

## “O que Fazer Quando o Coração Aperta?” A Dinâmica Conjugal Pós-infarto<sup>1</sup>

Ingrid Faria Gianordoli-Nascimento<sup>2</sup>  
Zeidi Araujo Trindade  
*Universidade Federal do Espírito Santo*

**RESUMO** - O trabalho investigou a dinâmica das relações conjugais após ocorrência de Infarto Agudo do Miocárdio em um dos cônjuges, a fim de identificar possíveis alterações na interação e no papel de cada cônjuge. Foram entrevistados 06 casais (30 a 53 anos casamento): 03 homens enfartados, 03 mulheres enfartadas (ocorrência entre 1,5 a 8 anos), com roteiros diferenciados para o (a) enfartado e o (a) companheiro. Nas entrevistas priorizamos: interações pessoais e conjugais pós-infarto/ diferenças de gênero. A análise de conteúdo evidenciou que predominaram nas relações conjugais aspectos que remetem ao papel tradicional de gênero, embora a dinâmica conjugal tenha sofrido algumas alterações frente ao impacto do infarto, por exemplo: aumento da divisão de tarefas domésticas, homens tornaram-se mais caseiros, mulheres começaram a participar da administração financeira, maior aproximação afetiva entre o casal. Tais considerações apontam que a ocorrência do infarto foi avaliada positivamente pelas mulheres em função das alterações de papéis e negativamente pelos homens frente às limitações e dependência.

**Palavras- chave:** relação conjugal; Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); diferença de gênero.

## “What to do When the Heart Presses?” The Marriage Dynamics After Infarct

**ABSTRACT** - The objective of the present work was to investigate the dynamics of the conjugate relationships after the occurrence of an Acute Myocardial Infarction in one of the spouses, aiming to identify possible alterations in the interaction and in each spouse's role. Six couples (30 to 53 years marriage) were interviewed: 03 men and 03 women who had had heart attacks (occurrence among 1,5 to 8 years). Two programs were used, in the individual interviews, one for the patient and other for the spouse. In these interviews we aimed to know about the personal interactions, the after-infarct conjugate relationships and the gender differences. The content analysis of the interviews evidenced that it prevailed in the conjugate relationships aspects, remember us to the traditional gender role, although the married dynamics has suffered some changes coming from the impact of the infarct, for example: the increase of sharing domestic tasks, men became more domestic, women began to participate in the financial administration, larger affective relations among the couple. Such considerations point out that the occurrence of the infarct was assessed positively by the women in function of the alterations of roles and negatively for the men due to the limitations and dependence caused by the disease.

**Key words:** married relationship; Acute Myocardial Infarction (IAM); gender difference.

Sabemos que as diferenças de gênero são um produto histórico e de construção social, caracterizando uma estrutura diversificada e contraditória na qual se inserem o estado, a economia, as ciências, a sexualidade e a família. As diferenças biológicas entre os sexos vão sendo apropriadas pelo social ao longo do tempo, naturalizando a diferença em todas as áreas de relacionamento que envolvem homens, mulheres e poder.

Diversos autores (Coutinho, 1994; Del Priore, 1993; Ortner, 1979; Rosaldo & Lamphere, 1979) têm salientado que tal apropriação estabelece papéis e funções específicas para os indivíduos dos sexos masculino e feminino, caracterizando diferenças de gêneros, com polaridades hierárquicas, que foram reproduzidas e reforçadas continuamente no contexto histórico-cultural de cada sociedade.

A definição de gênero, conforme apontada por Durhan (1983), apresenta-se como um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, e ainda como uma forma de dar significado às relações de poder, através da especialização biológica dos corpos.

No que diz respeito às particularidades de gênero em relação às doenças do coração, percebemos que há uma predominância de estudos e considerações voltadas para o sexo masculino. Bloch (1998) aponta uma prevalência de doença isquêmica do coração no sexo masculino. Essa relação é parcialmente explicada pelo fato das mulheres fumarem menos, terem pressão arterial mais baixa, antes dos cinquenta

1 O estudo aqui relatado aprofunda um dos tópicos da dissertação de mestrado da autora. A pesquisa foi realizada através de apoio financeiro concedido pela CAPES. A autora agradece aos professores Dr<sup>a</sup> Zeidi Araújo Trindade pela orientação a pesquisa, Dr<sup>a</sup> Sônia Regina Fiorim Enumo e Dr. Paulo Rogério M. Menandro pelas sugestões quando da elaboração do projeto; Dr<sup>a</sup> Terezinha Féres-Carneiro, Dr<sup>a</sup> Ângela Nobre de Andrade pelas sugestões pertinentes a pesquisa, e ao Ms. Adriano R. A. do Nascimento pelas sugestões quando da elaboração deste artigo.

2 Endereço: Rua Acre, casa “A”, Parque das Castanheiras-Praia da Costa Vila Velha/ES – Cep 29.101.240. E-mail-[fgian@uol.com.br](mailto:fgian@uol.com.br)

anos, e apresentarem diferença nos níveis de hormônios sexuais, estando protegidas organicamente. Como veremos adiante, em função disso, as mulheres têm recebido pouca atenção no que se refere aos riscos e aos efeitos da doença coronariana, embora essa tenha avançado rapidamente entre elas. Em relação aos índices de mortalidade por doença isquêmica do coração, Passos, Lopes, Barbosa e Jesus (1998), têm apontado que as mulheres apresentam índices de mortalidade por Infarto<sup>3</sup> Agudo do Miocárdio (IAM) maiores que os homens.

Maciel (1994) caracteriza a prevalência de mortalidade entre mulheres em função das condições estressantes superpostas às quais estão submetidas, e que acabam por a vir a estabelecer uma condição crônica de estresse. A dupla jornada de trabalho, a divisão entre o trabalho doméstico e a vida profissional, a falta de autonomia profissional e pessoal, a monotonia no trabalho doméstico, pressões familiares e dificuldades nos papéis e relacionamentos afetivos, são alguns exemplos dessas condições.

