UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LÍSCIA DIVANA CARVALHO SILVA

MULHER CLIMATÉRICA COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA: desvelando
sentidos e significados

Ribeirão Preto

2014

LÍSCIA DIVANA CARVALHO SILVA

MULHER CLIMATÉRICA COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA: desvelando
sentidos e significados

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutora em
Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem em
Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Marli Villela
Mamede

Ribeirão Preto

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Silva, Líscia Divana Carvalho

Mulher climatérica com doença arterial coronariana:
desvelando sentidos e significados. Ribeirão Preto, 2014.

148 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de
Enfermagem Ribeirão Preto/USP. Área de concentração:
Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Mamede, Marli Villela.

1. Climatério. Menopausa. Doença das coronárias.
Significado.

SILVA, L. D. C. **Mulher climatérica com doença arterial coronariana**: desvelando sentidos e significados. Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Às pessoas mais preciosas que sempre farão parte da minha vida: Meus pais **Ney de Aquino** (*in memoriam*) e **Rosilda Pachêco** (*in memoriam*), meu esposo **Paulo Eduardo** e minhas filhas, **Letícia de Paula** e **Eduarda Vanessa**, é por vocês e para vocês que eu vivo.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora a professora **Marli Villela Mamede**, obrigada pela oportunidade de conhecê-la, pelo acolhimento, sabedoria, tranquilidade e competência na construção desta pesquisa, e por ser exemplo de pessoa detentora de grande conhecimento que não se deixa contaminar pela vaidade, sendo sempre fiel aos ensinamentos com admirável simplicidade.

A todas as **mulheres** do estudo, que generosamente cederam seu tempo e se dispuseram a contribuir com esta pesquisa, compartilhando comigo seus ricos depoimentos, pensamentos, sentimentos, emoções, experiências e vivências; concedendo-me a oportunidade de tentar desvelar uma parte de suas vidas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a **Deus**, pela vida e pela concretização de mais um grande sonho, a consolidação desta pesquisa, a qual se deve em parte a sua infinita bondade e misericórdia. A Ti devo imensamente tudo!

A meu pai, **Ney de Aquino Carvalho** (*in memoriam*), cuja vida e exemplo influenciaram minhas escolhas. Quanta saudade. Obrigada pelo privilégio de ser sua filha, pela preocupação, compromisso, educação, seriedade, e formação do meu caráter.

A minha mãe **Rosilda Pachêco Carvalho** (*in memoriam*), que precocemente partiu, deixando-me ainda criança. Quanta saudade. Obrigada por me mostrar o amor, a ternura, a dedicação a Deus e à família e a qualidade mais admirável, a alegria com que conduzia sua vida, contagiando a todos.

A meu esposo **Paulo Eduardo Sousa Silva**, um homem de muitas qualidades, agradeço pelo companheirismo, afeto, carinho, fidelidade e seriedade com que conduz a missão de esposo e pai. Foi você que me fez conhecer o verdadeiro sentido da vida humana e a maior felicidade, o amor. É com você que me sinto eu mesma.

Às minhas filhas, **Letícia de Paula Carvalho Silva** e **Eduarda Vanessa Carvalho Silva**, minhas princesas, minhas pedras preciosas, que me proporcionaram conhecer o dom sublime de ser mãe, obrigada pela inspiração e força para seguir sempre em frente. É para vocês que deixo o que de melhor consegui construir.

Aos meus irmãos **José Ney de Aquino Carvalho** (*in memoriam*), **Gilze Roseane Carvalho Fonseca**, **Saul Edilberto Pachêco Carvalho** e **Magda Denise Carvalho de Oliveira**. Quanta saudade dos tempos mais distantes, aqueles da infância. Obrigada pelo amor que sinto e por ter a certeza de que esta alegria é também compartilhada por vocês.

Aos amados, meu sogro **Osmar Pedro da Silva**, por me ensinar o quanto o ser humano pode ser forte nas intempéries da vida e a minha sogra **Maria dos Aflitos Sousa Silva**, minha segunda mãe, exemplo de humildade, serenidade e mansidão.

A minha querida **Maria Celeste Valporto Santos**, amiga mais que especial, amiga de todas as horas, amiga-mãe. Obrigada por fazer parte da minha vida e me ensinar o valor de uma amizade.

Às Professoras da Banca de Defesa, **Rosana Aparecida Spadoti Dantas, Marislei Sanches Panobianco, Maria Eliane Liégio Matão e Cláudia Teresa Frias Rios** pela disponibilidade, pelas valorosas contribuições e por aceitarem partilhar desta etapa de minha vida acadêmica e profissional.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo, em especial à Profa. **Ana Maria de Almeida** e Prof. **Pedro Fredemir Palha**, pela competência e sabedoria na condução do Doutorado Interinstitucional (DINTER).

Às Professoras **Elba Gomide Mochel, Sirliane de Sousa Paiva e Arlene de Jesus Mendes Caldas** do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, pelo importante apoio na idealização e concretização do DINTER.

À psicóloga **Ana Teresa Mendes** e às acadêmicas de enfermagem, **Josilma Silva Nogueira, Leide Thayane Rolim Cantanhêde e Yana Thalita Barros de Oliveira Castro**, por terem ajudado na condução dos grupos focais.

A todas as colegas do doutorado, em especial, **Andréa Cristina Oliveira Silva, Poliana Pereira Costa Rabelo, Ilana Mirian Almeida Felipe, Juciléia Neves Ferreira e Serlyjane Penha Hermano Nunes**, pela prazerosa convivência em alguns momentos.

Aos meus **alunos e alunas**, que me ensinam, me instigam e me desafiam para a busca e construção de novos conhecimentos, de novos saberes.

A todos **aqueles** que conviveram comigo durante a realização desta pesquisa, em suas mais distintas participações.

“A utilidade é uma coisa muito cansativa; você ter utilidade para alguém é alguma coisa muito cansativa, está certo realiza, humanamente falando é interessante você saber fazer as coisas, mas eu acredito que a utilidade é um território muito perigoso porque muitas vezes a gente acha que o outro gosta da gente, mas não; ele está interessado naquilo que a gente faz por ele. É por isso que a velhice é esse tempo que passa a utilidade e aí fica só o seu significado como pessoa. Eu acho que o momento que a gente purifica, que a gente vai ter a oportunidade de saber quem nos ama de verdade, por que só nos ama, só vai ficar até o fim, aquele que depois da nossa utilidade, descobrir o nosso significado....Alguém que saiba acolher a minha inutilidade, alguém que possa saber que eu já não sirvo pra muita coisa, mas eu ainda tenho o meu valor... É assim que nós descobrimos o significado do amor, só o amor nos dá condições de cuidar do outro até o fim, por isso eu digo: feliz aquele que tem, ao final da vida, a graça de ser olhado nos olhos e ouvir a fala que diz: você não serve pra nada, mas eu não sei viver sem você”.

