

# IMPACTO DA DOENÇA CORONARIANA NO COTIDIANO DAS MULHERES

## IMPACT OF CORONARY HEART DISEASE IN THE DAILY LIVES OF WOMEN

## IMPACTO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA EN LA VIDA COTIDIANA DE LAS MUJERES

Bruna Silva Oliveira<sup>1</sup>  
Andréa Cristina Oliveira Silva<sup>2</sup>  
Patricia Ribeiro Azevedo<sup>3</sup>  
Líscia Divana Carvalho Silva<sup>4</sup>

**Objetivo:** analisar o impacto da doença coronariana no cotidiano das mulheres. **Método:** pesquisa qualitativa realizada em um Hospital Universitário entre janeiro e abril de 2014. Utilizou-se o método de Análise Temática. **Resultados:** a manifestação da doença coronariana vem acompanhada de restrições e readaptações à vida pessoal, levando a novos estilos de vida; existem mulheres que não conseguem realizar as modificações que a patologia requer nos hábitos de vida. **Conclusão:** as mulheres reconheceram a gravidade da doença coronariana e demonstraram mudanças que se relacionavam ao impacto físico, emocional e afetivo no seu cotidiano.

**Descritores:** Mulheres; Doença das coronárias; Impactos na Saúde.

*Objective: to analyze the impact of coronary heart disease in the daily lives of women. Method: qualitative research conducted at a University Hospital between January and April, 2014. The Thematic Analysis method was used. Results: the manifestation of coronary heart disease is accompanied by restrictions and readapting personal life, leading to new styles of life; there are women who cannot carry out the modifications that the pathology requires in their life habits. Conclusion: women recognized the severity of coronary heart disease and showed changes related to physical, emotional and affective impact in their daily lives.*

*Descriptors: Women; Coronary disease; Impacts on health.*

*Objetivo: analizar el impacto de la enfermedad coronaria en la vida cotidiana de las mujeres. Método: Investigación cualitativa realizada en un Hospital Universitario entre enero y abril de 2014. Se usó el método de análisis temático. Resultados: la manifestación de la enfermedad cardíaca coronaria viene acompañada de restricciones y readaptación a la vida personal, conduce a nuevos estilos de vida; hay mujeres que no pueden realizar los cambios que la patología requiere en los hábitos de vida. Conclusión: las mujeres reconocen la gravedad de la enfermedad cardíaca coronaria y mostraron cambios relacionados con el impacto físico, emocional y afectivo en su vida diaria.*

*Descriptores: Las mujeres; Enfermedad coronaria; Impacto en la salud.*

<sup>1</sup> Enfermeira Residente em Cardiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. São Luis, Maranhão, Brasil. [bru.ju@hotmail.com](mailto:bru.ju@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Federal do Maranhão. Departamento de Enfermagem. São Luis, Maranhão, Brasil. [andreaacris09@hotmail.com](mailto:andreaacris09@hotmail.com)

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Genética pela Universidade Federal do Maranhão. Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão. São Luis, Maranhão, Brasil. [prazevedo12@hotmail.com](mailto:prazevedo12@hotmail.com)

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão. São Luis, Maranhão, Brasil. [liscia@elo.com.br](mailto:liscia@elo.com.br)

## Introdução

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morbimortalidade em ambos os sexos tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Especificamente no Brasil, são responsáveis por quase um terço dos óbitos, com 65% das mortes na faixa etária de 30 a 69 anos, atingindo a população adulta em plena fase produtiva. Essas doenças são caracterizadas como alterações crônicas e degenerativas que comprometem a funcionalidade do sistema circulatório e do coração, como a doença coronariana, cerebrovascular e a vascular periférica<sup>(1,2)</sup>.

Antigamente, admitia-se que a doença arterial coronariana era uma doença masculina. Atualmente, no entanto, as pesquisas sugerem que o sexo feminino constitui, por si só, um preditor independente de morbimortalidade para doenças cardíacas. As estimativas apontam, para o ano 2050, que a mortalidade por infarto agudo do miocárdio será aproximadamente 30% maior em mulheres do que em homens<sup>(1)</sup>. Sabe-se que o estrogênio constitui um fator de proteção para a doença cardíaca, pois retarda o processo da aterosclerose em estágios iniciais e a redução dos níveis séricos dos lipídios. A utilização da terapia de reposição hormonal ainda é bastante controversa, devendo ser realizada com critérios bem definidos e o mais próximo à menopausa, a fim de provocar uma redução do risco coronariano<sup>(3,4)</sup>.

O diagnóstico da doença coronariana baseia-se na história clínica e do diagnóstico de isquemia pela angiografia ou arteriografia coronária. A arteriografia é um exame invasivo que viabiliza a análise da anatomia coronariana, objetivando a delimitação do prognóstico e a escolha da melhor estratégia terapêutica, compreendidas entre farmacológicas e/ou intervencionistas, como a revascularização do miocárdio ou a angioplastia<sup>(5)</sup>.