O processo de socialização masculino e feminino estabelece basicamente os papéis que ambos os cônjuges irão desempenhar em sua relação conjugal, seja esta uma relação assimétrica ou não, envolvendo a maneira como o casal percebe a conjugalidade, a individualidade, o vínculo social e afetivo e como conceitua o casamento em si.

Quando um de seus membros é acometido por uma doença que gera a possibilidade de risco de vida, uma situação de crise é estabelecida modificando toda a dinâmica conjugal e familiar. Numa situação como esta os papéis desempenhados por cada um dos familiares são revistos, podendo haver acúmulo ou alteração no desempenho das tarefas e dos papéis, não restando dúvidas de que a dinâmica familiar, e principalmente a conjugal, quando numa familiar nuclear, têm suas estruturas abaladas.

No que diz respeito às diferenças encontradas entre homens e mulheres após sofrerem infarto, Ongaro (1994) cita estudos que demonstram que as mulheres encontram maior dificuldade no ajustamento conjugal após esse evento. No que tange à vida sexual do casal, após o infarto de qualquer um dos cônjuges, encontram-se os seguintes dados: 25% não retomam a vida sexual, 25% não a alteram e 50% diminuem a frequência das relações, sendo um dos motivos dessa alteração o receio de um novo infarto nessas ocasiões. As mulheres que não retomam a vida sexual também passam a ter uma relação mais pobre com o marido.

Nesse sentido, observando também alguns dados sobre pós-infarto e relação conjugal, como os citados acima, percebemos que não só aquele que foi acometido pelo infarto, mas também aqueles que partilham das mudanças por ele provocadas, em especial o cônjuge, encontram diversas dificuldades no processo de adaptação a essa nova situação.

Hobfoll, Cameron, Chapman e Gallagner (1996) apontam que pesquisas realizadas com casais, em relação à utili-

zação de suporte social, têm demonstrado que os homens geralmente têm, em suas esposas, confidentes. Já as mulheres não estabelecem a mesma relação. Homens e mulheres podem utilizar seus sistemas de suporte diferentemente, especialmente sob condições estressantes. No que diz respeito à relação conjugal, é evidenciado que os maridos buscam e encontram mais facilmente apoio em suas esposas, enquanto que as mulheres não o buscam ou não encontram reciprocidade. O autor argumenta que tal relação se dá em função do sistema hierárquico que diferencia o papel a ser desempenhado por homens e mulheres.

Entendemos que a ameaça à vida afeta não só os indivíduos, mas toda a relação familiar dos envolvidos com a doença. O que buscamos no presente trabalho foi considerar aspectos abordados por cada um dos cônjuges em relação a suas vivências pessoais e conjugais após o infarto. Procuramos observar a dinâmica do casal após a ocorrência do infarto com o esposo ou com a esposa, a fim de identificar a presença de possíveis mudanças na interação do casal e a influência dos papéis desempenhados por cada um deles no casamento.

## Método

### Sujeitos

Foram entrevistados seis casais, sendo que em um grupo três dos cônjuges eram homens enfartados<sup>4</sup> e, no outro, três dos cônjuges eram mulheres enfartadas. Optamos por trabalhar com pacientes enfartados de um hospital cardiológico de Vitória/ES, o que facilitaria nosso acesso e contato, pois seríamos encaminhados pelos médicos dos pacientes.

Foram estabelecidos “a priori” alguns critérios norteadores para a seleção dos casais a serem entrevistados, tanto em função da perspectiva teórica, quanto das possibilidades concretas de acesso aos sujeitos. As delimitações para a participação dos sujeitos foram: a) o tempo de infarto – tempo mínimo de um ano pós – infarto, período no qual o paciente e sua família, possivelmente, já retornaram a rotina, adaptaram-se às mudanças e às novas condições, podendo vir a falar do infarto com maior tranquilidade emocional; b) os pacientes enfartados deveriam estar vivendo com o mesmo companheiro da época em que sofreram o infarto.

### Instrumentos

Foram elaborados dois protocolos de entrevista, um para o paciente enfartado e outro para o cônjuge, visando obter dados peculiares à situação vivenciada.

A entrevista com o sujeito enfartado seguiu um amplo roteiro, através do qual conseguimos obter um relato sobre estilo de vida anterior e posterior ao infarto, avaliação sobre a presença do cônjuge, a história de vida do casal e compro-

3 Infarto - Conforme citado no dicionário Aurélio o infarto é um quadro patológico que caracteriza-se por necrose de um tecido em consequência da parada de circulação da artéria que o irriga.

4 Enfartado (a) - Sujeito que foi acometido pelo quadro patológico de IAM.

metimentos causados pela doença. O roteiro deveria ser suficientemente flexível para se adaptar a cada respondente e às particularidades do seu casamento. A idéia básica era a de deixar fluir o mais possível a entrevista; levantando as informações desejadas. O roteiro para a conversa com o cônjuge seguiu as mesmas características e preocupações.

### Procedimento

As entrevistas foram realizadas individualmente seguindo um protocolo semi estruturado através do qual obtivemos dados sobre o processo vivenciado pelos sujeitos.

As entrevistas foram realizadas nas residências, variando entre duas a quatro horas de duração, sendo necessária mais de uma visita para entrevistar cada casal. As entrevistas se deram em duas etapas: uma primeira visita para entrevistar a esposa e uma segunda para o marido, independente de quem era o paciente enfartado.

Tal procedimento foi adotado pois notamos, através de entrevistas- piloto, que as realizadas com os homens, enfartados ou não, eram mais produtivas, quando anteriormente suas esposas já tivessem sido entrevistadas. A 'familiarização' com a entrevistadora, tanto pela presença anterior por muitas horas nas residências dos entrevistados, quanto pelo conhecimento prévio das esposas, contribuía para que houvesse um aprofundamento das questões discutidas, facilitando também a colocação de questões mais íntimas, estabelecendo uma certa cumplicidade entre a entrevistadora e os entrevistados.

Todas as entrevistas foram gravadas, com a concordância dos entrevistados, que tinham a liberdade de interromper a gravação a qualquer momento. Os respondentes também receberam a garantia de preservação de suas identidades.