Pe. Fábio de Melo

RESUMO

SILVA, L. D. C. **Mulher climatérica com doença arterial coronariana**: desvelando sentidos e significado. 2014. 147 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

Esta pesquisa de abordagem quali-quantitativa objetivou compreender o significado atribuído pelas mulheres climatéricas à doença arterial coronariana (DAC), analisando a relação que elas estabelecem na vivência com tais episódios (climatério e DAC). O referencial teórico-metodológico utilizado na análise da pesquisa foi o interacionismo simbólico, respaldado no método de análise de conteúdo. Na fase quantitativa, utilizou-se como instrumento de coleta de dados a Escala de Avaliação da Menopausa (MRS) com quarenta (40) mulheres; dessas 40 mulheres participaram da fase qualitativa, a técnica de grupos focais, vinte e cinco (25) mulheres. A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. A idade média das mulheres foi de 58 anos, menopausa aos 45 anos; a maioria com baixa escolaridade, exercia atividades do lar; somente uma (01) fora usuária de terapia hormonal. Os sintomas mais frequentes relatados foram: ansiedade, mal estar no coração, irritabilidade, problemas musculares e nas articulações. Os sintomas mais intensos, entretanto, foram os problemas musculares e nas articulações, ansiedade, mal estar no coração, esgotamento físico e mental. Ao referirem o significado do climatério e menopausa, as mulheres não conseguiram definir claramente o climatério, pois associavam-no ao envelhecimento e às doenças. O significado da DAC é descrito como uma manifestação grave e incurável, de caráter multifatorial, com intensos sintomas, sentimentos e emoções como taquicardia, palpitação, cansaço, dor, incapacidade, dependência, inutilidade, impotência, tristeza, humilhação e medo, os quais provocavam modificações no cotidiano de suas vidas, levando à incapacidade física para executar atividades domésticas e do trabalho, o que as definia como sendo doentes. Na perspectiva das mulheres, o climatério é um importante marcador de mudança de estado de saúde, ou seja, um período permeado de mal-estar e de forte inclinação para se considerarem como enfermas (enfermidade). No entanto, somente a partir do diagnóstico da DAC, elas assumem o papel de doente.

Palavras-chave: Climatério. Menopausa. Doença das coronárias. Significado.

ABSTRACT

SILVA, L. D. C. **Climacteric woman with coronary artery disease**: uncovering meanings and significance. 2014. 147 f. Thesis (Doctoral) - University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing, Ribeirão Preto, 2014.

The purpose of this qualitative and quantitative research is to understand the meaning assigned by menopausal women with coronary artery disease (CAD) and analyze the relation that they establish in their experiences with such episodes (climacteric and CAD). The theoretical and methodological framework used in the analysis of the survey was the symbolic interactionism supported by the content analysis method. Quantitative phase was used as an instrument for data collection Menopause Rating Scale (MRS) to forty (40) women; of these 40 women participated in the qualitative phase, the focus groups technique, with twenty five (25) women. The research was conducted at the Cardiologic Clinic at the University Hospital of the Federal University of Maranhão. The average age of the patients was 58 years old, menopause at age 45, most with low education, used to do the household chores, of which only one was a user of hormone therapy. The most frequent reported symptoms were anxiety, malaise at heart, irritability, muscle and joint problems. However, the most intense symptoms found were muscle and joint problems, anxiety, malaise at heart, physical and mental exhaustion. When referring to climacteric and menopause, women could not clearly define the climacteric; associating these symptoms to aging and diseases. The significance of CAD is described as an incurable and severe manifestation, multifactorial with intense symptoms, feelings and emotions such as tachycardia, palpitations, fatigue, pain, disability, dependence, helplessness, powerlessness, sadness, humiliation and fear, which causes changes in their daily lives, leading to physical inability to work and to do the household chores, defining them as sick people. From the women perspective, menopause is an important change marker in health status, in other words, a permeate period of malaise and steeply sloping to consider themselves sick (illness), however, is based on the diagnosis of CAD that they assume the diseased condition.

Keywords: Climacteric. Menopause. Coronary disease. Meaning.

RESUMEN

SILVA, L. D. C. **Mujer climatérica con enfermedad arterial coronaria**: desvelando sentidos y significado. 2014. 147 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2014.

Esta investigación de abordaje cuali-cuantitativa ha objetivado comprender el significado atribuido por las mujeres climatéricas a la enfermedad arterial coronaria (DAC), analizando la relación que ellas establecen en la vivencia con tales episodios (climaterio y DAC). El referencial teórico-metodológico utilizado en el análisis de la encuesta fue el interaccionismo simbólico, respaldado en el método de análisis de contenido. En la fase cuantitativa fueron utilizado como instrumento de recogida de datos la escala de Avaliação de la Menopausia (MRS) con cuarenta (40) mujeres; en la fase cualitativa, la técnica de grupos focales, con veinticinco (25) mujeres. La investigación ha sido realizada en el Ambulatorio de Cardiología del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Maranhão. La edad media de las mujeres fue de 58 años, menopausia a los 45 años; la mayoría con baja escolaridad, ejercía actividades del hogar; solamente una (01) era usuaria de terapia hormonal. Los síntomas más frecuentes relatados fueron: ansiedad, malestar en el corazón, irritabilidad, problemas musculares y en las articulaciones. Los síntomas más intensos, sin embargo, han sido los problemas musculares y en las articulaciones, ansiedad, malestar en el corazón, agotamiento físico y mental. Al referirse al significado del climaterio y menopausia, las mujeres no han logrado definir claramente el climaterio, porque lo asociaban al envejecimiento y a las enfermedades. El significado del DAC es descrito como una manifestación grave e incurable, de carácter multifactorial, con intensos síntomas, sentimientos y emociones como taquicardia, palpitación, cansancio, dolor, incapacidad, dependencia, inutilidad, impotencia, tristeza, humillación y miedo, los cuales provocan modificaciones en el cotidiano de sus vidas, llevando a la incapacidad física para ejecutar actividades domésticas y del trabajo, lo que las definía como siendo enfermas. En la perspectiva de las mujeres, el climaterio es un importante marcador de cambio de estado de salud, o sea, un período de malestar y de fuerte inclinación para que se consideren enfermas (enfermedad). Sin embargo, solamente a partir del diagnóstico de la DAC, ellas asumen el papel de enferma.

Keywords: Climaterio. Menopausia. Enfermedad de las coronarias. Significado.

LISTA DE TABELAS

Tabela 6.1 - Perfil sociodemográfico das mulheres climatéricas do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís – MA, 2013	62
Tabela 6.2 - Características ginecológicas e obstétricas, uso de terapia de reposição hormonal e depressão das mulheres climatéricas do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís – MA, 2013	64
Tabela 6.3 - Frequência, Percentual, Escore e Média do Escore dos sintomas climatéricos em mulheres do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís – MA, 2013.....	69
Tabela 6.4 - Distribuição da frequência, escore e média de escore dos sintomas climatéricos, segundo subescalas da MRS (somáticos, psicológicos e urogenitais) em mulheres do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís – MA, 2013	73
Tabela 6.5 - Gravidade dos sintomas climatéricos avaliados segundo subescalas da MRS (somáticos, psicológicos e urogenitais) em mulheres do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís – MA, 2013.....	76