A principal manifestação clínica da doença coronariana é a precordialgia. Entretanto, os sintomas atípicos, como a dor escapular e lombar, dor no ombro, braço, mandíbula, enxaqueca e fadiga, manifestam-se com maior frequência nas

mulheres, estando relacionados, principalmente, ao estresse emocional. Outra particularidade do sexo feminino está na maior prevalência de infarto silencioso depois dos 55 anos, além de apresentarem a insuficiência cardíaca como primeiro sinal do infarto. Os sintomas atípicos que acometem muitas mulheres diferem da apresentação clássica da doença no homem. Por isso, sendo mais complexos de se detectar, constitui um dos principais problemas relacionados ao tratamento da doença na mulher.

O tempo transcorrido entre o início dos sintomas e a busca por assistência à saúde deve ser mínimo, uma vez que a redução na mortalidade está diretamente associada a uma intervenção precoce. Diante das particularidades da apresentação da doença cardíaca na mulher, percebe-se que podem existir dificuldades por parte dos profissionais de saúde em alcançar um diagnóstico precoce, principalmente porque, nas mulheres, a precordialgia pode não estar relacionada a doença cardíaca, mas a vasoespasmos com ausência de lesão coronariana, o que torna a dor um preditor menos fidedigno nesse grupo<sup>(1)</sup>.

Em nossa sociedade, algumas representações foram atribuídas à mulher, dentre elas o envolvimento com as questões emocionais e maternas, a tolerância do sofrimento e o amparo aos familiares e amigos doentes até a morte, atribuindo-lhes, com base nessas vivências, o significado de feminilidade. Existem concepções de que, entre as mulheres, a dor física ou emocional é mais recorrente e mais fácil de ser suportada e resistente a condições que levam a algum tipo de sofrimento, como uma doença cardíaca. A descoberta da doença, dos seus agravos, limitações e a possibilidade de afastamento das atividades domésticas e laborais pode gerar sofrimento, alterando de diversas formas seus papéis sociais. A mulher pode estar sujeita a um rompimento involuntário com a vida cotidiana, levando a situações de desconforto consigo mesma e nas suas interações sociais<sup>(6)</sup>.

Atualmente a saúde e a doença são permeadas pela inter-relação de fatores biológicos,

ambientais, econômicos, sociais e culturais. O estado da saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e à sua realidade, assim como os problemas advindos da doença relacionam-se com crenças, práticas e valores. As questões que permeiam a saúde e a doença devem ser pensadas com base nos contextos socioculturais nos quais ocorrem. Dessa forma, a doença deixa de ser primariamente biológica, sendo concebida como o resultado das experiências e dos significados elaborados com base nos aspectos sociais e culturais, além de, secundariamente, como um evento biológico. A doença é dinâmica e requer interpretação e ação baseada nos seus diferentes significados<sup>(7)</sup>.

Para se pensar a saúde das mulheres, bem como a elaboração de políticas que contemplem uma visão mais abrangente de saúde, o reconhecimento das questões específicas à saúde da mulher é um passo de fundamental importância, associada ao período de vida e às individualidades, aos padrões biológicos, socioculturais e espirituais<sup>(8)</sup>. Ressalta-se que as condições históricas, sociais, físicas, emocionais e as questões de gênero parecem interferir nas condições de saúde das mulheres e no seu cotidiano.

O conhecimento sobre os significados que permeiam a particularização do processo saúde-doença no cotidiano da mulher coronariana necessita de uma atenção e compreensão, considerando-se os aspectos relacionados ao meio sociocultural e psicológico relativos ao gênero, que podem influenciar na gênese da doença cardíaca e, em especial, na sua vida. Existem razões para acreditar na existência de mudanças na vida das mulheres com doença cardíaca relacionada ao modo de sentir e perceber a doença, as interferências e limitações nas suas relações interpessoais.

Nesse contexto, a inquietação em desenvolver este estudo advém da seguinte questão norteadora: A doença coronariana causa impacto no cotidiano das mulheres? Assim, este artigo tem como objetivo analisar o impacto da doença coronariana no cotidiano das mulheres.

## Material e Método

Trata-se de um estudo qualitativo realizado no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA).

A população foi constituída por mulheres com diagnóstico médico de doença coronariana confirmada por exame de arteriografia coronária. Os critérios de inclusão foram: mulheres com idades entre 45 e 65 anos completos, referência de sintomas climatéricos, com doença arterial coronariana confirmada por exame de arteriografia coronária com tempo de diagnóstico superior a cinco anos. Os critérios de exclusão foram: mulheres com outras doenças cardíacas, mulheres com distúrbios na fala e distúrbios mentais. A amostra foi não probabilística, sendo entrevistadas 15 mulheres.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista gravada, seguindo um roteiro semiestruturado contendo os seguintes questionamentos: Para a senhora, o que é ter um problema no coração? O que a senhora sabe sobre a doença que tem no coração? Como é um dia em sua vida, sua rotina? Mudou algo após a descoberta da doença? O quê? A senhora tem dificuldade em realizar alguma atividade? A senhora possui algum medo ou insegurança? Qual são seus sonhos, suas expectativas de vida?