As entrevistas foram submetidas à Análise de Conteúdo (Bardin, 1977) e agrupadas relacionando diferenças e semelhanças de gênero, tanto para os cônjuges quanto para os enfartados divididos em dois grupos temáticos: a) sobre os casais; b) dinâmica conjugal pós-infarto.

### Resultados e Discussão

A discussão foi realizada considerando simultaneamente os resultados dos pacientes enfartados e dos cônjuges,

apontando as diferenças e semelhanças de gênero quando significativas e integrando a vivência dos casais, a partir dos elementos que foram considerados importantes, de acordo com a convivência de cada um dos sujeitos com os diversos aspectos da situação de crise que acompanha o infarto.

### Sobre os casais

Nossa primeira preocupação em relação aos casais com os quais trabalhamos, era encontrar uma maneira de tornar nosso relato o mais integrado possível à realidade, tentando trazer para perto do leitor cada um dos sujeitos, a fim de facilitar a compreensão da dinâmica da relação conjugal.

Assim, considerando as especificidades e características de cada casal, optamos por distingui-los usando nomes fictícios. Optamos por identificar os casais nos quais as esposas são enfartadas com nomes que iniciam com a letra A, e, para os casais nos quais os esposos são enfartados, usamos a letra C.

O quadro 1 apresenta as características dos participantes. Os casais entrevistados residiam em bairros da Grande Vitória/ES, tanto em áreas de renda mais elevada da capital (2 casais), como em áreas de poder aquisitivo médio (2 casais) e baixo (2 casais). Embora os casais estejam bem distribuídos nas áreas, este não foi um critério definido de antemão, não havendo nenhuma relação entre os grupos e a classe social em que se encontravam. As possíveis relações existentes entre classe social e outros fatores serão apontadas apenas como um dado que pode vir a auxiliar outros trabalhos que tenham interesse em salientar esses aspectos.

Ainda que não tenha sido nossa intenção, tanto as mulheres quanto os homens entrevistados tinham suas idades variando entre 50 e 78 anos e tinham o mesmo nível de instrução, salvo os casos já apresentados no quadro anterior. Embora os casais tivessem idades variadas e pertencessem a diferentes classes sociais, o compartilhamento de diversas características permitiu que fossem apontadas semelhanças e diferenças na dinâmica das relações conjugais pós- infarto.

Tais características dos sujeitos se explicam, principalmente, em função da faixa etária. Fato este que está relacionado com as características próprias do gênero em relação ao infarto. Confirmando os dados da literatura nos deparamos com mulheres enfartadas acima dos 50 anos de idade,

**Quadro 1.** Características dos participantes

	Nome	Idades	Anos de casados	Grau de instrução		Ocupação atual		Nº/idade dos filhos	Renda (SM)*
				mulher	homem	mulher	homem		
1	Abigail/Abelardo	78/77	53 anos	Ginasial <sup>1</sup>	Primário <sup>2</sup>	Aposentada	Aposentado	4/ 44 a 54	18,54
2	Aurora/Augusto	54/54	34 anos	Primário	Primário	D. casa	Comerciante	4/ 21 a 33	13,24
3	Alcione/Alberto	68/61	40 anos	Ginasial	Superior	D. casa	Agrônomo	3/ 30 a 38	23,17
4	Clarice/Claudionor	50/57	30 anos	Ginasial	Superior	D. casa	Administrador	4/ 17 a 31	23,17
5	Carmela/Carlos	58/67	39 anos	Primário	Primário	D. casa	Aposentado	4/ 22 a 38	5,29
6	Celina/Célio	59/69	38 anos	Primário	Primário	D. casa	Aposentado	4/ 14 a 37	9,93

\* SM-Salário Mínimo = R\$151,00

1 Equivalente ao Ensino Fundamental Regular (de 5ª a 8ª série do primeiro grau).

2 Equivalente ao Ensino Fundamental Regular ( de 1ª a 4ª série do primeiro grau).

faixa etária apontada como um fator de risco constitucional para as mulheres por ser o período no qual há redução de taxas hormonais. Os homens têm tempo de infarto variado, mas a faixa de idade na qual nossos sujeitos enfartaram foi a mesma das mulheres, acima dos 50 anos.

A origem rural da maioria dos casais permeia o discurso tanto dos homens quanto das mulheres, realçando o modo de vida e as representações sobre seus papéis sociais e conjugais.

As mulheres de nossa amostra têm um perfil semelhante e construíram padrões bastante próximos de estrutura e organização familiar. Com faixa etária acima dos 50 anos e poucos anos de escolarização, foram donas de casa desde quando se casaram e muito valorizaram as lides domésticas. A educação foi voltada para o casamento, ou seja, para a vida doméstica, não sendo valorizada a educação voltada para o aprendizado de uma profissão.

No entanto, os fatores que tornam nossa amostra aparentemente simétrica, como classe social (cada metade da amostra pertence a uma classe), número de filhos (quatro), grau de instrução (as mulheres primário ou ginásial, e os homens primário ou superior), renda familiar (variando de 5 à 18 S.M., conforme a classe social), não foram previamente selecionados, e não significam que as semelhanças ou diferenças que aqui apontarmos sejam representativas, em termos estatísticos, do que acontece com todos os casais.

### A dinâmica conjugal

Diversos trabalhos salientam situações de conflitos e crises que geram mudanças, transformações ou adaptações nas relações conjugais e em seus papéis estabelecidos socialmente.

Nos estudos de Féres-Carneiro (1987;1998) percebemos que a incorporação de valores diferentes daqueles seguidos nas relações estabelecidas leva casais a se separarem e, ao construírem novas relações conjugais, praticam formas de conjugalidade diferentes daquelas vivenciadas anteriormente. Ou seja, quando um processo de crise se instala numa relação, são promovidas alterações pessoais e conjugais, podendo os casais se adaptarem ou não a essas alterações.

Em nosso contexto de estudo a crise vivida na relação de casais foi o infarto, que causou toda uma mudança pessoal e no estilo de vida das famílias. Algumas mudanças foram relatadas em situação de crise durante ou pós-infarto, outras são transformações que ocorreram na dinâmica conjugal. Com o advento do infarto em um dos cônjuges, as estruturas conjugais baseadas nos papéis sociais de gênero sofreram algumas transformações em suas práticas. No entanto, não houve uma ruptura da hierarquia de poder, comum nas relações conjugais analisadas.