LISTA DE SIGLAS

AHA	<i>American Heart Association</i>
CAT	Cinecoronário Angiografia Transluminal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COMIC	Comissão de Iniciação Científica
DAC	Doença Arterial Coronariana
DIAEPE	Diretoria Adjunta Ensino, Pesquisa e Extensão
EUA	Estados Unidos da América
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
HUMI	Hospital Universitário Materno Infantil
HUPD	Hospital Universitário Presidente Dutra
HUUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IMS	<i>International Menopause Society</i>
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade
MEC	Ministério da Educação
MRS	<i>Menopause Rating Scale</i>
MS	Ministério da Saúde
NAMS	<i>American Menopause Society</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
SBPC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SOBRAC	Sociedade Brasileira do Climatério
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	26
2.1	Objetivo geral	26
2.1	Objetivos específicos	26
3	O OBJETO INVESTIGADO: mulher climatérica com doença arterial coronariana	27
4	O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: interacionismo simbólico	41
5	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	47
5.1	Tipo do estudo e cenário da investigação	47
5.2	Participantes da pesquisa e critérios de seleção	49
5.3	Escala de avaliação da menopausa – <i>Menopause rating scale</i> (MRS)	50
5.4	Coleta de dados	52
5.5	Tratamento e interpretação dos dados	56
5.6	Aspectos éticos da pesquisa	61
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
6.1	Resultados quantitativos	63
6.1.1	Caracterização das participantes	63
6.1.2	Sintomas climatéricos: resultados da MRS	69
5.2	Resultados qualitativos	77
5.2.1	Desvelando o significado do climatério e menopausa	77
5.2.2	Desvelando o significado da doença arterial coronariana	91
5.5	Relação entre sintomatologia do climatério e doença arterial coronariana: perspectiva das mulheres	121
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
	REFERÊNCIAS	128
	APÊNDICE	139
	ANEXOS	142

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais no início do século XX, e a atenção à saúde desse grupo segue uma evolução cujos antecedentes podem ser considerados a partir da década de 1970. Desde então, as políticas passaram a desenvolver, em diversas unidades da Federação, atividades de capacitação em atenção integral à saúde da mulher e, em algumas delas, ações de saúde específicas direcionadas às mulheres no climatério (BRASIL, 2008).

Na população brasileira, as mulheres são mais numerosas e apresentam maior expectativa de vida. De um total de 195,2 milhões de habitantes, 100,5 milhões (51,5%) são mulheres, número superior aos 94,7 milhões de homens (48,5%). O sexo feminino não apenas é mais expressivo, são 5,8 milhões de mulheres a mais, como também se concentra nas faixas etárias mais avançadas. As mulheres predominam entre a população acima dos 30 anos – do total da população feminina, 22,7% têm de 30 a 44 anos; 17,6% estão na faixa dos 45 a 59 anos, 9,4% têm de 60 a 74 anos, e 3,7% têm 75 anos ou mais –, ao contrário dos homens, que se destacam nas parcelas mais jovens da população: 24,4% têm de zero a 14 anos; outros 26,1% compõem a faixa dos 15 a 29 anos, com valores reduzidos a partir dos 50 anos. De acordo com a Tábua de Mortalidade do Brasil, projetada para o ano de 2010, a esperança de vida ao nascer, para ambos os sexos, foi de 73,48 anos. Ao ultrapassar os riscos de morte e sobrevivendo, por exemplo, até os 40 anos de idade, o brasileiro teria, em média, mais 37,74 anos, podendo atingir uma vida média de 77,74 anos. Ao considerar os sexos masculino e feminino, as respectivas vidas médias aos 40 anos seriam de 75,15 e 80,22 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

O climatério é entendido como uma fase de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher e a menopausa como um marco dessa fase (BRASIL, 2008). Nessa fase, o limite etário é estabelecido entre 40 e 65 anos de idade, apesar de ser difícil determinar o momento exato de seu início. Em geral o climatério inicia em torno dos 40 anos de idade, variando consideravelmente de uma mulher para outra, com manifestações diversas (PASCHOAL, POLESSI; SIMIONI, 2010).

A menopausa representa um momento pontual do climatério, consiste na interrupção permanente da menstruação e só é definida após 12 meses de amenorreia em função da perda da atividade folicular ovariana (PEREIRA; SILVA; SIQUEIRA, 2008; OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008; COELHO; PORTO, 2009). Ela ocorre em média entre 45 e 55 anos, mas pode ocorrer prematuramente, antes dos 40 anos, em decorrência de tabagismo, de procedimento cirúrgico como ooforectomia ou em consequência do tratamento de neoplasias, as quais incluem cirurgia pélvica, terapia de radiação e/ou quimioterapia, ou ainda em doenças autoimunes ou menarca precoce (WISE et al., 2002; FILIPPETTO et al., 2009; PASCHOAL; POLESSI; SIMIONI, 2010). Para Santos et al. (2007), não existe correlação entre a idade da menarca, paridade, idade do último parto, constituição somática, ambiente ou educação com a idade da menopausa, porém, o fumo é referido como o principal fator que antecipa a idade da menopausa e acentua as ondas de calor. Considerando-se que a expectativa de vida para as mulheres brasileiras está em torno de 80 anos, é notório que as mulheres desfrutarão ainda muitos anos de vida após a menopausa.

As comparações de idade na menopausa tornam-se difíceis pelas diferentes metodologias aplicadas em estudos entre as populações e por essas metodologias estarem relacionadas a diversos fatores, tais como herança genética, tabagismo, número de gestações e uso de pílulas anticoncepcionais.

A menopausa frequentemente é descrita como um período de "mudança feminina", no qual uma mulher mais velha sofre instabilidade emocional ou apresenta um comportamento perturbado. Como concepção social, é descrita como uma imagem de "mulheres desesperadas e melancólicas", sem perspectiva de futuro. Para muitas mulheres menopáusicas, essas generalizações estereotipadas parecem falsas, pois a maioria não experimenta mudanças importantes e permanentes; na verdade, muitas referem que após a menopausa se percebem com uma energia renovada. As crenças e atitudes em relação à menopausa têm um impacto significativo sobre a experiência de vida e percepção. Portanto, as manifestações da menopausa podem estar dependentes dos processos psicológico, biológico, social e cultural; podem variar dentro e entre culturas e mudarão ao longo do tempo. É possível identificar algumas diferenças gerais na experiência do climatério, variando entre as sociedades e culturas. Estudos interculturais permitem identificar como as percepções culturais variam; tais estudos sustentam-se em

argumentos fundamentados na sociologia e antropologia, o que reforça a análise e compreensão crítica, tanto da experiência vivida da menopausa, quanto de sua concepção social. Assim, estudos antropológicos, sociológicos e interculturais têm desafiado o conceito de menopausa como um fenômeno universal, pois têm revelado uma ampla variação de percepções dos sintomas entre mulheres de diferentes origens étnicas que vivem em países e cenários culturais diferentes. Explicações culturais dessas diferenças incluem variáveis como o estilo de vida (dieta e exercício), diferenças nos padrões reprodutivos que afetam os processos biológicos, as crenças e atitudes sobre menopausa e a posição social das mulheres (KELLY, 2011). No entanto, ainda são poucos os estudos brasileiros a abordar o climatério como uma questão multifatorial.