As mulheres foram interrogadas durante os meses de janeiro a abril de 2014, enquanto aguardavam a consulta médica, ocasião em que a pesquisadora apresentava-se e explicava o objetivo da pesquisa, bem como a necessidade da utilização de gravador. Caso a participante não autorizasse a utilização do gravador, ela era comunicada que não poderia participar da pesquisa. Todas as mulheres dispuseram-se a ser entrevistadas. Os dados foram coletados pela pesquisadora após a explicação dos procedimentos éticos, sendo as mulheres entrevistadas individualmente, em sala reservada, respeitando-se a privacidade e diminuindo as interferências externas.

A proposta para o tratamento e interpretação dos dados da pesquisa foi obter um

posicionamento completo sobre a história e a vivência das mulheres com doença cardíaca e a descrição do seu cotidiano. Para isso foi utilizada a análise temática de Bardin, realizada em três etapas: fase de pré-exploração do material, seleção das unidades de análise ou unidades de significado e processo de categorização. As várias leituras da transcrição íntegra das entrevistas (inferência e interpretação) permitiram o destaque das unidades de significado baseadas no sentido geral da fala das mulheres. Para as categorias analíticas, as frases, palavras, adjetivos, concatenação de ideias e sentidos específicos das falas das mulheres que apresentaram associação com a proposta do estudo<sup>(9)</sup>.

Após o consentimento para a realização da entrevista, as mulheres foram convidadas a descrever o seu cotidiano. Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade das informações e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitando-se a assinatura em duas cópias. Realizou-se a identificação das mulheres por códigos baseados na letra “M”, para atribuir o significado de “Mulher”, seguida de numeração crescente por ordem de realização das entrevistas. Este estudo faz parte de um projeto maior, intitulado “Mulher Climatérica e Doença Arterial Coronariana: Desvelando Sentidos e Significados”, submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo (EERP-USP), sob o número 293.900, de 5/6/2013.

## Resultados e Discussão

A idade média das mulheres foi de 63,46 anos (desvio padrão 5,0), 5 (33,3%) tinham entre 65-74 anos, 12 (80%) eram do interior, 10 (66,7%) não tinham companheiro, 7 (46,7%) eram lavradoras, 8 (53,3%) possuíam o ensino fundamental incompleto, 4 (26,7%) eram analfabetas e 12 (80%) eram católicas. A maioria das mulheres possuía alguma doença pré-existente com destaque para a hipertensão 14 (93,3%) e diabetes 8 (57%). As mulheres submetidas a cirurgia de

revascularização do miocárdio totalizaram 30,8% e a angioplastia, 15,4%.

Com vistas a compreender o cotidiano das mulheres com a doença coronariana, foram identificadas duas categorias analíticas: Gravidade da doença e impacto físico; subcategorias “Dor, Cansaço e Taquicardia” e a “Dieta e Atividade Física”; e Impacto emocional e afetivo; subcategorias “Tristeza e Disposição Diminuída” e “Impotência, Inutilidade e Perda da Autonomia”.

### *Gravidade da Doença e Impacto Físico*

A consciência da gravidade da doença coronariana esteve presente nos relatos das mulheres, na medida em que relacionaram a possibilidade de morte e de reviver os sintomas, deixando claras as sensações desagradáveis que a doença proporcionou-lhes.

*Ab, é muito difícil, eu acho. Eu nunca esperava, eu não me vejo com essa doença, sinceramente, acho muito difícil, acho que essa era a última coisa que eu poderia esperar na minha vida era uma doença do coração... (M10).*

*[...] eu sei que é uma doença meio grave [...] Só vejo falar que é coração, é uma doença perigosa né? Ela é uma doença traiçoeira [...] ele disse que eu tinha que vir acompanhada, porque eu tava com um problema sério... (M14).*

*Pra mim é a pior coisa do mundo. Eu achei horrível! Foi uma sensação horrível, que eu não quero passar nunca mais na minha vida, entendeu? (M2).*

Os sentimentos percebidos pelas mulheres com a doença coronariana acarretam implicações no seu modo de enfrentá-la. A doença cardíaca promove mudanças na vida das pessoas e geram concepções negativas, percebidas como estressores, compreendendo a doença como algo bastante difícil e uma grande ameaça. O sentimento de perda da saúde e do controle da vida devido à doença pode levar a uma diminuição da capacidade de agir frente ao processo patológico. A falta de conhecimento sobre a doença cardíaca e suas implicações, na maioria das vezes,

desencadeia sofrimento físico e emocional vinculado ao medo da invalidez e da solidão, além da predisposição maior à depressão e angústia<sup>(7)</sup>.

