

Doença Arterial Coronária no Climatério e Exclusão Social

Coronary Artery Disease in Climacteric and Social Exclusion

Sônia Lima Medeiros

Pesquisadora Científica - Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Doutora em Saúde Pública pela FSP-USP
E-mail: sonialim@osite.com.br

Rosemari Padial

Professora universitária e da rede estadual de ensino médio do Estado de São Paulo. Mestre em História Social pela PUC-SP.
E-mail: rosemariadial@terra.com.br

Resumo

A Doença Arterial Coronária (DAC) é uma doença multifatorial e muitos dos fatores de risco para o seu desenvolvimento (ligados aos aspectos biológicos) já foram estudados e devidamente mensurados em sua importância. Os determinantes sociais dessa doença, responsável pelo maior número de mortes na cidade de São Paulo, foram pouco estudados e sua importância, negligenciada. No Brasil, as pesquisas sobre o tema são ainda incipientes e a importância da DAC, em mulheres, continua sendo subestimada, mesmo quando os dados estatísticos mostram que ela vem crescendo. As mulheres, hoje, vivem mais e, portanto, têm a possibilidade de enfrentar a doença e ainda de sobreviverem muitos anos após a menopausa, trazendo esse fato um grande impacto social. Nosso objetivo, nessa pesquisa, de caráter descritivo, foi estabelecer uma relação entre o perfil socioeconômico e cultural e os indicadores de exclusão social, encontrados em mulheres após a menopausa e com DAC, em tratamento no ambulatório de Coronariopatias do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Os resultados podem nos ajudar a entender melhor a doença e as necessidades das pacientes diante das várias formas de exclusão social que vivenciam em seu cotidiano e apontar medidas mais eficazes para programas de prevenção secundária. O diálogo entre as diferentes áreas de conhecimento, como a Medicina, a História e o Serviço Social, estabelecido para a análise dos resultados, trouxe uma compreensão abrangente dos fenômenos estudados trazendo à luz aspectos da exclusão social e discriminação de gênero, vivenciados pelas pacientes até então desconhecidos e, portanto, não valorizados pela equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: Doença Arterial Coronária; Climatério; Exclusão Social.

Abstract

Coronary Artery Disease (CAD) is a multifactorial disease and many of the risk factors for its development, linked to biological aspects, have been well studied and their importance measured. On the other hand, the study of the social determinants of this disease (that is responsible for the highest number of deaths in the city of São Paulo) has been neglected. This is an area of great importance and social impact especially in developing countries. Women, in particular, are living longer now, and they may face the disease and survive many years after menopause. In Brazil, research about this theme is in its early phases and the importance of CAD in women still is underestimated, even when statistical data show that it has been increasing. This descriptive research aimed to establish the relationship between the socio-economic-cultural profile and social exclusion indicators in women after menopause and with CAD in treatment at the Coronary Diseases clinic of Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. The results could help us to better understand the disease and the patients' needs and point out effective actions to guide secondary prevention programs. The dialog between different areas of knowledge, such as Medicine, History, and Social Work, enabled a broad understanding of the studied phenomena, bringing to light social exclusion and gender discrimination aspects experienced by the patients that, till that time, had not been known and valued by the multidisciplinary team. **Keywords:** Coronary Artery Disease; Climacteric; Social Exclusion.

Apresentação

Este presente artigo é a realização de uma possibilidade há muito protelada por três áreas do conhecimento, o diálogo entre medicina, serviço social e história. Sua efetivação representa um avanço para as ciências em geral e a sociedade em particular. Nele, a doença coronária em mulheres é abordada também através da perspectiva da exclusão social, resgatando-se a historicidade dessa questão.

O aumento de casos de DAC em mulheres e o desconhecimento da sociedade sobre o fato apontam para a necessidade de ampliação e aprofundamento de pesquisas que envolvam diferentes áreas.

Introdução

A Doença Arterial Coronária (DAC) é uma doença multifatorial e muitos dos fatores de risco para o seu desenvolvimento (ligados aos aspectos biológicos) já foram estudados e devidamente mensurados em sua importância, porém os determinantes sociais dessa doença, responsável pelo maior número de mortes na cidade de São Paulo, segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM (Ministério da Saúde, 2002), foram pouco estudados e sua importância, negligenciada.

A saúde da mulher no climatério (especialmente após a menopausa) e após esse período, é um campo de pesquisas em expansão, tanto no que se refere à prática médica como na investigação científica de várias áreas do conhecimento. Trata-se de uma área de grande importância e impacto social especialmente em países em desenvolvimento. As mulheres, hoje, vivem mais e, portanto, têm a possibilidade de enfrentar a DAC e ainda de sobreviverem muitos anos após a menopausa. Nos países desenvolvidos, a porcentagem de mulheres acima dos 50 anos de idade triplicou nos últimos 100 anos. Nesse período, a expectativa de vida da mulher nos EUA aumentou de 50 para 81,7 anos, significando mais de um terço de vida será no pós-menopausa¹.

No Brasil, as pesquisas sobre o tema são ainda incipientes e a importância da DAC, em mulheres, continua sendo subestimada, mesmo quando os dados estatísticos mostram que ela vem crescendo.

1 NIH - Research and other efforts related to the menopausal transition. The Office of Research on Women's Health and Coordinating Committee on Research on Women's Health National Institutes of Health- a working document. March, 2002.

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de mortalidade e incapacidade no Brasil e no mundo da mulher, superando doenças como câncer de mama e AIDS (Berwanger, 2005).