Entre os sinais e sintomas que podem ocorrer no climatério, alguns são devido à gradativa queda ou desequilíbrio hormonal (dimensão biológica) e outros se relacionam ao estado geral da mulher e ao estilo de vida adotado até então. A autoimagem (dimensão psicológica), o papel e as relações sociais (dimensão social), as expectativas e projetos de vida (dimensão espiritual) também contribuem para o aparecimento, duração e intensidade dos sintomas climatéricos (VALENÇA; GERMANO, 2010). Aproximadamente 60 a 80% das mulheres referem alguma sintomatologia desagradável durante o climatério, sendo especialmente comuns os sintomas vasomotores e genitais (MEDEIROS S.; MEDEIROS M.; OLIVEIRA, 2006; FREEMAN; SHERIF, 2007).

Os sintomas climatéricos têm como origem a deficiência estrogênica ou progestagênica, o envelhecimento e a dinâmica psicológica, dependente da estrutura da personalidade e do ambiente sociocultural (SANTOS et al., 2007). Dentre os sintomas destacam-se: ondas de calor, ressecamento vaginal, redução da libido, sudorese, palpitação, ansiedade, quadros depressivos, dificuldade de memorização, irritabilidade, melancolia, crises de choro, humor flutuante, labilidade emocional, dentre outros.

Observa-se uma maior ocorrência de eventos coronarianos no período do climatério, que segue à menopausa, ou seja, o risco cardiovascular feminino após a menopausa aumenta progressivamente, igualando-se ao masculino aos 70 anos (LORENZI; BARACATE, 2005).

No Brasil, as doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar dentre as causas de mortalidade desde a década de 60, tanto para homens quanto para

mulheres. Mantém-se como a principal causa de morbimortalidade de mulheres em vários países como os Estados Unidos da América (EUA) e Brasil, especialmente entre aquelas acima de 50 anos de idade. Nesse grupo etário há mais mortes de mulheres por doenças cardiovasculares (41,3%) do que as próximas sete causas de morte combinadas, apresentando um risco seis vezes maior de morrer pela doença do que por câncer de mama, o tipo mais comum e o que mais mata as mulheres brasileiras. Dados recentes da *American Heart Association* (AHA) mostram que somente 46% das mulheres têm conhecimento deste fato, embora este percentual tenha aumentado significativamente desde 1997, quando apresentava o valor de 30%.

Tais fatos levaram pesquisadores nacionais e internacionais a publicarem em 2008, por meio da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBPC) e a Sociedade Brasileira do Climatério (SOBRAC), a Primeira Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH)¹.

Existem algumas evidências e opiniões a respeito da existência de relação entre TRH e risco cardiovascular. Elas podem ser identificadas nas publicações da AHA, da *North American Menopause Society* (NAMS) e da *International Menopause Society* (IMS). Um artigo publicado em 2007 pela AHA refere que a TRH não deve ser usada para prevenção primária ou secundária das doenças cardiovasculares. O consenso de NAMS reconhece que a maioria dos estudos pré-clínicos e observacionais sustenta o benefício da terapêutica estrogênica isolada ou associada com progestagênios sobre a redução de risco de doença arterial coronariana (DAC), porém, a maioria dos estudos clínicos randomizados não corrobora esta assertiva. Entre as recomendações da IMS está

¹ Climatério: período da vida da mulher compreendido entre o fim da fase reprodutiva e o início da senectude (40 a 65 anos de idade). Menopausa: data da última menstruação espontânea (ocorre em torno dos 50 anos). Perimenopausa ou climatério: Refere-se a um período de tempo variável em cada mulher, tem início com as irregularidades menstruais e se estende até um ano após a menopausa, desde o início das irregularidades menstruais prenunciativas da menopausa até a sua ocorrência decorre um tempo médio de dois a quatro anos. Transição menopáusica: também tem início com as irregularidades menstruais, porém termina com a própria menopausa. Pós-menopausa: tempo que se passa após a ocorrência da menopausa, divide-se em recente e tardia, sendo que a pós-menopausa recente corresponde aos primeiros cinco anos. A TRH pode ser indicada como medida terapêutica para alívio de sintomas climatéricos, entretanto, exerce em concomitância com o alívio dos sintomas, múltiplos outros efeitos sobre órgão e sistemas do organismo feminino, podendo trazer consequências benéficas ou maléficas para suas usuárias (FERNADES; PINHO NETO; GEBARA, 2008).

aquela que sugere que as usuárias que iniciam tardiamente a TRH podem ter um leve e transiente aumento do risco de eventos coronarianos (FERNADES; PINHO NETO; GEBARA, 2008).

Estudos sugerem que, ao receberem terapia com estrogênio e progestagênios, as mulheres pós-menopausas têm um risco aumentado de DAC, enquanto outros advertem que o risco deixa de estar presente quando as mulheres iniciam a TRH logo após a menopausa. Um estudo observacional, o *Nurses' Health Study*, identificou que o risco pode estar presente durante os três primeiros anos de uso em mulheres que começaram a TRH no prazo de dez anos após a menopausa. Entretanto, observou-se em estudos randomizados que a terapia com estrogênio e progestagênios não reduz o risco das DAC entre os primeiros três a seis anos em mulheres que iniciaram a terapia próxima da menopausa, considerando a curta duração da utilização. Essas descobertas mostram-se consistentes quando comparadas à reanálise dos estudos observacionais iniciais. Sugere-se, portanto, que a maioria das mulheres que utilizam a terapia com estrogênio e progestagênios para o alívio dos sintomas da menopausa não devem esperar proteção contra DAC (TOH et al., 2010).

De acordo com as várias perspectivas a respeito da menopausa e climatério, a ciência médica vê a menopausa como uma doença a ser tratada com TRH, ou com qualquer outra droga que possa pôr um fim aos sintomas da menopausa. No entanto, do ponto de vista sociológico, a indicação de terapia medicamentosa para processos ligados ao desenvolvimento humano, como a menopausa e o climatério, reflete o exercício de um controle sobre o corpo feminino de forma a interromper a ocorrência dos processos naturais (KELLY, 2011).

As doenças cardiovasculares são caracterizadas como alterações crônicas e degenerativas que comprometem a funcionalidade do sistema circulatório e do coração, como é o caso da DAC, da doença cerebrovascular e vascular periférica (LÚCIO, 2005).

Há meio século essas doenças eram consideradas como mazelas exclusivas de indivíduos ricos, até se reconhecer sua presença e importância também em populações de países que se chamavam do terceiro mundo ou em desenvolvimento, cujos problemas prioritários eram as doenças infecciosas e parasitárias, desnutrição e mortalidade infantil (ACHUTTI, 2012).

A DAC constitui uma das principais doenças cardiovasculares, e, com o aumento da população idosa, é concebível que continue a se manter como causa-líder de morbimortalidade (FERNANDES; PINHO NETO; GEBARA, 2008). A DAC é uma condição patológica das artérias coronárias, decorrente do acúmulo anormal das placas de ateroma na parede endotelial das artérias coronárias, alterando sua estrutura e função, com estreitamento da luz do vaso e redução do fluxo sanguíneo para o miocárdio (LÚCIO, 2005; LEÃO et al., 2011). Como categoria diagnóstica é manifestada por angina *pectoris*, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva e morte súbita (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

Sabe-se que o processo aterosclerótico precursor da DAC começa a se desenvolver na infância e durante a adolescência, podendo progredir significativamente na terceira e quarta décadas de vida (ROMALDINI et al., 2004). O desenvolvimento desse processo é influenciado por fatores de risco como dislipidemia, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, hereditariedade, obesidade, estresse e a inatividade física (LÚCIO, 2005; AVEZUM, 2008), sendo que muitos deles se relacionam ao climatério.

