y., Ji, L., Lu, G., & Lu, Q. (2018). Guilt among husband caregivers of Chinese women with breast cancer: The roles of male gender-role norm, caregiving burden and coping processes. *European Journal of Cancer Care*, 27(5), e12872.
- Yoshimochi, L. T. B., Santos, M. A., Loyola, E. A. C., & Panobianco, M. S. (2018). A experiência do companheiro da mulher com câncer de mama. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03366.
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris.

## **Anexo A**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “A Conjugalidade diante do Tratamento Oncológico: Um Estudo de Casos Múltiplos”, de responsabilidade de Hortênsia Pereira de Souza, aluna de mestrado da Universidade de Brasília, supervisionada pela Profa. Dra. Isabela Machado da Silva. O objetivo desta pesquisa é compreender como casais em que um dos cônjuges se encontra em tratamento de câncer vivenciam sua conjugalidade. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas e áudios de gravação, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas individuais, que serão realizadas no Hospital Universitário de Brasília e terão seu áudio gravado. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Pode ser que você se sinta incomodado com algum aspecto abordado durante a pesquisa, ou que algum questionamento gere algum desconforto. Caso isso ocorra, você pode, a qualquer momento, solicitar interrupção da entrevista ou desistir de participar. Além disso, poderá ser disponibilizado suporte psicológico caso necessário. Para evitar possíveis desgastes físicos, a entrevista poderá ser dividida em quantos encontros forem necessários, respeitando sua disponibilidade e estado de saúde.

Espera-se com esta pesquisa que, por meio da colaboração de pessoas que vivenciam a conjugalidade no contexto oncológico, seja possível ter maior compreensão deste aspecto na vida do paciente e cônjuge. Dessa forma, pode-se contribuir para aprimorar intervenções e suporte oferecido de forma a promover qualidade de vida para o paciente, casal e família. Além disso, você terá a



oportunidade de refletir e falar sobre a sua vivência, o que pode contribuir para a forma como você está lidando com este momento.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61 99555-1587 ou pelo e-mail [hortensiaps@gmail.com](mailto:hortensiaps@gmail.com).

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de um encontro posterior em que lhe serão apresentadas as análises das entrevistas e em que você terá a oportunidade de manifestar sua opinião. Os dados referentes a essa pesquisa serão publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH [cep\\_ih@unb.br](mailto:cep_ih@unb.br).

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## Anexo B

### Entrevista com cônjuge em situação de tratamento oncológico

#### 1. História do Relacionamento

- **Conte-me sobre a história de seu relacionamento, desde o começo.**

- Como se conheceram?
- O que mais o (a) atraiu nele (a)?
- Como foi o relacionamento na época de namoro?
- O que sua família achava sobre ele (a)?
- Quanto tempo de relacionamento até o casamento/união?
- Como foi esse processo de decisão?
- O que mais te agradava no relacionamento nessa época?
- O que você acha que poderia ter sido melhor?
- Alguma vez vocês já terminaram o relacionamento ou discutiram seriamente sobre o assunto?
- Comparando o início da relação com o período anterior ao seu diagnóstico, quais as principais mudanças que você identifica terem ocorrido no seu relacionamento com o passar dos anos?

Se não mencionar, perguntar sobre...

Houve mudanças no que mais lhe agrava no seu companheiro?

Houve mudanças no que mais lhe agradava na relação?

Houve mudanças na forma como vocês demonstravam carinho um pelo outro?

Houve mudanças na vida sexual?

Ao que você atribui essas mudanças?

- O quanto você se considera comprometido (a) com a continuidade da sua relação?

(Em caso de filhos)

- De que forma você descreveria seu cônjuge como pai/mãe?
- Como eram divididas as tarefas dos cuidados dos filhos?

#### 2. Diagnóstico/tratamento.

##### 2.1 História da doença

- **Conte-me como foi para você descobrir essa doença. (Não usar a palavra câncer, se a pessoa não usar)**

- Como descobriu a doença?
- Como você se sentiu quando recebeu o diagnóstico?
- Quem estava com você quando recebeu o diagnóstico?
- Você contou para sua família e amigos?

Se não mencionar, perguntar sobre...