#### Dor, Cansaço e Taquicardia

A sintomatologia relatada pelas mulheres foi bastante ampla, e as manifestações clínicas mais frequentes foram dor, cansaço e taquicardia. Houve relatos de sintomas atípicos, conforme segue:

*[...] eu sinto é uma dor... aqui, no peito... é uma dor que eu não sei nem explicar. É assim uma angústia, "num sabe", é assim aquela coisa sem sossego, que eu fico sem sossego, sabe, com aquela dor... (M9).*

*A sensação do infarto: o que eu senti, meu Deus, foi uma dor de dente... com uma dor nesse dente aqui bem do meio... Quando passou algumas horas, eu comecei a vomitar. Vomitei, vomitei, comecei a passar mal, o "suorção" gelado, mal, mal... Quando eu parei de vomitar, deu umas dores nessas duas veias aqui (jugulares), sei lá como chama, e como se eu tivesse entalada, algo tivesse me empinando, eu só era fazendo assim [som de "pigarro"]. Aí eu fui pro médico... Aí eu fui, só que aquela fraqueza, aquela sensação de desmaio... (M2).*

*Eu sentia, como eu lbe digo, era falta de ar, cansaço ... eu sentia aquela coisa dolorida. Minha pressão subia... só sentia cansaço, doendo, aquela dor assim, como se diz, tão fina... Eu tinha uma dor de cabeça, grande mesmo ... (M12).*

*Eu sinto é cansaço, aceleração. (M6).*

É frequente pessoas associarem desconfortos, mal-estar, dores no peito, braço, estômago, costas e pescoço a outros problemas não relacionados ao coração. A dor cardíaca gera um sofrimento que pode ser referido de várias formas, tais como ansiedade, angústia, aflição, temor e desespero. Em idosos e mulheres, a sintomatologia é bastante incomum e frequentemente de forma assintomática e subclínica<sup>(10,11)</sup>.

Nas mulheres, a apresentação dos sintomas da doença coronariana pode se manifestar de formas diferentes. Além da dor precordial, as

mulheres podem apresentar a dor epigástrica, náuseas ou cansaço, muitas vezes confundindo o profissional na elucidação diagnóstica precoce de um infarto. Uma das possíveis causas para a diferença nos sintomas pode ser explicada pelo fato de a angina nas mulheres ser de origem microvascular (subendocárdica), enquanto nos homens é por danos coronarianos epicárdicos. Um fato curioso é que as mulheres em idade fértil lidam com altos níveis de óxido nítrico, um mediador da sensação de dor, fazendo com que a percepção da dor tenha um comportamento diferente<sup>(12)</sup>.

Entre as pessoas que sofreram um infarto, há um retardo na procura de atendimento profissional, principalmente nos momentos iniciais. O motivo frequentemente alegado é a sensação, pelo paciente, de que os sintomas não são sérios e vão melhorar. É importante destacar que a consciência da gravidade do episódio anginoso está relacionada ao menor tempo de decisão pela procura precoce de um serviço de saúde<sup>(13)</sup>.

#### Dieta e Atividade Física

Outras modificações no cotidiano referem-se à dieta e à atividade física. Em relação à prática de atividade física, constatou-se que as mulheres eram sedentárias antes do diagnóstico da doença coronariana, passando a dar importância somente após a confirmação da doença. Foram motivadas principalmente pelas orientações recebidas da equipe de saúde como forma de prevenção secundária. Algumas mulheres relataram a realização de caminhada e, mesmo com certas limitações, reconheceram sua importância como uma intervenção terapêutica. Dentre as limitações que interferiram na realização da atividade física, predominaram sintomas como dor, dispnéia e cansaço.

*Às vezes eu vejo uma coisa, tenho vontade de comer, mas eu tenho medo de comer [...] não posso comer o que queria, agora que eu já... como a comida feita junto com a deles (familiares), assim, mas quando é uma comida leve... (M7).*

*Mudou muitas coisas porque eu era uma pessoa que eu quase não me cuidava muito assim da minha saúde. Eu não me cuidava. Eu queria saber que eu tivesse fazendo o meu serviço, e desse de conta do serviço doméstico de casa pra mim tava tudo bem, né? Depois que eu descobri, aí eu passei a me cuidar mais, ter mais atenção comigo mesma, cuidar mais de mim, sobre alimentação também [...] passei a me cuidar mais. Eu me cuidei 100% graças a Deus [...] porque eu vi praticamente a morte na minha vista. (M1).*

*[...] eu ando assim uns 10 quilômetros, assim uns pedaço, porque sempre o médico passa pra mim fazer caminhada, só que eu faço, mas aí, quando eu canso, eu paro, eu descanso, aí eu torno a seguir. (M8).*

A manifestação da doença coronariana vem acompanhada de uma série de restrições e readaptações na vida pessoal, levando a novos estilos de vida. Existem pessoas que não conseguem realizar as modificações nos hábitos de vida que a patologia requer, considerando essas mudanças estressantes e difíceis, principalmente aquelas relacionadas aos hábitos alimentares.

A doença cardíaca traz limitações que impedem a realização de atividades físicas mais vigorosas e algumas pessoas não conseguem realizar exercícios físicos por sentirem dor, cansaço ou por estarem com sobrepeso, especialmente aquelas que sempre foram sedentárias. Soma-se esse fato a alguns aspectos que interferem na realização da atividade física regular, como os horários disponíveis, que às vezes coincidem com a tomada de medicações, as condições climáticas e a qualidade do sono e repouso, o que demanda grande esforço e disposição, de forma a seguir as recomendações preconizadas<sup>(14)</sup>.

### *Impacto Emocional e Afetivo*

Observou-se, nos relatos, que o impacto emocional e afetivo foi determinante na volição cotidiana das mulheres com doença coronariana.