O risco aumentado de DAC nas mulheres acima dos 50 anos parece relacionar-se à menopausa, por causa, também, da consequente privação estrogênica, visto que as vantagens relacionadas à cardioproteção oferecidas pelos estrógenos deixam gradualmente de existir no climatério (AVEZUM, 2008). Contudo, a relação entre menopausa e fator de risco para doença cardiovascular ainda não está clara. A alta prevalência de hipertensão, hiperglicemia e disfunção endotelial entre as mulheres pós-menopáusicas pode estar relacionada à obesidade e não somente à menopausa (ANTONICELLI et al., 2008).

A prevalência de infarto agudo do miocárdio (IAM) ainda é maior em homens, porém seu índice de letalidade hospitalar é mais elevado em mulheres. Entre as pessoas com idade inferior a 50 anos que sofrem de infarto, o sexo feminino tem o dobro de possibilidade de morte como consequência, quando comparadas às pessoas do sexo masculino (LEAO et al., 2011). Tais evidências têm provocado um grande interesse mundial em compreender como as doenças cardíacas se apresentam na população feminina.

O diagnóstico da DAC fundamenta-se na história clínica associada à identificação de isquemia direta ou indiretamente. A primeira manifestação de DAC é a angina, uma síndrome clínica caracterizada por dor do tipo constritiva, aperto,

peso, opressão, desconforto, queimação e pontada em região precordial, retroesternal, ombro, epigástrio, cervical, dorsal e hemitórax (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

A cinecoronariografia ou arteriografia coronária é utilizada quando da suspeita de doença isquêmica do coração e tem como estratégia a visualização direta, anatômica, da lesão coronariana, constituindo-se como o mais acurado método para diagnóstico de lesões coronarianas obstrutivas, e também, em casos incomuns, causas não ateroscleróticas para angina (SMANIO, 2007). Apesar da DAC ser tão prevalente, existe dificuldade em se fazer o diagnóstico, provavelmente devido às diferenças nas manifestações clínicas entre homens e mulheres, e idosos e não idosos.

Observa-se pela arteriografia coronária que as mulheres têm lumens mais estreitos da artéria coronária e menor circulação colateral quando comparada aos homens, o que pode levar a um aumento da isquemia, especialmente durante o esforço ou estresse. Do ponto de vista fisiológico, a DAC, possivelmente resulta de uma microvasculatura coronária disfuncional ou alteração do tônus vasomotor do músculo liso. Os hormônios sexuais podem, em parte, explicar as diferenças de sintomas entre homens e mulheres. Por exemplo, a diminuição dos níveis de estrogênio em mulheres na pré-menopausa, perimenopausa e na menopausa pode afetar o metabolismo lipídico e a ativação do desencadeamento da coagulação e mediadores vasoativos (NORRIS et al., 2008).

Nas mulheres, a maioria dos sintomas é atípica, como fadiga, diaforese, dor de mandíbula, náuseas, vômitos, dor epigástrica, dispneia, entre outros. Estes diferem da apresentação clássica da doença no homem, e, por isso, torna-se mais complexo detectá-la a tempo de prevenir seus efeitos. No caso do IAM, as mulheres apresentam maior prevalência de infartos silenciosos do que os homens e, depois dos 55 anos, além de apresentarem a insuficiência cardíaca como primeiro sinal do infarto, apresentam ainda um prognóstico mais grave (SJÖSTRÖM-STRAND; FRIDLUND, 2008; POTSCHE; BASSAN, 2003).

Mulheres com DAC são realmente menos estudadas e há, portanto, lacunas no conhecimento a respeito das diferenças entre os sexos quanto aos sintomas prodrômicos apresentados. Além disso, estudos que examinaram as diferenças entre os sexos na situação de angina são muitas vezes limitados pelo pequeno número de amostras e pelos diferentes instrumentos usados nas

pesquisas, tornando difícil a comparação entre seus resultados. Dentre as limitações referentes aos instrumentos utilizados para descrever os sintomas, destaca-se o fato de que as perguntas normalmente são restritas ou estruturadas com base em opiniões retrospectivas e em sua concepção percebe-se que são principalmente dirigidas a homens. Como consequência, as mulheres ficam restritas à escolha de respostas que nem sempre descrevem com precisão os seus sintomas (NORRIS et al., 2008).

É conhecido que existem diferenças entre os sexos, não apenas em relação à manifestação clínica da DAC, mas também quanto à abordagem terapêutica ou à forma de responder a um evento cardíaco. Um dos principais problemas que afetam as mulheres está relacionado à apresentação dos sintomas, pois ela própria os caracteriza e interpreta erroneamente, e, na maioria das vezes, menospreza seus sinais (LOCKYER, 2008). Parte-se, portanto, do princípio da estreita relação entre a percepção das manifestações e ou sintomas do climatério e da DAC, na medida em que estes episódios constituem-se em importantes formas de expressão de desigualdades de gênero e de acesso à atenção à saúde.

Considerando que 40 a 60% das mortes por DAC ocorrem na primeira hora após o início dos sintomas, o retardo da decisão de buscar atenção à saúde precisa ser minimizado (MUSSI; FERREIRA; MENEZES, 2006). É possível que outros fatores biológicos, psicossociais e comportamentais também contribuam para as diferenças de mortalidade entre os sexos. Entre esses fatores, podem ser incluídos: índice de massa corpórea, nível socioeconômico, frequência de detecção e tratamento de doenças associadas, estresse psicológico e o comportamento do paciente na busca de cuidados (VARELA; SALEMA; BARTIOTTI, 2007).

A presença de estresse na vida pessoal ou no trabalho também é fator de risco importante, podendo influenciar em processos biológicos como a aterosclerose e os níveis de catecolaminas (SMANIO, 2009). A inserção das mulheres no mundo do trabalho, o ritmo de vida, as rápidas mudanças tecnológicas, inflação, crime, violência, poluição e os relacionamentos interpessoais são algumas das situações que podem gerar estresse e requerem constante adaptação fisiológica e emocional. O ônus do estresse é incalculável, tanto em termos humanos como econômicos. Os custos mais visíveis se revelam através de doenças (VARELA; SALEMA; BARTIOTTI, 2007). As diferenças psicossociais entre mulheres e homens também

podem explicar as diferenças na ocorrência dos sintomas, na interpretação e na resposta individual a quaisquer sintomas emergentes (NORRIS et al., 2008).

Cabe ainda destacar que, no contexto de vida das mulheres, a situação de maior vulnerabilidade à DAC advém do fato de que nas sociedades modernas a mulher mudou muito de sua condição social anterior – aquela de jovem subordinada ao pai, esposa dependente do marido e mãe provedora dos filhos – como sendo a função social mais importante, para uma condição de maior independência, especialmente financeira. A mulher da cultura ocidental, sendo influenciada também por outras culturas, vem se destacando por assumir posições sociais e econômicas mais amplas e, em consequência, desafiando a hegemonia masculina (GOMES, M. P., 2011) e ao mesmo tempo expondo sua saúde a maiores riscos.