Apesar desses dados, ainda há uma falsa percepção de que a Doença Cardiovascular não seria particularmente perigosa para as mulheres, por causa do mito de que a DAC seria fundamentalmente “doença de homens” (Laurenti e Buchalha, 2001).

Esse mito criado a partir dos anos 1970, período que coincide com o avanço da doença, a DAC inicialmente aparecia em homens que apresentavam um perfil socioeconômico específico: urbanos, altos executivos ou políticos submetidos a níveis de *stress* elevados, que agregavam múltiplas funções e responsabilidades. Além do caráter de gênero a DAC estava ligada a classe social e ao espaço físico.

Chord e Andrade (1995), em seu artigo sobre mortalidade precoce por doenças cardiovasculares, no Brasil, chamaram a atenção para o fato de que o risco de morrer de infarto agudo do miocárdio (IAM) entre 35 e 44 anos de idade, em capitais brasileiras, estudadas entre 1980-1988 foi cerca de 3 vezes maior que nos EUA, para os homens e cerca de 4 vezes maior para as mulheres.

Existem importantes diferenças na apresentação, prognóstico e resposta ao tratamento da DAC entre os sexos.

Nas mulheres, o início da doença é tipicamente mais tardio; após a menopausa, a incidência da doença aumenta dramaticamente. Em média, o risco de uma mulher morrer de DAC equivale ao mesmo risco de um homem 10 anos mais novo. Entretanto, como a longevidade das mulheres é maior, o número absoluto de mortes por doença cardiovascular é semelhante entre homens e mulheres (Ecosteguy, 2002).

Aproximadamente 2/3 das mulheres que sofrem morte súbita por doença coronariana não apresentam sintomas prévios. No sexo masculino, a proporção é de 50%. As mortes por DAC, em mulheres negras, são 34% maiores que nas brancas, enquanto para os homens negros são 5% maiores que nos brancos. Um dos motivos, no caso das mulheres negras, poderia ser a prevalência de diabetes, obesidade e dislipidemias. Associa-se a estes, o risco da associação entre uso de anticoncepcionais e fumo.

As mulheres negras são, também, submetidas a níveis mais expressivos de tensão e exclusão social, como toda a população que compõe o chamado “Brasil Negro”. No censo do IBGE de 2004 os afro-descendentes apareceram nos últimos índices da escala social que abrange escolaridade, acesso a empregos mais rentáveis, moradias próprias e com infra-estrutura de esgoto, água tratada, etc. Essa herança escravista torna-se mais perversa para as mulheres negras quando elas assumem o encargo do sustento da família, com ou sem marido, pois estão sujeitas a rendimentos menores relacionados, entre outros fatores, ao seu baixo índice de escolaridade.

As mulheres desenvolvem dor torácica mais freqüentemente que os homens, mas que raramente progride para IAM. Embora de valor prognóstico limitado, a dor torácica é a mais comum manifestação da doença coronariana nas mulheres. Em pesquisa sobre IAM, as mulheres apresentaram sintomas atípicos de angina com mais freqüência que os homens. Mulheres com doença coronariana têm pior prognóstico que os homens, o que pelo menos pode ser explicado por idade mais avançada na apresentação da doença e mais co-morbidades associadas. As taxas de letalidade pós-IAM são maiores nas mulheres do que nos homens. No estudo de Framighan, a letalidade feminina, no primeiro ano pós-IAM foi de 44% *versus* 27% nos homens (Mosca e col., 1997).

Alguns estudos mostram que o uso das terapêuticas para tratamento da doença coronariana tem sido desigual entre os sexos, com tendência da subutilização no feminino. A morbimortalidade durante os procedimentos, na angioplastia e na cirurgia de revascularização do miocárdio, é maior nas mulheres (Ecosteguy, 2002).

Scheifer e col. (2000) estudaram fatores associados a diferenças raciais e de sexo no tratamento da doença coronariana, observando que negros e mulheres apresentavam sistematicamente menores chances de receber tratamento padrão em comparação a brancos e homens. Os estudos raciais relacionavam-se em parte a fatores socioeconômicos, a variáveis relativas ao processo de assistência e às preferências do paciente, enquanto as diferenças relativas ao sexo relacionavam-se, em parte, a fatores clínicos. Em ambos os casos, fatores relativos à tomada de decisão do médico assistente também contribuíram para as diferenças.

Uma das questões levantadas para explicar essas diferenças seria a influência de características clínicas diferentes, como a idade mais avançada nas mulheres e a maior prevalência de co-morbidades como diabetes, hipertensão e insuficiência cardíaca congestiva (Scheifer e col., 2000). Segundo o mesmo autor, as mulheres têm sido historicamente excluídas dos estudos de coorte e ensaios clínicos e há carência de critérios diagnósticos e estratégias terapêuticas para mulheres com DAC. Elas apresentam maior frequência de dor atípica e a interpretação dos testes de esforço é mais complexa. Pode ocorrer, ainda, um outro viés por parte dos médicos, que podem ser influenciados por estereótipos de comportamento relacionados ao sexo e de julgamentos de valores, tendendo a minimizar sintomas nas mulheres e a atribuí-los a questões emocionais.

Apesar de os resultados dos estudos não serem uniformes, as evidências de que o sexo feminino está associado a um menor acesso à assistência coronariana são robustas e apontam para a necessidade de políticas que visem reduzir as desigualdades.