#### Tristeza e Disposição Diminuída

A tristeza é evidenciada pela disposição diminuída e a falta de habilidade em tomar atitudes e ações otimistas. As mulheres revelaram como mudanças importantes as alterações emocionais, conforme relatos:

*[...] esse problema, eu não sei as outras pessoas, mas eu, ele tirou toda a animação que eu tinha, ele tirou, porque eu era uma pessoa animada, hoje sou uma pessoa triste, não por não querer ser animada, porque quando eu penso em me animar, ter aquele pouco de alegria, aquela coisa, eu sinto aquela dor, aquela coisa me chama atenção... (M1).*

*O que mudou, que eu fiquei muito, assim, triste. Eu não ando na casa de ninguém, fico só em casa, isolada. Pra mim, que eu ficando em casa, eu fico mais a vontade, né? Pra mim, sair assim, eu fico mais... Não sei, né? Vivo triste, só vivo triste, desde que eu fiquei doente, só fico triste, choro... (M6).*

*[...] enquanto eu não souber, enquanto eu não fizer, eu não tenho ânimo pra sair assim pra me divertir... enquanto eu não souber o que eu vou fazer, e eu não fizer essa cirurgia aí... (M9).*

A doença impõe modificações no cotidiano das mulheres, ainda que temporariamente, como as alterações sentidas e percebidas, que refletem sentimentos de tristeza e diminuição da disposição, mudança nas relações pessoais, dentre outras. Apesar da depressão não ter sido referida como uma comorbidade pelas mulheres deste estudo, o sentimento de tristeza esteve presente nos relatos, o que pode revelar maior vulnerabilidade diante das dificuldades inerentes à condição da doença coronariana em suas vidas.

Especialmente em mulheres, há necessidade de maior atenção a esses aspectos, por estarem mais propensas aos transtornos emocionais e de humor e por serem as doenças depressivas as que mais atingem essa população. Os sintomas emocionais oriundos da doença cardíaca podem ser confundidos com o diagnóstico de depressão. Dentre eles, destacamos falta de energia, inapetência, fadiga, insônia e dificuldade de concentração, que requerem uma avaliação minuciosa por parte dos profissionais, para que possam ser

diferenciados. A associação entre depressão e a doença cardíaca pode estar relacionada à progressão da aterosclerose, uma vez que pessoas com depressão parecem ter uma resposta plaquetária aumentada<sup>(15)</sup>.

As alterações do humor ou de afetos, que também podem ser decorrentes de situações ou contextos de vida como a ocorrência de uma doença, promovem um predomínio de aspectos negativos na vida do indivíduo cuja internalização produz respostas às circunstâncias sociais e psicológicas vivenciadas. As relações entre os estados de ansiedade, raiva, tristeza ou nervosismo associam-se ao estresse emocional, além da depressão, que está fortemente implicada nesse processo<sup>(8)</sup>.

#### Impotência, Inutilidade e Perda da Autonomia

A doença coronariana, além de interferir nas atividades laborais e domésticas, prejudica a realização das atividades de lazer, pois o impacto da doença sobre o cotidiano incapacita a pessoa. As mudanças representam uma ruptura na vida cotidiana dessas mulheres; sentimentos de impotência e de inutilidade diante das restrições impostas pela doença modificam a dinâmica familiar e as tornam dependentes de outrem.

*[...] a gente fica uma pessoa inutilizada. Como eu vivo assim? Não tenho condição de tá trabalhando, fazendo nada... É uma vida muito cansativa, que a gente sente com esse problema de coração. Nada a gente pode fazer, não pode cuidar da vida da gente... Eu vivo inutilizada... (M3).*

*[...] eu não posso fazer nada. Eu me sinto inútil, eu tô me sentindo inútil, só esperando pelos outros... (M10).*

*Eu estava fazendo caminhada, muito bem, graças a Deus. Apareceu a dor, acabou. Eu não consigo andar, porque dói demais; eu começo a suar geladinho, geladinho, aí eu tenho que me segurar em qualquer coisa assim, sabe, botar meu braço pra cima, ficar segurando até ver se alivia, pra mim poder ir embora. Aí não tive condição de andar mais... (M2).*

As mulheres pesquisadas inserem-se nessa realidade, ao relatarem as restrições e incapacidades provocadas pela doença, alusivas às atividades domésticas e/ou laborais, como as mais impactantes no seu cotidiano. As limitações impostas pela doença alteram sua capacidade física e modificam seus hábitos de vida. A presença de sintomas ocasiona sentimentos de frustração, sofrimento, dependência e ociosidade, conforme relatos seguintes:

*Trabalhos domésticos, pra mim, no meu dia a dia, quando eu estava boa de saúde, eu fazia tudo: lavava, cuidava da casa, fazia comida, fazia tudo. Hoje eu não posso mais fazer nada disso [...] Peso eu não posso pegar, eu não posso lavar uma roupa; a casa, se eu pego a vassoura, mesmo que eu tenha vontade de varrer, se eu vou pegar a vassoura pra varrer uma casa, eu sinto tontura de cabeça, eu não posso baixar minha cabeça; se eu baixo, eu sinto aquela tontura... (M1).*