As principais justificativas associadas ao aumento da DAC nas mulheres relacionam-se às mudanças de comportamento e ao padrão de vida na sociedade ocidental contemporânea. O trabalho fora do lar e as necessidades financeiras decorrentes de abandono, divórcio e viuvez, somadas às responsabilidades tradicionais com a casa e filhos, são exemplos de demandas aumentadas para as mulheres, que por vezes são experimentadas durante o climatério. Por outro lado, a mulher adquiriu hábitos nocivos da vida moderna, como o tabagismo, o álcool, falta de atividade física regular e a má alimentação. Assim, passou a assumir novas funções fora do ambiente doméstico e ficou mais exposta aos fatores de risco ao infarto, principalmente ao estresse (LEÃO et al., 2011).

Acresce-se ainda ao fato que a maioria dos estudos relacionados às causas, prevenção, diagnóstico e tratamento da DAC tem sido conduzida principalmente para homens. Tem-se alertado para a necessidade premente de pesquisas, sobre o tema, voltadas também para a população feminina. Mulheres com DAC têm pior prognóstico que os homens, podendo estar associado à idade mais avançada na apresentação da doença e presença de mais comorbidades.

No Brasil, as pesquisas sobre o tema são ainda incipientes e a magnitude do problema relacionado à DAC no sexo feminino continua sendo subestimada, mesmo quando os dados estatísticos mostram que ela vem crescendo. O conhecimento das mulheres sobre a doença é bastante limitado, e esse desconhecimento propicia baixo nível de percepção de risco na sociedade em geral, e na mulher, em particular (HERAS, 2006).

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. Outro viés pode ainda estar presente – os profissionais de saúde podem ser influenciados por estereótipos de comportamento relacionados ao gênero e de julgamento de valores, tendendo a minimizar os sintomas nas mulheres e atribuí-los a questões emocionais ou mesmo a outros eventos do ciclo vital como o climatério e a menopausa. Apesar de os resultados dos estudos não serem uniformes, as evidências são robustas ao mostrarem que o sexo feminino está associado a um menor acesso à assistência coronariana, apontando assim, para a necessidade de políticas que visem a reduzir tais desigualdades (MEDEIROS; PADIAL, 2007).

A DAC, especificamente a doença isquêmica, tradicionalmente tem sido considerada como sendo vinculada ao sexo masculino, o que tem propiciado um baixo nível de consciência sobre o alcance real do problema para as mulheres, tanto pelos profissionais de saúde quanto pela população. A inclusão da perspectiva de gênero na atenção à saúde vem se tornando um aspecto a ser considerado no planejamento e na organização das práticas em saúde (VILLELA, 2009).

Cada vez mais, estudos fazem ecoar essa realidade e tentam aproximar-se do modo como homens e mulheres vivenciam e sentem sua doença, como meio para melhorar a eficácia na luta contra doenças e especialmente contra a DAC (CANTUS; RUIZ, 2011). Embora no âmbito da saúde coletiva seja assumido que exista um processo dinâmico entre saúde e doença, o qual pode ser olhado nos limites de um *continuum*, esta não tem sido a experiência dos sujeitos, pois em geral, a população estabelece uma clara divisão entre estar saudável e estar doente, mesmo que nem sempre conforme a nosologia médica (VILLELA, 2009).

A principal finalidade dos estudos de morbimortalidade por DAC, especialmente entre as mulheres, deve dirigir-se para a identificação de fatores que desencadearam episódios e que estejam relacionados às deficiências em todos os níveis de atenção à saúde. Configuram-se, portanto, como uma auditoria da qualidade da atenção à saúde da mulher, especialmente quando se pretende oferecer subsídios aos gestores e aos profissionais de saúde para atuarem de forma a reduzir tais ocorrências.

A partir do desvelamento desta produção de signos e símbolos demarcatórios dos lugares sociais dos sujeitos, especialmente das mulheres, os quais muito contribuem para a reprodução das desigualdades entre os gêneros no âmbito das relações interpessoais e da atenção à saúde (VILLELA, 2009). Os serviços e profissionais de saúde poderão de fato colaborar para a promoção da equidade na atenção aos problemas de saúde das mulheres e especialmente no que diz respeito à DAC, cujo conhecimento ainda não é amplamente difundido entre as mulheres.

A linguagem é um símbolo usado para descrever e detalhar o que se observa, pensa ou imagina para referir-se ou apresentar a realidade social. O uso da palavra nos diálogos e outros símbolos, como gestos, comportamentos, ações, têm significados sociais, que são construídos nas interações e que apenas passam a ser símbolo quando adquirem sentido para quem os utiliza. Desse modo, os símbolos podem desvelar as carências afetivas, psicológicas, biológicas e sociais do ser cuidado, como também suas vivências e interações no cotidiano. Por isso, na interação, as vivências do presente são dotadas de valor e significados. Ao agir no presente, o ser humano tanto é influenciado pelo que aconteceu no seu passado, pelo resgate de suas lembranças, quanto pelo que está acontecendo no exato momento vivido (CARVALHO et al., 2007). Considerando-se que o significado é algo direto, explícito, finito, aquilo que a pessoa quer dizer no literal, no dicionário e o sentido, o contrário, um fenômeno complexo, móvel, infinito, aquilo que se modifica no contexto de um discurso, será importante compreender os significados e os sentidos que as mulheres relatam sobre o climatério e a DAC e, sobretudo, como esses relatos se relacionam com as experiências e vivências.

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, especialmente, quando é de conhecimento que muitos fatores podem agravar o seu estado físico e emocional, tais como: condições de vida, história reprodutiva e marital, carga de trabalho, hábitos alimentares, lazer e recreação, infecções, dificuldade de acesso aos serviços de saúde para obtenção de serviços e informações, assim como outros conflitos socioeconômicos, culturais e espirituais associados ao período de vida e às individualidades (VALENÇA; NASCIMENTO FILHO; GERMANO, 2010).

A preocupação em desenvolver essa temática advém de um questionamento que tem nos inquietado sobremaneira, especialmente na busca de resposta à seguinte questão: Qual significado as mulheres climatéricas atribuem à doença arterial coronariana? Daí surgiu o nosso interesse em ampliar o conhecimento sobre o estado de saúde percebido pelas mulheres em climatério, enquanto portadoras da DAC. Acreditamos que estudar esse processo complexo e multifacetado, imbricado em dimensões biológicas, psicológicas, históricas, sociais, culturais e subjetivas das mulheres climatéricas portadoras de DAC poderá nos ajudar a entender como esta doença lhes acomete em uma situação específica - o climatério.

Neste sentido, a presente pesquisa propõe a qualificação da análise da saúde da mulher a partir de dois fenômenos relevantes para a saúde pública: o climatério e a DAC. Ao propor a realização desta pesquisa, trazemos como pressuposto que nem sempre a sintomatologia relacionada à DAC é percebida pelas mulheres como sinalizador da doença, mas muitas vezes ela é confundida com o climatério, portanto subvalorizada por elas mesmas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Compreender o significado atribuído pelas mulheres climatéricas à doença arterial coronariana por meio da análise da relação que elas estabelecem na vivência com tais episódios (climatério e DAC).