Do ponto de vista social, o conceito de equidade em saúde foi definido por Misoczky (1997), utilizando o paradigma de Sen (1980) e recusa a idéia de igualdade no *status* de saúde e no consumo de serviços de saúde, propondo um conceito operacional de equidade em que: “Igualdade em saúde implica idealmente que todos devem ter uma oportunidade justa e, mais pragmaticamente, que ninguém deve estar em desvantagem para atingir esse potencial, se isso pode ser evitado”.

O mesmo autor afirma que em termos de equidade, o fato de uma pessoa estar funcionando de certa maneira nos interessa menos do que o fato de esse indivíduo ter ou não a capacidade de assim fazer. Disso resulta que a igualdade de capacidades básicas é o princípio primordial da equidade. Esse argumento aparece nas abordagens sobre equidade em saúde em que os objetivos políticos são definidos em termos de acesso aos cuidados, mais do que sua utilização.

O termo exclusão refere-se, nesse trabalho, ao sujeito que é discriminado e não tem a possibilidade de participação, quer na estrutura produtiva quer cultural, tendo comprometida sua capacidade de ser cidadão. O conceito vai mais além, pois entendemos que a

exclusão faz parte de um “processo sócio-histórico que se configura pelos recalcamientos em todas as esferas da vida social e é vivido como necessidade do eu, como sentimentos, significados e ações” (Sawaia, 1999). Entendemos, também a exclusão como um “complexo multifacetado, uma configuração de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas, que é sutil e dialético, pois só existe em relação à inclusão como parte construtiva dela. Não tem uma única forma e não é uma falha do sistema, mas, sim, produto do funcionamento do sistema” (Sawaia, 1999).

Não se trata, portanto, de um processo individual que atinja pessoas, mas, de uma lógica que está presente nas várias formas de relações econômicas, sociais, culturais e políticas da sociedade brasileira. Neste trabalho, é essa situação de privação coletiva que se entende por exclusão social. Ela inclui pobreza, discriminação (em suas várias formas), subalternidade, não equidade, não acessibilidade, não-representação pública. É, portanto, um processo múltiplo que se explica por várias situações de privação da autonomia, do desenvolvimento humano, da qualidade de vida, da equidade e da igualdade.

Nosso interesse é compreender as nuances das configurações das diferentes qualidades e dimensões da exclusão, ressaltando a dimensão objetiva da desigualdade de gênero, a dimensão ética da injustiça e a dimensão subjetiva do sofrimento.

Objetivos

- Descrever o perfil socioeconômico e cultural de mulheres, após a menopausa, em tratamento de DAC.
- Estabelecer relações entre o perfil e os indicadores de exclusão social.

Sujeitos e Métodos

A pesquisa, de caráter descritivo, foi realizada no ambulatório de Coronariopatias do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, de onde foram selecionadas 200 mulheres menopausadas e em tratamento de DAC. Esse número foi obtido em função do número de pacientes que compareceram para consulta e do período que as pesquisadoras estabeleceram para a coleta dos dados. Os critérios de inclusão foram:

- Verificação no prontuário médico do diagnóstico de DAC e da menopausa natural ou cirúrgica.
- Disponibilização de a paciente participar da pesquisa.

Foram realizadas entrevistas estruturadas com todas as pacientes que compareceram para consulta no Setor, no período estipulado no cronograma para a coleta de dados quantitativos, em um total de 200. Os dados sobre o perfil socioeconômico e cultural foram cadastrados no banco de dados utilizando-se o programa de estatística SPSS, do Laboratório de Epidemiologia e Estatística - LEE, do IDPC. As entrevistas foram realizadas e cadastradas no programa estatístico pela pesquisadora. Foi aplicada a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, em 50 mulheres acima dos 65 anos (entre o grupo de 200) para avaliação do grau de satisfação em diferentes dimensões da vida. Entendemos que a qualidade de vida subjetiva está diretamente relacionada com a percepção dessas mulheres sobre o processo de inclusão/exclusão social e a aplicação dessa escala (amplamente usada em gerontologia) poderia validar os dados obtidos na pesquisa qualitativa. Foram trabalhados os indicadores de exclusão: Autonomia, Qualidade de Vida, Desenvolvimento Humano e Equidade.

Foram selecionadas, também, entre as mulheres da amostra (200), um grupo de 10, para pesquisa qualitativa, em um grupo focal. Desse grupo de 10 mulheres (convidadas para o grupo focal), todas foram convidadas para entrevistas individuais. Apenas três concordaram em participar e com elas foram realizadas entrevistas por meio da técnica de história oral (Portelli, 2001). Dessa forma, elas puderam expor seu pensamento com a possibilidade de falarem sobre seus corpos, seu cotidiano e sua percepção de vida, rompendo o silêncio que normalmente as envolvem (Perrot, 2003).

Resultados

Os resultados do perfil socioeconômico-cultural mostraram que as pacientes, com média de idade de 59,9 anos, eram, na maioria, casadas e nascidas em outros estados. Entre as mais velhas, encontramos um maior número de viúvas. Entre as casadas e viúvas a média de convivência com o companheiro foi de 19 a 25 anos. Predominantemente, declararam-se brancas e

mulatas, chefes de família, com uma média de 3 a 5 pessoas em sua dependência, em geral marido e filhos ou só os filhos. No grupo das mais velhas houve, no entanto, 32,1% (18) residindo sozinhas. Residiam na Zona Sul e Leste do Município de São Paulo, em casa própria, tinham baixa escolaridade e baixa renda, muitas vezes proveniente de aposentadoria e/ou pensão. Estavam fora do mercado de trabalho (desenvolviam atividades do lar), mas gostariam de trabalhar (mesmo quando aposentadas), porém a falta de qualificação profissional dificultava essa inserção. O rendimento pessoal das mais jovens era maior, por volta de 3 a 6 salários mínimos e das mais velhas de 1 a 3 salários. A maioria não estava envolvida em atividades comunitárias e sua rede de apoio social limitava-se à família e aos amigos, os quais foram apontados como de fundamental importância, bem como a religião. A maioria declarou-se católica, seguida pelas evangélicas, que freqüentavam os cultos pelo menos uma vez por semana.