Um dos aspectos mais salientados sobre as transformações trazidas pelo infarto para a relação conjugal foi a união do casal. As mulheres enfartadas, Abigail, Alcione e Aurora, e as esposas dos homens enfartados, Clarice, Carmela e Celina, contaram que houve um fortalecimento da união e da proximidade do casal, principalmente em função da pos-

sibilidade da perda da vida. Tanto Abigail quanto Alcione acreditam que “*a morte une as pessoas*”, havendo uma valorização da presença do cônjuge. Os maridos, Abelardo, Alberto e Augusto, e os homens enfartados, Claudionor, Carlos e Célio, falaram menos da união do casal e mais da valorização da vida e das mudanças pessoais. De uma maneira geral, enquanto as esposas valorizaram a união conjugal, os maridos falaram do fortalecimento da união familiar.

Tais aspectos podem estar relacionados às concepções de casamento de acordo com o gênero. Esse foi, portanto, o nosso ponto de partida, pois acreditamos que partir da concepção de casamento colocada por cada um dos sujeitos facilitaria a compreensão da interação de cada casal e do conjunto de casais.

Os sujeitos, de uma maneira geral, se encontravam numa faixa etária acima dos 50 anos e na sua maioria de origem rural, o que pressupõe terem vivenciado modelos de socialização semelhantes, principalmente em relação a valores relacionados ao gênero e seus papéis sociais.

Nesse sentido, em relação à concepção de casamento, os sujeitos compartilhavam do mesmo princípio de conjugalidade, tanto os homens quanto às mulheres, enfartados ou não, valorizaram o companheirismo. A amizade surgiu como fator fundamental na relação e o casamento foi definido como relação definitiva. Observou-se, contudo, que as mulheres deram mais ênfase ao vínculo afetivo, o amor, na definição de casamento e à transformação dos sentimentos ao longo do tempo, enquanto os homens ressaltaram o vínculo familiar, a formação de uma família. Notamos também que a busca pela individualidade esteve mais presente no discurso das mulheres do que no dos homens.

As mulheres socializadas nos anos 50 foram preparadas para desempenhar papéis parecidos com os de suas mães (escolarização média e um bom casamento), no entanto, já na adolescência muitas mulheres romperam com este modelo de socialização e passaram a desenvolver aspirações diferentes, causando grandes mudanças na estrutura social. Segundo Bruschini (1990) e Vaitsman (1994), apesar de ter havido a valorização da independência da mulher, em nenhum momento os novos caminhos apontaram para um alteração profunda nos papéis de gênero e na estrutura tradicional da família. Foi exatamente esse o quadro que encontramos entre os participantes, ou seja, casamentos baseados no sistema patriarcal, no qual o marido é o detentor do poder hierárquico, com relações de gênero bem marcadas mas, como mostraram Clarice e Celina, com a presença de movimentos de ruptura, produzindo a convivência do tradicional com o novo.

O caráter definitivo da relação foi valorizado por todos, o amor sendo percebido como “alavanca inicial” dando lugar à segurança, aos cuidados mútuos e ao apoio. Aurora demonstrou uma certa ilusão sobre a realização pessoal e conjugal que se espera obter através de um amor idealizado. Algumas diferenças entre homens e mulheres foram observadas, quando explicaram o motivo da indissolubilidade do casamento. Para o homem, apareceu como uma garantia da constituição familiar e, para a mulher, estava vinculada à

dedicação e às dificuldades enfrentadas ao longo do tempo. Notamos que houve uma tendência maior das mulheres de classe baixa a valorizar as dificuldades enfrentadas no casamento (financeira ou conjugal) como um fator de fortalecimento da união.

Nem todos os sujeitos se referiram à possibilidade de morte frente ao infarto. Os homens ao se posicionarem sobre a ameaça de morte das suas esposas não se referiram à perda das relações afetivas, salientaram a perda do suporte familiar. Ou a dificuldade que teriam em função dos cuidados dos quais se sentem dependentes: *Quando você tem seus trinta, no máximo quarenta, se você enviudar pode recomeçar a sua vida, pode arranjar outra pessoa(...). O homem quando chega a uma certa idade e perde a companheira está liquidado, não tenha dúvida (Abelardo)*. Tais colocações estão coerentes com o modelo de socialização masculina baseado no sistema patriarcal, que estabeleceu limites distintos para homens e mulheres, criando, ideologicamente, um sistema de valores e crenças que levou as mulheres à naturalização de “posturas expressivas” e os homens a se identificarem com “ideais instrumentais” e repressão de sentimentos (Jablonski, 1996:119).

Nolasco (1997) explica que o homem cresce tendendo a nortear seu comportamento fundamentalmente para responder a estímulos externos, como a realização de tarefas e ações levando-o ao afastamento de suas vivências e necessidades emocionais.

Ao se referirem à possibilidade de morte vivenciada com o infarto, as mulheres enfatizaram valores bastante distintos dos citados pelos homens, evidenciando as diferenças acima citadas. Cabe apontar também, entre as mulheres, uma variação de pensamento aparentemente relacionado às diferentes inserções sociais. As preocupações das mulheres de classe baixa se voltaram também para as condições e necessidades materiais, o que pode reportar à vivência de restrições financeiras durante o tratamento do infarto. Já as mulheres de classe média, que sentiram menos tal impacto, ou por não terem tido conhecimento dos gastos ou por não terem vivenciado dificuldades financeiras, manifestaram preocupações relacionadas à conjugalidade, salientando o sentimento de solidão e abandono.

A vivência das mulheres sobre o sentimento de solidão frente à possível morte dos maridos é comentada por Giddens (1993) como fazendo parte do casamento baseado no amor romântico. O maior projeto de vida é a relação conjugal com o homem que se ama, e a possibilidade de perda dessa relação só pode ser percebida pelas mulheres através da morte, pois o amor romântico certifica a indissolubilidade do casamento. Nesse sentido, ao perder o marido a mulher experimenta a sensação de abandono, “em função da perda da ligação sobre a qual ela baseou seus sentimentos de segurança e realização” (p. 65).