2.1 Objetivos específicos

- Identificar as mulheres que apresentam sintomas climatéricos.
- Descrever as experiências e vivências das mulheres com o climatério e a DAC.

3 O OBJETO INVESTIGADO: mulher climatérica e doença arterial coronariana

A palavra climatério, do grego *Klimacter*, significa período crítico. O conceito de menopausa surgiu a partir de um artigo de Gardanne, publicado em 1816, denominado “Conselho às mulheres que entram na idade crítica”, que descreve essa idade como "*La menopause*". Menopausa é a soma de duas palavras gregas que significam basicamente mês e fim. Até o final da década de setenta, utilizava-se a palavra climatério para designar o período que antecedia o fim da vida reprodutiva e menopausa para nomear o cessar definitivo do mênstruo. Porém, em 1980, um grupo científico de investigação da menopausa da Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma padronização da terminologia e sugeriu que o termo climatério viesse a ser substituído por perimenopausa. Na prática, todavia, o que vemos é o uso indiscriminado dos dois termos (SANTOS; TRENCH, 2005).

Embora a menopausa seja uma consequência natural do ciclo de vida reprodutivo de toda mulher, as atitudes das mulheres em relação a este fenômeno, como elas reconhecem suas manifestações e sintomas, quando e como buscam serviços de saúde, variam amplamente a depender da cultura, raça, região além de uma série de outros fatores. Um grande número de sinais e sintomas pode ocorrer com a menopausa e ao longo do climatério, incluindo-se as ondas de calor, suores noturnos, dores de cabeça, tonturas, batimentos cardíacos rápidos e irregulares, irritabilidade da bexiga, vaginite atrófica, alterações de humor, distúrbios do sono, dores e mal-estar geral. Além disso, as mulheres neste período têm maior risco de osteopenia, osteoporose e DAC. Estudos indicam que os sintomas vasomotores são os mais prevalentes na maioria das sociedades. A sua prevalência varia muito e pode ser influenciada por uma série de fatores, incluindo o clima, dieta, estilo de vida, os papéis das mulheres, as atitudes em relação ao fim da vida reprodutiva e envelhecimento. Os profissionais devem reconhecer que variações existem, tornando-se importante realizar interrogatório específico sobre os sintomas e seu impacto habitual (FREEMAN; SHERIF, 2007).

O climatério, como consequência das modificações hormonais e metabólicas associadas ao período do envelhecimento reprodutivo, traz alterações traduzidas por algumas mulheres na forma de queixas como fogachos ou ondas de calor, sintomas de origem neurogênica, como os mais prevalentes. Entretanto,

outros sintomas são elencados em alguns estudos como a fadiga, zumbidos, vertigem, desconforto musculoesquelético, alterações urogenitais, diminuição da libido, alteração do humor, insegurança, angústia dentre outros (VALADARES et al., 2008; FILIPPETTO et al., 2009; VALENÇA; GERMANO, 2010; PASCHOAL, POLESSI; SIMIONI, 2010).

As ondas de calor estão associadas a alterações fisiológicas que ocorrem mesmo durante o sono, embora sejam influenciadas pela dinâmica psicológica. O mecanismo das ondas de calor não está completamente definido. Podem aparecer em outras situações clínicas, tais como hipertireoidismo, ingestão de álcool, tumores carcinoides e feocromocitoma, em que as ondas de calor se manifestam em associação com a liberação de adrenalina, bradicinina e histamina. Condições clínicas que levam a vasodilatação ou febre também podem determinar uma sensação súbita e transitória de calor, que se irradia pelo tórax, pescoço e face, podendo ser acompanhada de rubor, sudorese profusa, calafrios, palpitações ou episódios de taquicardia e são mais desagradáveis à noite, determinando agitação, insônia e fadiga. Sofrem agravamento por uma série de fatores, como, tipo de tecido da roupa de cama, clima quente ou estresse. A temperatura corporal pode se apresentar elevada (SANTOS et al., 2007).

Persistem controvérsias quanto à decorrência dos sintomas, se ela é exclusiva da carência estrogênica ou se fatores psicossociais são igualmente importantes na determinação da ocorrência da sintomatologia climatérica. Nas últimas décadas, a partir da observação de que grupos distintos de mulheres vivenciam essa fase de transição de forma diferenciada, muito se tem discutido sobre a influência dos aspectos demográficos, culturais e sociais na determinação da sintomatologia climatérica. Na realidade, não existe uma ordenação dos sinais e sintomas, sendo considerado um fenômeno multifatorial, que sofre interferência de diversos fatores genéticos, ambientais, hormonais, psicossociais, possivelmente, sociocultural e psicológico, influenciando e modulando as respostas dos sintomas climatéricos (LORENZI et al., 2005; MEDEIROS; MEDEIROS; OLIVEIRA, 2006).

Constata-se que a maioria das mulheres apresenta algum tipo de sinal ou sintoma climatérico, que varia de leve a muito intenso na dependência de diversos fatores. Embora no Brasil haja uma tendência pelas sociedades científicas em considerar o climatério como uma verdadeira endocrinopatia, a OMS define o climatério como uma fase biológica da vida da mulher e não como um processo

patológico. Para a OMS, esse é um processo natural inserido no *continuum* do ciclo de vida da mulher cuja fase sinaliza para o envelhecimento reprodutivo.

Os sinais e sintomas climatéricos ainda podem ser divididos em transitórios, representados pelas alterações do ciclo menstrual e pela sintomatologia mais aguda, e não transitórios, representados pelos fenômenos atróficos, geniturinários, distúrbios no metabolismo lipídico e ósseo. As manifestações clínicas transitórias são representadas durante a fase da transição da menopausa em que os ciclos menstruais apresentam variações na regularidade e nas características do fluxo. Após esta fase inicial comumente passam a ocorrer ciclos anovulatórios, iniciando-se o maior espaçamento entre as menstruações. Em qualquer fase do climatério podem ocorrer os clássicos sintomas neurovegetativos ou vasomotores. Os sintomas neuropsíquicos, embora ocorram com certa frequência na fase da menopausa, não são específicos do climatério (BRASIL, 2008). As alterações do humor, a ansiedade e a depressão também são consideradas sintomatologia encontrada em outras faixas etárias e, portanto, não tem relação exclusiva com a insuficiência estrogênica.

A maioria dos problemas relacionados à esfera sexual na perimenopausa ou após a menopausa refere-se às alterações anátomo-funcionais, como a hipotrofia ou atrofia no aparelho geniturinário. Entre as disfunções comportamentais, estão aquelas relacionadas a questões psicosssexuais e hormonais, como a diminuição da libido, da frequência sexual e da resposta orgástica. Portanto, para as manifestações clínicas não transitórias no climatério destacam-se as alterações urogenitais que podem estar presentes nesse período, como as distopias (cistocelos, uretroceles, retocelos, prolapsos uterinos, da cúpula vaginal e enterocelos), a incontinência urinária, os fenômenos atróficos geniturinários (disúria, síndrome uretral, urgência miccional, infecções urinárias, dispareunia) e as alterações no metabolismo lipídico (dislipidemia) e ósseo (osteoporose) (BRASIL, 2008).