O lazer, na maioria dos casos, não era realizado na freqüência desejada e o tipo de lazer realizado nem sempre era o preferido. As obrigações domésticas e o cuidado com a família (muitas prestam cuidados especiais a familiares doentes) sobrecarregavam o cotidiano dessas pacientes e o tempo para o lazer ficava em segundo plano, na maioria das vezes. No caso das mais velhas, em alguns casos, havia limitações físicas para a realização do lazer preferido que era passear. Assim, a opção do lazer dentro da casa era o mais comum: TV, rádio e trabalhos manuais (que não envolvem esforço físico).

A maioria achava que sua saúde era regular e gastava por volta de um salário mínimo por mês entre remédios e tratamentos. No grupo das mais velhas, o gasto chegava a 2 salários. Na opinião das pacientes, os aspectos que determinavam a qualidade de vida estavam relacionados às suas condições de vida, seguido pela razão de que é Deus que determina a qualidade de vida. Mudança na dieta foi uma das razões mais apontadas para melhorar a saúde. A maioria das mulheres apresentava insatisfação quanto à qualidade de suas relações afetivas, de saúde, nos aspectos profissionais, materiais, de lazer e de participação social. A maioria, no entanto, estava satisfeita com sua vida espiritual.

O sentimento de solidão era comum na maioria das pacientes, que o considerava ruim, mas não sabia o que fazer para mudar essa situação. Podemos observar na Tabela 1 os dados relevantes do perfil econômico e cultural dispostos em dois grupos etários para facilitar a interpretação de suas características. A falta de instrução está na base das queixas de insatisfação dessa população. Essas mulheres gostariam de estar

inseridas no mercado de trabalho e não tiveram oportunidade pela falta do estudo e pelos cuidados prestados à família. O papel de cuidadoras da família dá-lhes prazer, mas sobrecarrega seu cotidiano e compromete o seu lazer. A queixa de insatisfação com a qualidade de vida de forma geral é o que predomina em seu discurso e os resultados da Escala de Flanagan mostram bem isso.

Tabela 1 - Perfil econômico e cultural da amostra estudada - por grupo etário (n = 200)

Variáveis relevantes do perfil econômico e cultural	Idade agrupada < 65 anos (144)	>= 65anos (56)
1. Local de nascimento: outro estado	50,0% (72)	53,0% (30)
2. Estado civil: casada	48,6% (70)	39,3% (22)
viúva	22,9% (33)	33,9% (19)
3. Residência: Zona Sul	43,8% (63)	35,7% (20)
4. Etnia: branca euro-descendentes	66,7% (96)	60,7% (34)
5. Chefe da família: a paciente	44,4% (64)	55,4% (31)
o companheiro	50,0% (72)	35,7% (20)
6. N° de pessoas na casa: de 3 a 5	63,2% (91)	50,0% (28)
7. Arranjo familiar: marido e filhos	47,9% (69)	26,8% (15)
só filhos	29,2% (42)	19,6% (11)
8. Número de filhos: de 2 a 4	76,4% (110)	53,6% (30)
9. Tempo de convivência com companheiro: de 19 a 25 anos	32,6% (47)	23,2% (13)
mais de 25	22,2% (32)	44,6% (25)
10. N° de pessoas dependentes: de 2 a 5	63,9% (92)	32,1% (18)
11. Ocupação: do lar	68,8% (99)	66,1% (37)
12. Ocupação anterior: do lar	54,2% (78)	32,1% (18)
13. Renda pessoal: de 1 a 3 salários	26,4% (38)	53,6% (30)
de 3 + 1 até 6 salários	45,1% (65)	30,4% (17)
14. Benefícios previdenciários: aposentadoria	18,8% (27)	51,8% (29)
pensão	13,9% (20)	12,5% (7)
15. Gostaria de trabalhar?	50,7% (73)	55,4% (31)
16. Recebe ajuda financeira de parentes	34,0% (49)	26,8% (15)
17. Residência própria	76,4% (110)	80,4% (45)
18. Instrução da paciente: fundamental, ciclo I incompleto	51,4% (74)	33,9% (19)
fundamental, ciclo I completo	16,0% (23)	19,6% (11)
analfabeta	13,2% (19)	19,6% (11)
19. Instrução do companheiro: fundamental, ciclo I incompleto	53,5% (77)	50,0% (28)
Fundamental, ciclo I completo	16,0% (23)	16,1% (9)
analfabeto	10,4% (15)	12,5% (7)
20. Estratificação social: proletariado	72,2% (104)	69,6% (39)

Tabela 2 - Variáveis do perfil social - por grupo etário (n = 200)