Para quem contou o diagnóstico?

Para quem decidiu guardar segredo/não quis que soubesse?

- Como foi iniciar o tratamento?

Como se sentiu?

- Quais tratamentos fez (cirurgia, qt, rt)?
- Que mudanças percebeu em si mesmo após diagnóstico e tratamento?

Se não mencionar, perguntar sobre...

Alguma questão física?

Alguma questão emocional?

- Quais as suas estratégias para lidar com essas questões físicas acarretadas pelo tratamento?

- Quais as suas estratégias para lidar com as questões emocionais acarretadas pelo tratamento?
- O que os profissionais que te atendem têm falado para você sobre sua doença e o tratamento daqui para a frente?

## 2.2 Suporte social/rede de cuidadores.

- **Como é o apoio que você recebe das pessoas próximas?**
- Quem são as pessoas mais próximas de você nesse momento?
- Quem mais te ajuda nesse momento?  
Como essa ajuda é fornecida?
- Você conversa com alguém quando não se sente bem?  
Com quem?  
Quando essa (s) pessoa (s) costuma (m) estar disponível (is)?  
Como você se sente depois da conversa?
- Você tem alguém que te acompanha nas consultas?  
Quem?  
Com que frequência?
- Você tem alguém que te ajuda nas tarefas diárias, caso precise?  
Quem?  
Com que frequência?
- E nas tarefas financeiras?
- E no cuidado com os filhos?

## 2.3 Relacionamento após diagnóstico/tratamento da doença.

- **Depois da doença, como você descreve o seu relacionamento?**
- Como seu (sua) companheiro (a) reagiu ao diagnóstico?  
*Se não mencionar, perguntar sobre...*  
O que você sentiu com essa reação?  
Como você esperava que ele reagisse?
- Como você descreve o apoio recebido por ele (a) durante o tratamento?  
Como você esperava que fosse o apoio dele (a) nesse momento?
- Vocês conversam sobre assuntos relacionados à doença?
- Como ele (a) tem demonstrado carinho?  
*Se não mencionar, perguntar sobre...*  
Como você se sente com essa demonstração?  
Como você gostaria que fosse?  
Você percebe alguma mudança na forma como ele demonstra seu carinho, desde que vocês souberam do diagnóstico?
- Como você demonstra carinho?  
*Se não mencionar, perguntar sobre...*  
Como acha que ele se sente com essa demonstração?  
Você percebe alguma mudança na forma como você demonstra seu carinho, desde que vocês souberam do diagnóstico?
- Como está a vida sexual de vocês?  
*Se não mencionar, perguntar sobre...*  
A doença afetou a vida sexual de vocês?  
De que forma?  
O que você acha disso?  
E seu (sua) companheiro (a)?  
Vocês conversam sobre isso?

- De que forma as emoções vivenciadas por você em relação ao diagnóstico ou à doença nesse momento afetaram a relação?

*Se não mencionar, perguntar sobre...*

Você falou sobre isso com ele (a)?

Ele (a) falou sobre isso com você?

- De que forma você acha que as emoções vivenciadas por ele (a) em relação ao diagnóstico ou à doença afetaram a relação?

*Se não mencionar, perguntar sobre...*

Você conversou sobre isso com ele (a)?

Ele (a) falou sobre isso com você?

- De que forma as limitações físicas identificadas por você nesse momento afetaram a relação?

- Você percebeu alguma mudança na rotina de casa, nas tarefas diárias?

Quais?

- Como vocês passam tempo juntos?

Com que frequência?

- Você percebeu alguma mudança na relação entre vocês e seus filhos?

- Quais suas expectativas para o futuro?