*[...] a dificuldade, assim, que eu não posso mais trabalhar [...] aí não posso fazer mais as coisas que eu fazia, né? ... cuidar, nas minhas atividade de casa, preparar o almoço, lavar roupa, limpar casa e limpar quintal, e fazer minhas plantações. Eu gostava de plantar meu alface, meu cheiro-verde, minha cebolinhas, essas coisinhas de canteiro né... devido a essa doença do coração aí, eu já não posso mais fazer... (M15).*

Algumas mulheres relataram a perda da autonomia intensificada pelo medo da sintomatologia recorrente. A família coíbe-as de realizar atividades habituais, provavelmente por preocupação, zelo e cuidado, movida pelo medo do agravamento da situação de saúde, mesmo quando possam apresentar-se capazes. Pode-se notar a insatisfação e decepção nas falas das mulheres, o que demonstra que a doença afeta também o seu lazer.

*[...] eu não faço nada em casa, ninguém deixa eu fazer nada, mesmo que eu queira fazer, ninguém deixa... então é só comer, beber e dormir e mais nada [...] Quando a minha nora, que eu moro com eles, quando a minha nora tá muito ocupada, aí eu pego, faço o almoço; a louça está suja, e ela está ocupada, aí eu vou, lavo a louça, mas se tiver*

*muita louça pra ficar assim lavando, aí eu canso...* (M10).

*[...] eu não posso sair de casa sozinha. Ultimamente eu não posso andar assim, pra ir num lugar. É tanto que eu frequentava muito a igreja e agora é difícil eu ir, porque meu filho não tem tempo de tá me levando todo dia e me buscar [...] Eu tenho medo de sair de casa pra longe, assim, é muito difícil né? É muito difícil...* (M3).

*[...] saía de casa, gostava de ir nas festinhas [risos] [...] Não vou em nada, não vou nem na rua, porque eu só saio se for com uma pessoa pra me pegar no braço. Eu não gosto de tá incomodando toda hora. Gostava muito de ir pras festas, de brincar, de beber, bebia um copinho, não bebia muito, mas bebia um copinho pra satisfazer assim as pessoas, tudo isso eu fazia, mas agora não faço nada... dançava... agora não faço nada...* (M11).

Considerando que a doença coronariana é uma situação crônica, a elaboração de estratégias torna-se fundamental para auxiliar no processo de readaptação, visando à prevenção de novos agravos e melhor qualidade de vida.

A família tem um papel fundamental nesse processo educativo, principalmente quando se confirma o diagnóstico da doença arterial coronariana. A sensação de impotência e dependência no processo de viver dessas mulheres está relacionada ao medo de perder a autonomia e a capacidade física, a preocupação com o futuro e o bem-estar seu e de sua família. O trabalho parece ter um significado importante, um sentimento de utilidade e de reconhecimento produtivo.

As principais preocupações estão relacionadas às atividades laborais, pois consistem numa forma de realização pessoal, um fenômeno que dá sentido à vida, determinado não somente pelo aspecto financeiro, mas, principalmente, pela autonomia, utilidade, participação e valoração profissional e familiar. As alterações causadas pela doença cardíaca também podem influenciar negativamente na realização das atividades inerentes aos afazeres domésticos<sup>(10)</sup>.

É possível perceber que a doença cardíaca interfere na vida social. A presença de uma doença

acompanhada de manifestações diversas causa perturbação no funcionamento do corpo e da mente, interferindo nas atividades domésticas, de trabalho, de lazer, enfim, cotidianas, impactando na estrutura biológica, emocional e social dessas mulheres.

A situação de passar por uma doença exige a atribuição de novos significados ao processo de viver e a adaptação às limitações das condições de vida, o que leva a uma reorganização do funcionamento e da dinâmica familiar em busca do equilíbrio. A família necessita reorganizar-se para oferecer ao ente querido o apoio necessário, de forma que o auxilie na superação dos sentimentos negativos advindos do adoecimento. Essa necessidade de apoio aparece quando percebem a necessidade e o valor do outro. Nesse sentido, a família, que em geral é a primeira referência que se tem de apoio diante das dificuldades enfrentadas pela doença cardíaca, pode ajudar as mulheres a sentirem-se mais fortes para superar essa nova realidade<sup>(10)</sup>.

As expectativas e sonhos em relação ao futuro da família estão presentes nos discursos, nos quais as mulheres demonstram preocupação pela possibilidade de não poder presenciar as conquistas dos filhos e netos e em deixá-los desamparados financeiramente, conforme depoimentos:

*[...] o maior sonho da minha vida é comprar uma casa pra minha filha, deixar ela debaixo [choro], porque, se eu chegar a morrer, ela tem onde morar, porque ela não tem marido e nem emprego, entendeu?... E quero que Deus me dê uma graça de poder passar meu dinheiro pra filhinha dela de 8 anos, entendeu? Se eu fizer essas coisas, eu posso morrer, eu morro feliz, porque eu sei que minha filha tá amparada...* (M2).