Variáveis relevantes do perfil social	Idade agrupada	< 65 anos (144)	>= 65anos (56)
1. Importância de ter amigos: muito importante		87,5% (126)	94,6% (53)
2. Frequência aos amigos: semanalmente		55,3% (81)	55,4% (31)
3. Religião: católica		60,8% (87)	76,8% (43)
frequência semanal		65,3% (94)	60,7% (34)
4. Lazer preferido: passear		33,3% (48)	12,5% (7)
TV, rádio, artesanato, culinária, etc.		26,4% (38)	42,9% (24)
5. Frequência do lazer predileto: insatisfatória		59,0% (85)	41,1% (23)
6. Presta cuidados especiais a familiares		32,6% (47)	42,9% (24)
7. Gastos com doenças: até 1 salário mínimo		91,7% (132)	73,2% (41)

Tabela 3 - Variáveis da qualidade de vida percebida - por grupo etário (n = 200)

Variáveis relevantes da qualidade de vida	Idade agrupada	< 65 anos (144)	>= 65anos (56)
1. Avaliação da saúde: regular		73,6% (106)	55,4% (31)
2. Atribuição do estado de saúde a: condições de vida		48,3% (69)	39,3% (22)
determinação de Deus		32,9% (47)	32,1% (18)
3. Atitudes para melhorar a saúde: mudar a alimentação		36,1% (52)	19,6% (11)
fazer exercícios		21,5% (31)	14,3% (8)
não sabe		9,7% (14)	32,1% (18)
4. Satisfação afetiva: pouco satisfatória		58,3% (84)	42,9% (24)
5. Satisfação profissional: pouco satisfatória		79,9% (115)	41,1% (23)
6. Satisfação material: pouco satisfatória		75,0% (108)	44,6% (25)
7. Satisfação com o lazer: pouco satisfatória		71,5% (103)	41,1% (23)
8. Satisfação com a saúde: pouco satisfatória		78,5% (113)	58,9% (33)
9. Satisfação espiritual: satisfatória		51,4% (74)	50,0% (28)
10. Participação social: pouco satisfatória		75,7% (109)	35,7% (20)
satisfatória		21,5% (31)	53,6% (30)
11. Sente-se só		68,8% (99)	46,4% (26)
12. Acha ruim sentir-se só		55,6% (80)	42,9% (24)
13. Não sabe o que fazer para mudar		55,6% (80)	42,9% (24)

Na tabela 2 vemos os dados do perfil social, agrupados por idade e ordem de importância.

A tabela 3 mostra como foram avaliadas pelas pacientes as questões relacionadas a suas percepções da qualidade de vida. É interessante comparar esses resultados aos obtidos na aplicação da Escala de Flanagan (Tabela 4), pois os níveis de insatisfação são muito semelhantes. Esse instrumento foi aplicado utilizando-se apenas 3 escores (muito satisfeito, satisfeito e pouco satisfeito) para facilitar a compreensão das entrevistadas e foi aplicado apenas no grupo das mais velhas (50 mulheres acima dos 50 anos de idade).

gan (Tabela 4), pois os níveis de insatisfação são muito semelhantes. Esse instrumento foi aplicado utilizando-se apenas 3 escores (muito satisfeito, satisfeito e pouco satisfeito) para facilitar a compreensão das entrevistadas e foi aplicado apenas no grupo das mais velhas (50 mulheres acima dos 50 anos de idade).

Tabela 4 - Escala de Flanagan (n = 50)

Dimensões	Escala de Satisfação			Total
	Muito satisfeito % (n°)	Satisfeito % (n°)	Pouco satisfeito % (n°)	
1. Bem-estar físico e social				
Conforto material	10% (5)	20% (10)	70% (35)	100%
Saúde	10% (5)	30% (15)	60% (30)	100%
2. Relações com outras pessoas				
Relacionamento com parentes	10% (5)	20% (10)	70% (35)	100%
Ter filhos e criá-los	10% (5)	40% (20)	50% (25)	100%
Relacionamento íntimo	6% (3)	34% (17)	60% (30)	100%
3. Atividades sociais, comunitárias				
Ajuda ou apoio voluntário	34% (17)	26% (13)	40% (20)	100%
Partic. em associações	30% (15)	16% (8)	54% (27)	100%
4. Desenvolvimento e realização pessoal				
Autoconhecimento	15% (6)	21% (12)	64% (32)	100%
Trabalho	4% (2)	46% (23)	50% (25)	100%
Comunicação criativa	4% (2)	50% (25)	46% (23)	100%
5. Recreação				
Socialização	16% (8)	16% (8)	68% (34)	100%
Entretenimentos	6% (3)	20% (10)	74% (37)	100%
Recreação ativa	4% (2)	15% (6)	81% (42)	100%

Resultados da Pesquisa Qualitativa

As entrevistas foram realizadas por meio da técnica de história oral. A partir desse recurso foi possível estabelecer um processo dialógico entre entrevistador e entrevistado (Portelli, 2001), o qual permitiu que as mulheres falassem sobre suas experiências antes e depois do evento e se manifestassem, resgatando por meio da seleção de suas memórias as mudanças e permanências no cotidiano. Foram realizadas entrevistas individuais e em grupos focais, a partir de um roteiro de perguntas gerais e específicas, com o objetivo de facilitar as lembranças das entrevistadas sobre suas experiências sobre o infarto e suas percepções sobre o cotidiano.

Assim, do grupo de 200 mulheres, foram selecionada dez, que tiveram seus nomes substituídos, no intuito de manter o sigilo da identidade. As entrevistas foram realizadas com: Alice, Elisa, Marli, Dulce, Cida, Márcia, Sueli, Neuza, Glória, Salete.