Já as mulheres de classe baixa se referiram a outras preocupações. Aurora, por exemplo, se preocupou exclusivamente com os filhos. Acreditava que o marido não assumiria os cuidados com os filhos e a abandonaria caso ela viesse a ficar *entrevada*.

A preocupação de Aurora com os filhos e com o abandono estava, aparentemente, relacionada às representações de paternidade e maternidade apoiadas no modelo tradicional. *“Se eu morrer, como é que vai ficar esses meninos pequenos? (...) porque se o pai morre, a mãe cuida dos filhos. Agora, se a mãe morre e fica para o pai cuidar, de mil resta um”*. Embora tenha demonstrado em suas falas uma necessidade constante em romper com o modelo tradicional de relação conjugal, ao descrever suas práticas valorizava o papel tradicional de esposa e mãe.

Observando esse descompasso pensamos na possibilidade de suas preocupações em relação ao abandono por parte do marido e dos filhos estarem relacionadas a um sentimento de insegurança por não ter cumprido o papel socialmente esperado da “boa mãe”. Aurora relatou ter trabalhado fora durante quase todo o tempo de casamento, o que impediu a dedicação que o modelo impõe, não exercendo seu papel de dona-de-casa. Nesse sentido, Jablonski (1996) afirma:

*Para a mulher que trabalha fora, há uma permanente culpa à espreita, oriunda da internalização de papéis que lhe foram impostos e que falam da responsabilidade da mulher pelo bom andamento das coisas. Apesar do reconhecimento e da liberdade, pesa sempre uma velada acusação de negligência nos cuidados para com filhos, manutenção do lar e até do próprio casamento (p. 120).*

Portanto, todos os casais falaram de papéis definidos para cada um dos cônjuges no casamento. A divisão assimétrica entre os papéis de gênero é sobreposta aos papéis de esposo/esposa. Os homens falaram do papel do marido como provedor, “o chefe da família”, o que tem como responsabilidade principal o sustento financeiro: *Eu sou o provedor; tem os compromissos e ainda tem as cobranças, sempre tem. É o filho que pede dinheiro, tem as necessidades, às vezes não pode suprir; às vezes você tem um sentimento de culpa por não poder oferecer mais do que gostaria(Célio)*, cabendo às mulheres as tarefas reprodutivas, ou seja, os cuidados com o bem-estar físico e emocional dos familiares, os cuidados com a casa e a criação dos filhos. As mulheres também distribuíram os papéis da mesma maneira, ficando clara a dicotomia entre o público e o privado nas relações de gênero.

Tanto as mulheres quanto os homens estabeleceram as diferenças de gênero naturalizadas em relação ao feminino e ao masculino, com a representação de mulher impregnada pela ideologia do instinto materno e do sacrifício, aparecendo uma figura feminina responsável pela manutenção familiar, considerando as mulheres mais emotivas e amorosas, caracterizando a fragilidade feminina e as proibições morais. Esse último aspecto apareceu fortemente nas falas de Aurora em relação à noção de honra e conduta moral: *“não existe homem santo, eles pensam completamente diferente da gente (...) homem não pensa em nada, se ele pensar, vai pensar depois que já foi feito”*. Já a mulher é mais “amorosa”, se preserva por haver mais preconceito em torno das ações femininas, que devem estar baseadas em uma conduta moral que preserve sua honra.

Considerando a idade dos nossos participantes, a pesquisa de Prado, publicada em 1979, pode nos fornecer subsídios relevantes por situar-se em um momento histórico de interesse para a compreensão das relações conjugais estabelecidas. De acordo com a autora, as tarefas específicas que cabiam à esposa e ao marido se individualizavam cada vez mais, conforme o lar e a classe social à qual o casal pertencia, mas algumas características gerais podiam ser observadas em função do processo de socialização. Reafirmando as colocações sobre o processo sócio-histórico de socialização de gênero, Prado salienta que há um elaborado processo de socialização, no qual a mulher inicia a aprendizagem da moral reprodutiva, sexual, dos comportamentos, das atitudes e do conhecimento doméstico. A autora apresenta um levantamento aproximado do papel da mulher no casamento que, como esposa e mãe, deve garantir as condições ideais e necessárias para que o marido possa cumprir o seu papel de provedor. Algumas das tarefas apresentadas podem ser realizadas pelos maridos, mas, ainda assim, a esposa é a principal responsável por elas.

As maiores modificações na vida cotidiana do casal foram sentidas na fase de recuperação do infarto. Durante esse período a dinâmica da relação dos cônjuges foi alterada pela mobilização intensa de cuidados para o marido ou esposa que sofreu o infarto. Uma das mudanças mais salientadas pelos esposos foi em relação ao abandono do convívio social. Os maridos que trabalhavam, Augusto e Alberto, tiveram que alterar suas funções para estarem mais presentes em casa e na família. Os encontros sociais tiveram que ser suspensos e, a partir do infarto, tornaram-se mais caseiros para não deixarem suas esposas sozinhas. Tais mudanças foram vistas com pesar, mas não como sacrifício, pois fazia parte da forma como concebiam e viviam o casamento e a adaptação pelo bem estar do outro.

Todos manifestaram um sentimento de orgulho por terem conseguido adaptar suas vidas às necessidades das esposas, mostrando capacidade de integrar projeto profissional e vida emocional o que, de acordo com Nolasco (1997), não é fácil para o homem, que cresce aprendendo a dissociar projeto profissional de vida afetiva e pessoal.

As esposas dos enfartados, de uma maneira geral, só sentiram mudanças no convívio social durante a recuperação do marido por deixarem de freqüentar a igreja, a vizinhança ou os eventos familiares, suas atividades costumeiras, sem que isso representasse qualquer sacrifício. Após o período de recuperação, suas atividades retornaram ao normal, passando a valorizar a presença do marido em casa.

Diferente dos homens, não expressaram orgulho pelos cuidados prestados ao marido, talvez porque a disponibilidade para a realização de cuidados já faz parte do papel da esposa. Algumas salientaram, como Celina e Carmela, que o cuidado exclusivo com a saúde do marido é uma maneira de retribuir os cuidados que tiveram com elas quando não estiveram bem de saúde.