*[...] meu maior sonho da minha vida é eu ver minhas duas meninas fazer a faculdade delas, que é o maior sonho delas, terminar a faculdade, seguir a vida delas, arranjar um emprego bom pra elas trabalharem [...] é de eu acabar de criar meus filhos, minhas filhas terminarem os estudos delas, eu comprar uma casa e viver feliz, ver minhas filhas naquela rotina, naquele trabalho que elas querem, e aquilo mesmo que eu não sirva mais pra nada,*



*pra fazer nada, mas só de tá perto de minbas filhas e elas de mim, pra mim é a maior felicidade do mundo... (M1).*

*[...] meus filhos viverem bem... terem a vida longa, criarem os filhos... que Deus permita que eles tenham a felicidade que eu tive de criá-los, né, e deles criar os deles. É isso que eu peço pra Deus, assim que eu tenha de ver os meus netinhos, meu netinhos que já tão grande [risos]... (M7).*

Visualiza-se, nos relatos das mulheres entrevistadas, que a preocupação e a sensibilidade em relação aos familiares foram evidentes, demonstrando o valor que nutrem pela família.

As atenções não se voltam apenas na direção da família, para a pessoa doente e para a sua própria condição de saúde, mas também para as responsabilidades e os compromissos com a família. Surgem outras preocupações relacionadas à percepção de que a família depende da sua condição plena de saúde. As responsabilidades como mulher, mãe e avó, por exemplo, tornam-se um agravante na convivência com a doença, envolve possibilidade da perda do controle da situação, principalmente quando os filhos ou netos apresentam dependência financeira, gerando angústias e situações de vulnerabilidade. A doença vai além das questões físicas ou emocionais e implica um amplo sofrimento<sup>(16)</sup>.

Algumas mulheres associam os seus sonhos a alguns desejos em relação aos seus filhos. Isso acontece pela esperança que seus filhos venham a ter uma vida livre dos problemas ou adversidades que elas próprias vivenciaram. Ademais, as mães tendem a transferir para os seus filhos os sonhos que não puderam realizar, como o sonho de estudar e ter um futuro mais digno<sup>(17)</sup>.

Sabe-se que, em relação aos netos, muitas avós assumem a responsabilidade pela educação. Existem diversos motivos que as levam a essa situação, como o fato de os filhos, continuarem vivendo com elas por questões financeiras, divórcio, gravidez precoce, imaturidade e não poder acompanhá-los na vida adulta. Associado a isso, pode existir também as frustrações da época em que foram mães, sentindo a responsabilidade de assumir o papel de maneira diferente,

com realização e orgulho, além de possuírem uma companhia na fase da terceira idade<sup>(18)</sup>.

É fato que a doença coronariana promove uma ruptura em relação ao seu bem-estar, pelos sintomas físicos e emocionais que a doença traz. Percebe-se, entretanto, a possibilidade de vislumbrar um futuro melhor, com superação dos fatores adversos. Apesar de todos os sintomas e sentimentos negativos, as entrevistadas depositaram muitas esperanças em voltar a ter uma vida saudável e feliz, com possibilidade de retorno às atividades domésticas, laborais, de lazer e afetivas. Nessa perspectiva, o apoio oferecido pela família, amigos, grupos religiosos e profissionais auxilia de forma determinante frente às situações enfrentadas diante da doença.

## Conclusão

Este estudo proporcionou uma visão abrangente acerca dos aspectos físicos, emocionais, sociais e culturais que permeiam a vida da mulher com uma doença coronariana e interferem no seu cotidiano. As concepções negativas relacionadas às sensações, percepções e dificuldades enfrentadas pela doença sobressaíram-se.

Concluiu-se que as limitações impostas pela doença desestabilizavam a mulher física e emocionalmente, trazendo para a sua realidade cotidiana o impacto físico, emocional e afetivo. As mulheres reconheceram a gravidade da doença e a importância de seguirem as orientações preconizadas, o que demonstra preocupação em relação ao seu futuro e ao da sua família, refletindo a vontade de recuperar a saúde, no esforço e na esperança de poder retornar a uma vida normal.

A compreensão sobre o impacto da doença coronariana no cotidiano das mulheres é um aspecto relevante na área da saúde, em especial da enfermagem, pois permite que o profissional identifique o conhecimento do senso comum sobre a doença e suas repercussões diárias, além de ter a oportunidade de conhecer o comportamento que configura o modo de ser, sentir, perceber e agir do gênero feminino.

Considerar essa perspectiva oferece uma nova probabilidade para planejar estratégias de

promoção da saúde, considerando os impactos físicos e emocionais envolvidos e as implicações no seu cotidiano. Essa ação contribui, consequentemente, para diminuir a morbimortalidade e para a prevenção de eventos mais graves em mulheres, além de proporcionar reflexão sobre a prática de ações de cuidado com razão e sensibilidade, permeada pelas dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e subjetivas das mulheres.

Como limitações do estudo ressalta-se a exploração da subjetividade e diversidade das situações apresentadas, assim como a região geográfica onde o estudo foi desenvolvido e o serviço especializado. Entretanto, sugere-se que a proposta de pesquisa seja ampliada a outras realidades e serviços.

### Fonte de Financiamento

O estudo recebeu apoio financeiro da Fundação de Apoio à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA).