A opção realizada nesta pesquisa pela utilização de depoimentos de mulheres infartadas, diante da problemática dos silêncios que envolvem as mulheres (Perrot, 2003), possibilitou que elas falassem sobre seus corpos, relatassem suas experiências e seu significado. Permitiu, ainda, que fosse dada visibilidade à expressão e à voz dessas mulheres, trazendo à tona suas vivências diárias.

Historicidade

As questões que emergiram como temas nas entrevistas foram: trabalho, gênero, cotidiano e lazer. Assim, buscou-se perceber por meio das falas das depoentes qual a concepção vivenciada por elas sobre cada um desses temas.

Sobre o trabalho, na maioria das respostas, apareceu o reconhecimento da realização de atividades desvinculadas da concepção trabalho, entendido como realizado fora de casa e remunerado. As tarefas do-

mésticas não foram consideradas trabalho pela maioria das entrevistadas.

A relação entre sistema produtivo e estruturas familiares, assim como a articulação entre trabalho assalariado e trabalho doméstico, é fundamental para reavaliar a concepção de trabalho de cada uma (Kergoat, 1986). Quando desvinculada de historicidade, a concepção de trabalho leva à separação entre produção e reprodução, criando dicotomias que subordinam e hierarquizam a noção de trabalho

Até a década de 1960, o procedimento empresarial era permeado culturalmente pela promoção de um modelo de família nuclear, marcado pela descontinuidade da participação feminina no mercado de trabalho, subordinada pelo papel materno (Matos, 2000).

A concepção de família nuclear, composta de pai, mãe e filhos, caracterizada pela divisão de papéis masculinos e femininos, começou a ser institucionalizada pelo estado republicano brasileiro no final de século XIX e início do século XX. Nessa divisão, caberia ao homem o papel de provedor e à mulher a responsabilidade no cuidar da família. A naturalização desses papéis remonta ao pensamento iluminista do século XVIII, delegando à mulher o papel de reprodutora, em virtude da condição biológica, e ao homem o papel de provedor (Martins, 2000).

Nas três últimas décadas, as novas tecnologias alteraram a composição da força de trabalho, ampliando o uso da mão-de-obra feminina e permitindo a utilização do trabalho de mulheres em setores anteriormente ocupado apenas por homens. Passaram a ser utilizados os “saberes femininos”, considerados “naturais”, em tarefas que exigiam destreza, atenção e delicadeza, acentuando as desigualdades de gênero e possibilitando salários menores pelas mesmas funções.

A utilização do trabalho das mulheres ocorreu de maneira diferenciada; se antes elas permaneciam nas fábricas até o casamento ou no mais tardar quando ficavam grávidas, com as mudanças, elas permaneceram no mercado de trabalho, independentemente do estado civil ou do número de filhos.

O aumento do número de mulheres casadas e com filhos no mercado de trabalho, sem que as antigas atribuições de cuidar do lar e da família fossem redimensionadas, acarretou um desgaste significativo às

mulheres, o que remete à questão dos “papéis” tradicionais de homens e mulheres.

As transformações sociais, econômicas e culturais que ocorreram de maneira acentuada nesse período, modificaram hábitos e comportamentos, contudo no cotidiano, a interiorização dos antigos “papéis” de homens e de mulheres ainda são causas de conflitos, angústias e culpas para esses sujeitos históricos, pois, dependem de soluções e arranjos individuais para as questões sociais e coletivas.

Depoimentos de algumas entrevistadas que exercem ou exerceram múltiplas jornadas apresentam semelhanças. Tanto Alice como Márcia, Sueli, Cida e Neuza continuaram desempenhando todos os afazeres domésticos, mesmo quando cumpriam atividade profissional. Sob esse aspecto, a única exceção foi Glória, que, em sua entrevista, demonstrou que a atividade profissional sempre exerceu um papel de destaque em sua vida, delegando a outros as funções domésticas.

Para Glória, os afazeres domésticos são tarefas desagradáveis de serem realizadas; para ela essas tarefas são desvalorizadas socialmente. Esse pensamento também aparece nas falas de Elisa, Marli e Dulce, mulheres que assumem o papel de donas-de-casa.

Sobre os serviços domésticos e a banalização das competências e habilidades que envolvem seu desempenho, vale destacar que essa desvalorização é outra construção histórica (Martins, 2000). As funções femininas consideradas naturais agregam a marca da desvalorização, pois não foram aprendidas ou conquistadas, sendo consideradas inerentes à “condição feminina”.

Elisa tem 57 anos, sofreu um infarto há cerca de cinco anos, apresenta-se como “do lar” e, afirma que “nunca trabalhou, só cuidou da casa e dos filhos”, revelando no decorrer da entrevista que “sempre fez salgadinhos pra fora”, depois de cuidar de toda rotina doméstica e dos filhos, não aceitando que ninguém a ajudasse nesses serviços.

Marli aos 57 anos, que também se declarou dona-de-casa, permitiu entrever em sua entrevista, uma gama variada de atribuições que variavam do voluntariado na igreja que frequenta às encomendas de tricô e crochê, depois de cuidar da casa e da família.

Nos depoimentos das mulheres que assumiram “viver para a família”, foi registrada a descrição de suas experiências dedicadas integralmente aos cuidados com a casa e com os filhos, assim como a subordinação de seu tempo e desejo, dedicados às tarefas domésticas. Em alguns depoimentos, fica evidente a baixa auto-estima dessas mulheres; em outros fica claro o esforço necessário para cumprir a dupla ou tripla jornada de trabalho.