A maior disponibilidade do marido em casa significou, para as mulheres, uma união revigoradora e um maior compartilhamento de tarefas. Nesse sentido, as mulheres

julgaram que o infarto melhorou a convivência do casal, aumentando a comunicação entre eles. Para as esposas dos enfartados, os maridos se tornaram mais participativos, compartilhavam mais o que sentiam e os problemas que apareciam.

Para as enfartadas, os maridos passaram a ser mais disponíveis e pacientes, procurando discutir menos e poupando-as dos problemas, além de escutarem mais suas opiniões.

O que as mulheres percebiam era uma transformação da intimidade em decorrência da nova postura adotada por seus maridos, a expressividade. Nolasco (1997) discute que o estilo que o homem adota na fase adulta, baseado na falta de intimidade, no estranhamento e no silêncio, está fundamentado nas experiências vividas na relação paterna. A noção de intimidade não pertence à socialização masculina. “Portanto, o modelo de masculinidade a ser seguido pelos meninos é o deste homem de verdade. Ele é solitário e reservado quanto às suas experiências pessoais, ou então superficial e prático, orientado para agir e realizar atividades” (p. 20).

De uma maneira geral, as mulheres focalizaram a falta de comunicação entre o casal e enfatizaram as mudanças pós-infarto. Um exemplo é a maneira como Celina expôs a situação em relação ao comportamento do marido: “*Antigamente, ele era muito fechado, mais caladão, não gostava de falar nada comigo. Agora....ele fala tudo o que sente, pergunta as coisas....qualquer coisa ele sai logo falando*”.

O que notamos é que esse padrão masculino de interações interpessoais estabelecia na relação conjugal o distanciamento, a falta de comunicação íntima e pessoal, com raras expressões de sentimentos, fatores bastante salientados pelas esposas, por entrarem em choque com a noção de união conjugal por elas almejada. Talvez isso explique a valorização das mudanças que, por sua vez, não devem ter sido fáceis para os homens.

Nolasco (1997) aponta que a permissão social para expressar sentimentos e inseguranças frente ao novo é exclusiva da mulher. Sentir-se assim não desqualifica a mulher, mas desqualifica o homem e pode comprometer seu autoconceito. Segundo Jablonski (1999), a necessidade de transformações frente à pós-modernidade tem exigido dos homens uma mudança no conceito de masculinidade, uma vez que a tradicional divisão de papéis está sendo colocada em xeque, levando os homens a reavaliarem suas funções nos afazeres domésticos e a adotarem uma posição mais igualitária. Segundo o autor, os homens têm reagido de maneira curiosa: aceitam a necessidade de adequação no campo das atitudes, mas pouco mudam no comportamento.

Ainda que os homens entrevistados não estejam vivenciando, diretamente, as transformações pós-modernas em suas relações conjugais, o infarto acarretou alterações pessoais e na dinâmica de suas relações conjugais. Frente à fragilidade que passaram a sentir em relação ao seu estado físico e emocional, e, conseqüentemente, à necessidade de modificarem o estilo de vida a fim de evitar maiores desgastes, tanto os homens enfartados quanto os maridos mudaram não só sua atitude, mas seu comportamento.

No entanto, se os homens têm estado mais abertos para expressar sentimentos, pouca coisa talvez tenha mudado em relação à expressão de sua masculinidade quando o assunto é a relação sexual do casal. Em nossa amostra poucos foram os sujeitos que tocaram nessa questão.

Entre os homens enfartados somente Claudionor falou sobre o assunto. A literatura sobre doenças cardiovasculares aponta diminuição da atividade sexual, tanto masculinas quanto femininas, em decorrência da medicação utilizada. Porém, Claudionor salientou que sua atividade sexual melhorou quantitativamente após o infarto: *“Apesar de eu ouvir sempre dizer, que enfartado tem medo, que não consegue, eu pelo contrário, achei que até melhorou... não usual não, é?(...) não tenho receio, nenhum”*. Clarice, sua esposa, contou que o marido teve alguns problemas para se adaptar à nova situação, em função do medo que passou a ter do esforço físico.

Entre as mulheres enfartadas, somente Alcione mencionou haver ocorrido uma diminuição na frequência das relações sexuais. Em sua avaliação, porém, essa mudança foi positiva, pois tornou a relação mais íntima e prazerosa.

O fato é que quando o assunto gira em torno da vida sexual existem tabus em nossa sociedade que dificultam o aprofundamento dessas questões. Notamos um grande constrangimento por parte dos sujeitos em falar sobre o assunto.

Uma das alterações mais citadas pelas mulheres foi a participação dos maridos no trabalho doméstico. Nesse aspecto há uma pequena diferença entre os maridos enfartados e os não enfartados. Os homens enfartados passaram a contribuir de forma permanente com as tarefas domésticas cotidianas e os maridos das mulheres enfartadas as realizaram somente no período de recuperação ou passaram a realizá-las esporadicamente.

Nossos dados têm a mesma configuração que os de Bruschini (1990). Os maridos entrevistados por ela, de um modo geral, acreditam que o trabalho doméstico é mesmo atribuição feminina, por isso, quando dividem com as esposas esses encargos, fazem-no de maneira circunstancial, a título de ajuda ou cooperação. Isso pode ocorrer quando a esposa está impossibilitada, ou quando não há empregada doméstica. A ajuda do marido, quando necessária, é prestada com atitudes semelhantes em qualquer segmento social e pode se dar em qualquer tipo de atividade. No entanto, segundo a autora, o mais freqüente é que os maridos realizem as atividades de sua preferência, quando têm disponibilidade. No geral, a preferência é por aquelas consideradas socialmente como masculinas ou por aquelas nas quais há facilidade para exercer a autoridade paterna.