### Referências

1. Cantus DS, Ruiz MCS. A cardiopatia isquêmica na mulher. *Rev latino-am enferm* [Internet]. 2011 dez [citado 2014 dez 4];19(6):[8 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt\\_25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_25.pdf)
2. Mansur AP, Favarato D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. *Arq bras cardiol* [Internet]. 2012 ago [citado 2013 jun 9];99(2):755-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v99n2/aop05812.pdf>
3. Polonini HC, Raposo NRB, Brandão MAF. A terapia de reposição hormonal e a saúde da mulher no climatério: riscos e benefícios. *Rev APS* [Internet]. 2011 [citado 2014 jan 18]; 14(3):354-61. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/1129/514>
4. Silva YNE, Pereira VO, Pereira AMO, Pereira GIM, Espírito Santo MF, Bacelar L et al. Menopause and hormone replacement therapy: a literature review. *UNINGÁ Rev* [Internet]. 2013 [cited 2013 dez 23];16(1). Available from: <http://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl>
5. Vieira GFM, Farrapo Junior CL, Schuhmacher Neto R, Trevisol DJ, Trevisol FS. Avaliação clínica dos pacientes submetidos à cineangiocoronariografia no Hospital Nossa Senhora da Conceição, da cidade de Tubarão. *Rev AMRIGS* [Internet]. 2010 out/dez [citado 2013 dez 27];54(4):427-31. Disponível em: [http://www.amrigs.org.br/revista/54-04/012-634\\_avaliacao.pdf](http://www.amrigs.org.br/revista/54-04/012-634_avaliacao.pdf)
6. Mussi FC, Pereira Á. Tolerância à dor no infarto do miocárdio. *Acta paul enferm* [Internet]. 2010 [citado 2012 dez 28];23(1):80-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-100201000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-100201000100013&script=sci_arttext)
7. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev latino-am enferm* [Internet]. 2010 [citado 2013 dez 8];18(3):459-66. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf)
8. Valença CN, Nascimento Filho, JM, Germano RM. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. *Saúde soc* [Internet]. 2010 jun [citado 2014 jan 3]; 19(2):273-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/05.pdf>
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
10. Garcia RP, Budó MLD, Barbosa MS, Simon BS, Leal TC, Oliveira SG. Caracterização das teses e dissertações de enfermagem acerca do infarto do miocárdio. *Rev saúde (Santa Maria)* [internet]. 2012 jul/dez [citado 2014 jan 8];38(2):107-22. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasauade/article/view/6310>
11. Ferreira AG, Celso Filho CDC, Lourenço RA, Esporcate R. A doença arterial coronariana e o envelhecimento populacional: como enfrentar esse desafio? *Rev HUPE* [internet]. 2013 ago [citado 2013 nov 25];12(1):13-24. Disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=402](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=402)
12. Rojas EM, Leal SAH. Diferencias genotípicas y fenotípicas entre géneros: Cardiología de la Mujer; Genotypic and phenotypic differences between genders: cardiology for women. *Med UIS* [Internet]. 2011 [cited 2013 ago 12];24(3):272-85. Available from: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2841/3079>

13. Damasceno CA, Queiroz TL, Santos CAST, Mussi FC. Fatores associados à decisão para procura de serviço de saúde no infarto do miocárdio: diferenças entre gêneros. *Rev esc. Enferm USP* [Internet]. 2012 dec [citado 2014 jan 2];46(6):1362-70. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000600012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600012)
14. Oliveira LB, Püschel VAA. Conhecimento sobre a doença e mudança de estilo de vida em pessoas pós-infarto. *Rev eletr enferm* [Internet]. 2013 [citado 2013 nov 14];15(4):1026-33. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v15/n4/pdf/v15n4a21.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/pdf/v15n4a21.pdf)
15. Serrano Junior CV, Setani KT, Sakamoto E, Andrei AM, Fraguas R. Depressão, estado emocional e doença arterial coronária. *Rev SOCESP* [Internet]. 2012 [citado 2014 dez 5];22(1),SuplA:19-23. Disponível em: <ases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=671086&indexSearch=ID>
16. Margarita AS. La cotidianidad y el liderazgo femenino. *Rev enferm. Herediana* [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 10];3(2):104-12. Available from: [http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13559/pdf\\_25](http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13559/pdf_25)
17. Magalhães K, Cotta RMM, Gomes KO, Franceschini SCC, Batista RS, Soares JB. Entre o conformismo e o sonho: percepções de mulheres em situação de vulnerabilidade social à luz das concepções de Amartya Sen. *Physis rev saúde coletiva* [Internet]. 2011 [citado 2014 jan 18];21(4):1493-514. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oaid=400838235017>
18. Araújo CP, Dias CMSB. Avós guardiões de baixa renda. *Pesq Prát Psicossociais* [Internet]. 2010 jul [citado 2014 jan 15];4(2):229-37. Disponível em: [http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/volume4\\_n2/araujo\\_e\\_dias.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/volume4_n2/araujo_e_dias.pdf)

Artigo apresentado em: 17/10/2015

Aprovado em: 11/1/2016

Versão final apresentada em: 21/1/2016