Esses sentimentos contraditórios, de baixa auto-estima e de culpa, podem ser entendidos considerando os modelos de masculinidades e feminilidades (questão de gênero) construídos e reconstruídos social e historicamente. O discurso das mulheres entrevistadas estava repleto de tensões geradas pelas novas práticas sociais, nas quais ainda está presente o antigo padrão de feminilidade/masculinidade, acrescido de novas exigências.

Elisa acredita que sofreu infarto graças às preocupações excessivas com a família e os filhos; Alice admitiu que após o infarto reavaliou seus hábitos e comportamentos, pois o medo da morte fez com que se sentisse livre da “prisão do lar”. É significativa a terminologia utilizada por Alice, pois revela como ela se sentia em relação aos afazeres domésticos e toda carga de responsabilidades acarretadas pelos cuidados com a família.

Marli deixa claro em sua fala um profundo desprezo pelas atividades domésticas, comentando com orgulho que sempre realizou “serviços de homem”, ou seja, a manutenção da estrutura da casa e os concertos em geral. Seu discurso é sinalizado pela hierarquização das funções masculinas e femininas, bem como a desvalorização do trabalho que desenvolveu ao longo de sua vida.

Nos depoimentos de Cida, Dulce e Salete é possível perceber uma aceitação maior em relação ao “sistema de rótulos”, que impõe a naturalização de papéis, pois aparentemente ambas não questionaram essa imposição. Sueli e Neuza seguem pelas mesmas trilhas das demais mulheres que participaram dessa pesquisa, exercendo múltiplas jornadas de trabalho. Ambas sentem-se responsáveis pelas tarefas domésticas, encarando-as como um “dever”.

Esse conjunto de mulheres apresentou como concepção de feminilidade a maternidade, o cuidado com

os filhos e a preocupação com a família. O amor materno, como símbolo de renúncia e sacrifício, não importando a idade dos filhos, aparece de maneira representativa na maioria dos depoimentos. Nas mulheres que se apresentam como donas-de-casa esse “cuidar” significa dedicação integral, subordinando desejos e necessidades próprias. Para as que exercem atividades profissionais fora do lar, a culpabilidade aparece como tônica do discurso, gerando tensões e conflitos internos e externos.

O cotidiano dessas mulheres, antes ou depois do infarto, com raras exceções, não incluía o lazer. O domingo, dia institucionalizado para o descanso/lazer, aparece na fala das entrevistadas como o dia de maior atividade. Levando-se em conta que o lazer está inserido no tempo do não-trabalho, percebe-se que ele é vivenciado de múltiplas maneiras pelos diferentes indivíduos (Oliveira, 2003).

Homens e mulheres vivenciam de maneira diferenciada essa relação. Vale ressaltar que nessa relação além da questão de gênero, também é válido lembrar-se questões, como idade, religião, classe social, entre outras. Destacando-se que em situações de crise financeira ou em momentos críticos de miséria as estratégias de sobrevivência não incluem a preocupação com o lazer. Mesmo que essas circunstâncias não ocorram o tempo inteiro, para algumas classes sociais, elas ameaçam o seu equilíbrio e são motivos de medos e inquietações.

Para as mulheres que exercem dupla jornada, o lazer não considerado atividade. Os finais de semana são consagrados a “colocar a casa em ordem”, “cumprir as obrigações”, “fazer uma comidinha melhor”, enfim, são ocupados cumprindo os afazeres domésticos que elas encaram como sua responsabilidade.

As depoentes que se assumem como “do lar” revelaram que não praticam atividades de lazer. Elas vivenciam o eterno tempo do não-trabalho, uma vez que suas atividades não são reconhecidas como trabalho nas esferas mercantes, pelo conjunto da sociedade e, na maioria das vezes, por elas próprias. O domingo, particularmente, é representado nas palavras de Elisa como sendo “ainda pior...”. Nesse dia, o almoço é preparado pela mãe, normalmente sem a ajuda de ninguém, ocupando três ou quatro horas de seu tempo, às vezes, recebendo auxílio na limpeza da cozinha.

Considerações Finais

Cada período da história apresenta uma doença que é responsável por um número elevado de mortes (Sontag, 1984), até que seja encontrada a cura ou controlados seus efeitos danosos. As doenças cardiovasculares ocupam esse *ranking* desde as últimas quatro décadas e o infarto é o grande vilão desse conjunto, doença que o senso comum atribui a homens (Lotufo, 1996).

Sabemos muito pouco sobre a mulher que infarta: quem ela é, como ela sobrevive à doença, quais são suas perspectivas.

A maioria das entrevistadas comentou o espanto que sentiram quando souberam que haviam infartado, pois na visão delas seria inconcebível que uma mulher sofresse desse mal, considerado doença masculina.

A representação construída, que restringe o desenvolvimento de doenças cardiovasculares a estereótipos que alimentam a idéia de desigualdade entre os sexos, vinculando-os, também, à classe social e ao espaço físico, necessita ser equacionada. A desconstrução desses mitos torna-se urgente a partir de uma ação de políticas públicas de saúde que inclua o gênero, idade, raça, classe social, etnia, lugares, como pertencentes aos grupos de risco que podem desenvolver doenças cardiovasculares, entre outras.