Após o infarto as mulheres notaram que os homens passaram a realizar diversas atividades, como a limpeza diária da parte externa da casa, ajudar na cozinha, cuidar da alimentação dos animais e realizar pagamentos, entre outras atividades cotidianas, conforme foi relatado por Claudionor: *“Quintal quem limpa todo dia sou eu, é saudável, né?”* Em alguns casais as funções foram substancialmente alteradas, como aconteceu, por exemplo, com Célio e Celina, modificando também a relação conjugal. Antes do infarto, o mari-

do exercia total controle sobre as atividades do casal: *“ele achava, que ele é que tinha que controlar tudo, só ele sabia de tudo. Eu nunca achei isso certo(...), até quando ele tava lá no hospital ele não queria nem me dar a senha do banco para comprar as coisas. Mas eu fui lá e resolvi tudo sozinha, mulher também tem que saber”*. Portanto, Celina percebia as mudanças promovidas na relação conjugal pelo infarto como positivas, porque passou a se sentir participativa e independente, ainda com a vantagem de ter o marido mais envolvido com o lar e com o trabalho doméstico.

Também entre os casais em que a mulher enfartou ocorreram alterações na divisão das atividades domésticas. Para Alcione e Alberto, por exemplo, as mudanças foram bastante significativas. Após o infarto, Alcione transferiu todas as atividades administrativas e domésticas para o esposo, que se sentiu completamente perdido. Após a recuperação, Alcione retomou as atividades domésticas, com o auxílio esporádico do marido, mas deixou de exercer a administração do orçamento familiar: *“eu achei até bom ele fazer as coisas, eu já estava cansada de ter que assumir a casa toda sozinha”*.

Observamos que embora os maridos tenham assumido uma nova postura, ela só foi comentada pelas esposas, nenhum deles mencionou qualquer mudança nesse sentido. Novamente encontramos aqui diferenças com a explicação sustentada por Jablonski (1999). Entre os nossos sujeitos ocorreu à mudança de comportamento, ainda que forçada pela situação, mas não de atitude, o que pode estar indicado pelo não falar sobre as alterações domésticas.

Mesmo assim, concordamos com o argumento de Jablonski (1999) de que a mudança na tradicional divisão de papéis coloca em risco a identidade masculina, que continua sendo reafirmada por estereótipos arraigados, em parte reforçados por símbolos de masculinidade como estilo de auto-apresentação, regras de interação social e padrões de comportamento sexual, reforçados pela mídia, dificultando o ajustamento dos homens às mudanças necessárias para uma relação mais igualitária. O autor conclui que a maneira que os homens encontraram para se defender e resistir parece ter sido separar atitudes de comportamento, o que provoca uma ilusão de renovação, na medida que passam a ajudar nas tarefas domésticas. Ajudar para o autor significa que o homem não tem muita ligação com o que se passa dentro de uma casa, mas como está vivendo em um clima pós-moderno, ele se dispõe a contribuir na realização de tarefas que, no fundo, acha que caberiam mesmo às mulheres.

De uma maneira geral, o impacto do infarto na relação conjugal foi avaliado com alguma variação por homens e mulheres. As mulheres concluíram que a relação conjugal melhorou e sentiam-se mais seguras por terem conseguido lidar com a situação de maneira satisfatória. As esposas dos homens enfartados, por outro lado, também se consideravam sobrecarregadas em função do acúmulo de tarefas durante a recuperação dos maridos e da constante preocupação que ia do controle da alimentação ao horário do remédio.

Algumas mudanças pessoais dos homens enfartados dificultaram, em alguns momentos, a relação conjugal. O melhor exemplo foi a situação vivenciada por Clarice e

Claudionor: "(...) *ele estava muito rebelde e brigava demais comigo. Eu cheguei a falar com ele que desse jeito eu não ia conseguir ficar mais cuidando dele(...). Eu até comentei com o médico dele...*". A orientação médica confirmou os estereótipos de gênero: "(...) *o médico falou que eu estava exagerando e que isso era por que eu não estava acostumada com ele muito tempo dentro de casa, que eu tinha que ter paciência, mas o problema não era eu não*".

Já os homens, enfartados ou não, falaram menos sobre mudanças na relação conjugal. Sentiam-se um pouco limitados social ou profissionalmente, mas orgulhavam-se das esposas, ou por terem passado pela situação do infarto de maneira vitoriosa, ou por terem assumido a situação do infarto do marido de maneira instrumental e adequada.

O suporte marital foi muito salientado pelos enfartados como a principal forma de apoio para enfrentar o infarto e todas as mudanças acarretadas por ele: "*Ele me deu apoio, me ajudou, me incentivou, fez tudo de bom. Sem o apoio dele eu tinha morrido*" (Abigail).

A literatura da área tem indicado que os maridos fazem das esposas suas confidentes, mas que o inverso não ocorre: as mulheres formariam laços mais estreitos de suporte com outras mulheres (Hobfoll & cols., 1996). Esta diferença não foi observada em nossos dados. Tanto os homens quanto às mulheres enfartadas enfatizaram a presença dos cônjuges como a forma de apoio principal. As mulheres enfartadas viram em seus maridos a maior fonte de apoio; o companheirismo foi muito valorizado e os cuidados também. Os maridos enfartados perceberam todos os cuidados oferecidos pela esposa como fundamentais para a sua recuperação.

### Considerações Finais

Abordar a relação conjugal, com suas crises e transformações de papéis, e suas respectivas relações com o infarto, possibilitou-nos, no nosso entender, observar como se constituem, no grupo de sujeitos por nós entrevistado, os mecanismos que possibilitam a busca de alternativas frente a um evento tão dramático como esse. Foi interessante notar, por exemplo, como essa enfermidade provoca determinadas alterações nos papéis conjugais tradicionalmente impostos a homens e mulheres, sem que, com isso, sejam modificadas relações hierarquicamente aceitas pela sociedade. Essas alterações parecem possuir caráter instrumental, com o objetivo, muitas vezes, de impedir a ocorrência de uma situação limite: a morte do cônjuge ou a do próprio sujeito. Pode-se entender que tal fato não implica necessariamente em uma simples quebra de normas e papéis historicamente aceitos, e sim na adaptação dessas normas e papéis a uma situação que assim a exige.