## **Anexo C**

### **Genograma**

Sempre três gerações para trás

- Eu gostaria de desenhar a sua família, você pode me dizer quem faz parte dela?
  - Profissões
  - Uniões e separações
  - Conflitos
  - Mortes e Doenças
  - Idades
  
- Se você tivesse que usar uma palavra ou expressão que descrevesse a sua família (ou que fosse o lema da sua família), qual seria? Por quê?
- O que as pessoas da sua família costumam pensar sobre casamento?
- Como a sua família vê os homens e as mulheres?
- Que tarefas costumam ser atribuídas aos homens da sua família?
- Que tarefas costumam ser atribuídas às mulheres da sua família?
- Você poderia me contar um pouco sobre como são os casamentos na sua família?
- Como as pessoas da sua família costumam reagir às situações de dificuldade?
- Como as pessoas da sua família costumam reagir às doenças e perdas?
- Como é a comunicação entre as pessoas da sua família.
- Como as pessoas da sua família costumam resolver conflitos?
- Que ideias e valores a sua família lhe transmitiu sobre sexo?
- Existem sentimentos ou temas que as pessoas da sua família não gostam de abordar?

## Anexo D

UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A Conjugalidade diante do Tratamento Oncológico: Um Estudo de Casos Múltiplos

**Pesquisador:** Hortênsia Pereira de Souza

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 87032318.8.0000.5540

**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia - UNB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.626.959

#### Apresentação do Projeto:

O diagnóstico e o tratamento de câncer relacionam-se a dificuldades psicossociais não só em quem está doente, mas também na família. A doença tem grande impacto na relação conjugal, podendo haver troca de papéis, mudança na identidade, sentimentos de ressentimento e culpa ou mesmo maior aproximação emocional. O objetivo deste estudo é compreender como casais em que um dos cônjuges encontra-se em tratamento de câncer vivenciam sua conjugalidade, segundo um referencial sistêmico feminista. Será realizado um estudo de casos múltiplos, em que serão entrevistados quatro casais em que um dos cônjuges está passando por tratamento oncológico em um hospital público de Brasília/DF. Uma amostra heterogênea será construída tendo em vista o gênero e o tipo de câncer. As entrevistas, individuais, serão gravadas e transcritas e os dados serão analisados segundo referencial de análise de conteúdo. Também serão colhidos nos prontuários dos participantes os seguintes dados: diagnóstico, tempo desde o diagnóstico, tempo de tratamento e estadiamento do câncer.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é compreender como casais em que um dos cônjuges encontra-se em tratamento de câncer vivenciam sua conjugalidade, segundo um referencial sistêmico feminista. Como objetivos específicos deste estudo, pretende-se (1) compreender o papel das questões de gênero na forma como os casais vivenciam sua conjugalidade no contexto da doença oncológica;

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.626.959

(2) compreender como a história do casal ajuda a explicar a forma como os casais vivenciam sua conjugalidade nesse contexto; (3) compreender como se apresentam as relações de apoio e cuidado entre os cônjuges nesse contexto; (4) identificar como os casais descrevem sua coesão, flexibilidade, comunicação e sexualidade nesse contexto.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As perguntas apresentadas podem gerar algum desconforto por remeterem a possíveis dificuldades vivenciadas no momento do diagnóstico e do tratamento, bem como no relacionamento conjugal. No entanto, caso se identifiquem sinais de sofrimento durante as entrevistas, a pesquisadora, psicóloga formada, com Residência em Atenção Oncológica, realizará o acolhimento dos participantes e os encaminhamentos necessários, que podem incluir o contato com as psicólogas da equipe hospitalar. Outro possível risco refere-se ao desgaste físico do participante ao responder às entrevistas. Com o intuito de minimizar essa possibilidade, as entrevistas poderão ser divididas em quantos encontros forem necessários, respeitando a disponibilidade e o estado de saúde de cada entrevistado. Quanto aos benefícios, espera-se que a participação na pesquisa permita o desenvolvimento de um espaço de reflexão. Os participantes poderão examinar sua própria experiência e, assim, melhorar seu senso de agência, autoestima e capacitação, contribuindo para a forma como estão lidando com esse momento de suas vidas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa está adequado às exigências das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e complementares.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora forneceu todos os termos de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

1) Não consta do projeto que haverá uso de imagem. No entanto, a pesquisadora incluiu entre os documentos apresentados um termo de autorização para uso de imagem e som de voz para fins de pesquisa. Sugere-se que a pesquisadora retire esse documento da lista dos documentos apresentados para evitar confusão; 2) Em todos os documentos, é necessário atualizar o nome deste comitê e o email: Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS); cep\_chs@unb.br.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto foi aprovado pelo CEP/CHS.