As mulheres interiorizaram as funções de cuidadoras e, independentemente de outros desempenhos, elas assumiram esse papel. Um dos questionamentos que surgiram a partir da pesquisa realizada foi como essa função poderá ser exercida por mulheres idosas, com a saúde comprometida e que construíram sua identidade por meio dela.

O infarto é uma doença crônico-degenerativa e incapacitante. Mulheres que sofreram infarto e sobreviveram não constam das pesquisas, ou seja, não há dados públicos que apontem os diagnósticos, que apenas são registrados quando se convertem em óbitos. Há a necessidade de conhecer melhor esse grupo, não apenas do ponto de vista médico, mas de uma maneira mais abrangente, incluindo seu perfil social, seus anseios, suas possibilidades.

As mulheres que desenvolvem essa doença caminham para a velhice sem saber quem cuidará delas ou como conseguirão se manter. Os custos pessoais, familiares e sociais que envolvem essa questão são sig-

nificativos. Acreditamos que trabalhar todas essas questões conjuntamente com a área médica poderá acarretar em um salto de qualidade tanto no atendimento quanto no planejamento de programas de prevenção da DAC e no desenvolvimento de políticas sociais mais adequadas para o atendimento dessa população. Entendemos que essa pesquisa tenha dado o primeiro passo na direção dessa compreensão.

A situação de exclusão e suas formas de expressão na amostra podem ser identificadas como: viver no limiar de sobrevivência cotidiana, na fragilidade do vínculo familiar; ausência de condições para suprir a própria sobrevivência; dificuldades nas condições de infra-estrutura da cidade; viver a ameaça do desemprego (próprio ou de sua rede de suporte familiar); baixo poder aquisitivo do salário mínimo; presença de subemprego; acesso virtual e sazonal ao mercado de trabalho; baixo rendimento familiar e pouco acesso ao mercado de consumo; na falta de instrução que exclui em vários níveis e na discriminação de gênero que o sistema impõe até para que seja feito o diagnóstico da doença.

Acreditamos que estabelecer uma relação entre o perfil socioeconômico e cultural das mulheres com DAC (em tratamento no ambulatório de Coronariopatias) e esse processo complexo e multifacetado de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas, chamada exclusão social, poderá nos ajudar a entender melhor as portadoras de DAC e oferecer subsídios para orientar a práxis e as políticas públicas de enfrentamento dos efeitos perversos da transmutação da exclusão em inclusão, atendendo melhor às necessidades das pacientes por meio de programas específicos.

Referências

BERWANGER, O. Metanálises e recentes estudos na mulher. In: XAVIER, H.T.. *Risco cardiovascular na mulher*. São Paulo: BBS, 2005. p. 167-183.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações sobre Mortalidade: SIM/DATASUS - 2002*. Acesso em: 30 set. 2006.

CHORD, F. M. J. N; ANDRADE, C. R. Doenças cardiovasculares: comentários sobre a mortalidade precoce. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 64, n.1, p. 15-19, 1995.

- ECOSTEGUY, C. C. Epidemiologia das doenças cardiovasculares na mulher. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, v. XV, n. 1, p. 8, jan/mar. 2002. p. 7-12.
- KERGOAT, D. Em defesa de uma sociologia das relações sociais: da análise crítica das categorias dominantes à elaboração de uma nova conceituação. In: BULBORT-KARTCHEVSKY, A. (Org.). *O sexo do trabalho*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 79-81.
- LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M. Myths about cardiovascular diseases. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 76, n. 2, p. 99-104, 2001.
- LOTUFO, P. A. Doenças cardiovasculares no Brasil: por que altas taxas de mortalidade entre mulheres? *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. São Paulo, v. 6, n. 6, p. 12-23, 1996.
- MARTINS, A. P. V. *A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX*. 2000. Tese - Unicamp, Campinas, 2000.
- MATOS, M. I. S. D. *Por uma história da mulher*. Bauru: EDUSC, 2000.
- MISOCZKY, M. C. Equidade em saúde: uma revisão conceitual. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 55, ano XVIII, nov. 1997, p. 131-141.
- MOSCA, L. et al. Cardiovascular disease in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*. Philadelphia, v. 96, n. 7, p. 2468-2482.
- NIH - Research and other efforts related to the menopausal transition. The Office of Research on Women's Health and Coordinating Committee on Research on Women's Health National Institutes of Health - Women's Health and Menopause: A comprehensive approach- Best Clinical Practices - Chapter 13 from the International Position Paper a working document. March, 2002. [Relatório Técnico].
- OLIVEIRA, R. D. *Reengenharia do tempo*. Rio de Janeiro: Rocco, 2003.
- PERROT, M. Os silêncios do corpo da mulher. In: MATOS, M. I., SOIHET, R. (Org.). *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Unesp, 2003, p. 13.
- PORTELLI, A. História oral como gênero. *Projeto história* (São Paulo), n. 22, p. 09-36, jun. 2001.
- SAWAIA, B. Exclusão ou inclusão perversa? In: SAWAIA, B. (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial da ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 8-9.
- SCHEIFER, S. E.; ESCARCE, J. J.; SCHULMAN, K. A. Race and sex differences in the management of coronary artery disease. *Am. Heart J.* v.139, n.5, out.2000, p. 848-857.
- SEN, A. Equality of what? In: MACMURRIN, S. M. (Org.). *Tanner lectures on human values*. Salt Lake: University of Utah, 1980. p.15-20.
- SONTAG, S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

Recebido em: 07/11/05

Reapresentado em: 16/10/06

Aprovado em: 19/12/06