A própria caracterização dos papéis masculino e feminino na relação conjugal dos sujeitos aponta para diferentes percepções da importância do outro nessa relação. Instrumentalidade e afetividade se misturam no cuidado que homens e mulheres têm com seus cônjuges, ainda que a percepção dessas duas formas de atenção sejam também diferentes conforme a expectativa, baseada na caracterização dos gêneros,

que os sujeitos possuem em relação aos seus esposos e esposas. Dessa forma, o ser instrumental para um pode significar o ser afetivo para o outro. Sem dúvida, defendemos a necessidade de outros trabalhos relativos à afetividade masculina, tão pouco discutida entre os homens e tão pouco ainda compreendida pelos estudos de gênero. A realização desses estudos pode vir a apontar mais detalhadamente a caracterização da complexidade do 'ser masculino', evidenciando um espaço propício a expressão das dificuldades específicas do viver masculino (Trindade, 1999).

O que esperamos que tenha sido compreendido é que, ainda que com a manutenção dessa relação desigual, o suporte marital é considerado crucial, tanto para os enfartados quanto para seus cônjuges, o que nos leva a refletir sobre a relevância de se considerar a "eficácia" do casamento, percebida pelos sujeitos, como relacionada à manutenção de certas características vistas por eles como fundamentais. Ou seja, o aspecto de segurança e estabilidade das relações, ainda que implique na manutenção da desigualdade, não pode ser desprezado sem uma compreensão mais aprofundada de seu significado para o homem e para a mulher.

Ainda é importante assinalar que fatores relacionados ao Sistema de Saúde, como a percepção que os profissionais desse sistema possuem sobre as relações de gênero (Trindade, 1998), e o contato médico-paciente, precisam ser mais detidamente analisados, a fim de se discutir, partindo da fala dos pacientes e não do discurso institucional, maneiras de promover a saúde, de uma forma mais justa e eficaz.

Por fim, admitimos os limites de nosso trabalho, muitas vezes decorrentes da própria situação estudada. Entretanto, consideramos também a importância do que foi aqui discutido, sua relevância para a relativização e o entendimento de conceitos que só podem ser validados no cotidiano de cada sujeito e através da sua fala.

### Referências

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. (L.A. Reto & A. Pinheiro. Trads.). Lisboa: Edições 70.
- Bloch, V.V. (1998). Fatores de risco cardiovasculares e para o diabetes mellitus. Em Lessa, I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. (pp. 43-72). São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec ABRASCO
- Bruschini, M.C.A. (1990). *Mulher, casa e família: Cotidiano nas camadas médias paulistanas*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas; Vértice; Editora Revista dos Tribunais.
- Coutinho, R.M.L. (1994). *Tecendo por trás dos panos: a mulher brasileira nas relações familiares*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Del Priore, M. (1993). *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia*. Rio de Janeiro/Brasília: José Olympio/EDUMB.
- Durham, E. (1983). Família e Reprodução Humana. *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. Rio de Janeiro: Editora Zahar, V. 3.
- Féres-Carneiro, T. (1987). Aliança e sexualidade no casamento e no recasamento contemporâneo. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 3, (3).

- Féres-Carneiro, T. (1998). Clínica da família e do casal: tendências da demanda contemporânea. *Interações: estudos e pesquisas em psicologia*, 3 (3), 23-33.
- Giddens, A. (1993). *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. (M. Lopes, Trad.) São Paulo: Editora UNESP.
- Hobfoll, S.E., Cameron, R.C., Chapman, H.A., Gallagher, W. (1996). Social Support and Social Coping in Couples. Em Pierce, G.R & Sarason, B.R. (org.) *Handbook of Social Support and the family* (pp. 413-434). New York: Plenum Press.
- Jablonski, B. (1999). Identidade masculina e o exercício da paternidade: de onde viemos e para onde vamos. Em Féres-Carneiro, T. *Casal e família: entre a tradição e a transformação* (pp. 55-70). Rio de Janeiro: NAU.
- Jablonski, B. (1996). Papéis conjugais: Conflito e transição. Em Féres-Carneiro T. (org.) *Relação amorosa, casamento, separação e terapia de casal*. Coletâneas da ANPEPP, 1(1).
- Maciel, C.L.C. (1994). Emoção, Doença e cultura: o caso da HipertensãoEssencial. Em Romano B.W. (org.) *A prática da psicologia nos Hospitais* (pp. 01- 38). São Paulo: Pioneira.
- Nolasco, S. (1997). Um “homem de verdade”. Em Caldas, D. *Homens*. (pp. 13-31). São Paulo: Editora SENAC São Paulo.
- Ongaro, S. (1994). O doente Coronariano e seus Dinamismos Psíquicos. Em: Romano.W.B. *A prática da psicologia nos Hospitais*. (pp. 93-109). São Paulo: Pioneira.
- Ortner, B.S. (1979). Está a mulher para o homem assim com a natureza para a cultura? Em Rosaldo, M.Z. & Lamphere. (coord.). *A mulher, a cultura e a sociedade* (pp. 95-121). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Passos, L.C.S., Lopes, A.A., Barbosa, A.A. & Jesus, R.S. (1998). Por que a letalidade hospitalar do Infarto Agudo do miocárdio é maior nas mulheres?. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 70 (5), 327-330.
- Prado, D. (1979). *Ser esposa: a mais antiga profissão*. São Paulo: Brasilense.
- Rosaldo, M.Z. & Lamphere, L. (1979). *A mulher, a cultura e a sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Trindade, Z.A. (1998). Concepções de maternidade e paternidade: o convívio atual com fantasmas do Século XVIII. Em Souza, L; Freitas, M.F.Q. Rodrigues, M.M.P. *Psicologia: reflexões (im)pertinentes* (pp. 129-157). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Trindade, Z.A. (1999). Concepções arcaicas de maternidade e paternidade e seus reflexos na prática profissional. *Interfaces: Revista de Psicologia*. 2 (1), 33-40.
- Vaitsman, J. (1994). *Flexíveis e plurais: identidade, casamento e família em circunstância pós-moderna*. Rio de Janeiro: Rocco.

Recebido em 25.06.2001  
Primeira decisão editorial em 10.01.2002  
Versão final em 18.03.2002  
Aceito em 14.05.2002 ■