Os sintomas crônicos são encontrados, principalmente, já em plena pós-menopausa, e decorrem tanto das alterações devido ao envelhecimento e ao déficit hormonal, como a atrofia urogenital e tegumentar e a aceleração dos fenômenos da osteoporose e aterosclerose. As manifestações clínicas podem ser de natureza neurogênica, psicogênica, metabólica (metabolismo ósseo e lipídico), mamária, urogenital, ósteo-articular e do sistema tegumentar (SANTOS et al., 2007).

A literatura aponta ainda que para muitas mulheres o climatério está associado ao medo, à dificuldade e à ansiedade. Essa visão tão enfática sobre aspectos negativos do período parece se confirmar em estudos, sugerindo necessidade de mais atenção à saúde dessa clientela (VALADARES et al., 2008).

Nessa perspectiva, o climatério, constituído de manifestações e sintomatologia específicas, desencadeia na mulher processos interativos e de significações que as influenciam na tomada de decisão, especialmente quanto ao estabelecimento de sua própria condição de considerar-se doente ou considerar que qualquer que seja a sintomatologia sentida e percebida faz parte da essência feminina e, portanto, não merece crédito ou mesmo a devida atenção. Todos esses fatores que influenciam o estado físico e emocional da mulher no climatério podem aumentar a vulnerabilidade das mulheres a várias doenças como é o caso da DAC.

É importante ressaltar que, em termos de vulnerabilidade, as alterações metabólicas ocorrem naturalmente e gradativamente ao longo da vida para ambos os sexos, tendo como consequência o aumento nos níveis de colesterol, principalmente a lipoproteína de baixa densidade (LDL), com perda da proteção da lipoproteína de alta densidade (HDL). A hipercolesterolemia e o aumento dos triglicerídeos são elementos importantes para o desenvolvimento da aterosclerose e da DAC. Portanto, enfatizar a prevenção da DAC na mulher após a menopausa é particularmente importante, porque a incidência dessa doença aumenta com a idade. A diminuição dos estrógenos naturais no organismo feminino pode contribuir ao incremento do risco à DAC, sendo que aquelas mulheres que apresentam uma menopausa precoce mesmo que em decorrência de cirurgia têm um risco aumentado para o desenvolvimento da doença (BRASIL, 2008).

As vulnerabilidades sociais e psicológicas a que as mulheres são submetidas nesta fase de vida são identificadas ao serem analisados os diferentes discursos sobre o climatério. Na visão da sociedade ocidental capitalista, o climatério e a menopausa tendem a ser vividos pelas mulheres como um dos marcos mais visíveis e temíveis de suas existências, por depararem-se não só com questões relativas ao fim de sua vida reprodutiva, mas também com o envelhecimento e inúmeras fantasias associadas ao fim de sua sexualidade e feminilidade (VALENÇA; GERMANO, 2010).

No entanto, os diferentes discursos sobre o climatério em nossa cultura não só contribuem para que tal percepção seja mantida, como também partem do

pressuposto que as questões relacionadas à menopausa e ao envelhecimento se apresentam igualmente a todas as mulheres, independentemente de sua condição física, psíquica, social, econômica e cultural. O fim da vida reprodutiva das mulheres possibilita uma reflexão sobre o papel desempenhado pelos diferentes discursos que circulam em nossa cultura, refletidos na manutenção do estigma associado à mulher que se encontra nesta fase, na compreensão sobre a sua sintomatologia e no poder do discurso médico, hegemônico e uso da TRH. Paradoxalmente, esta mesma diversidade de discursos e de sentidos sobre o tema possibilita que a menopausa possa ser constantemente redimensionada, pois, caso houvesse consenso ou unanimidade entre as diferentes falas, dificilmente seria possível questionar a sua construção e relativizar a sua sintomatologia (SANTOS; TRENCH, 2005).

Para Kelly (2011), o tema da menopausa é frequentemente descrito como um construto social, que vem à mente uma visão de “mulher desesperada”, triste, sem motivos para olhar para o futuro. No entanto, afirma a autora, aquelas que estão enfrentando esta fase do desenvolvimento feminino concordariam em dizer que essas generalizações estereotipadas são falsas, visto que a maioria das mulheres não experimenta mudanças importantes e permanentes e muitas ainda chegarão a viver o dobro da sua idade. Nesse sentido, a autora mostra que estudos antropológicos, sociológicos e transculturais desafiaram o conceito de menopausa como um fenômeno universal, revelando grandes variações na percepção dos sintomas e relatos de mulheres de diferentes origens étnicas e raciais que vivem em diferentes países e cenários culturais. As explicações culturais dessas diferenças incluem diversos aspectos tais como os relacionados ao estilo de vida (dieta e exercício), aos padrões reprodutivos que afetam os processos biológicos, as crenças e atitudes sobre a menopausa e a condição social dessas mulheres.

A complexidade dos fatores hormonais, psicossocioculturais e o próprio envelhecimento biológico produzem vulnerabilidades de diferentes naturezas e grande variabilidade de sintomas que podem acarretar consequências para a saúde das mulheres em longo prazo. No entanto, constata-se que o diagnóstico de climatério é eminentemente clínico, associando-se à faixa etária da mulher, às alterações menstruais e outros sintomas de privação hormonal, portanto, caracterizado como um processo fisiológico e por isso mesmo apresenta maior incidência populacional do que qualquer outro diagnóstico diferencial.

Kelly (2011) ainda esclarece que a literatura sobre o tema, ainda que escassa, permite apreender como as percepções culturais variam de acordo com o desenho dos argumentos fundamentados na sociologia e antropologia médica. Assim, estudando o fenômeno em função dos diferentes discursos, a autora identifica que a biomedicina atua como um agente de controle social sobre o próprio corpo das mulheres, enquanto o discurso feminista argumenta contra a medicalização da menopausa.

As abordagens fragmentadas e reducionistas do tipo “consulta/solicitação de exames/prescrição” reforçam no imaginário feminino a percepção da menopausa como um símbolo do envelhecimento e de decrepitude existencial, aumentando o sofrimento da mulher. As abordagens de caráter multidisciplinar e interdisciplinar ganham particular destaque nessa fase, por permitirem acolher um maior número de mulheres, além de favorecerem o intercâmbio de saberes e habilidades, com vistas a promover mais saúde e qualidade de vida a essa parcela crescente da população, por meio de um cuidado mais integral e individualizado, considerando a multiplicidade de fatores envolvidos no climatério. Indubitavelmente, várias são as possibilidades de intervenção, cuja efetividade depende de uma escuta qualificada dessas mulheres, das questões ocultas em suas queixas, dos seus sentimentos e percepções (LORENZI et al., 2009).

Nesse contexto, os profissionais de saúde podem intervir e/ou colaborar de modo a amenizar o estado de vulnerabilidade, suplantando concepções errôneas, preconceituosas e excludentes sobre esse momento, apropriando-se da educação em saúde como uma estratégia que pode envolver as mulheres e até mesmo seus parceiros na compreensão desse processo e no desenvolvimento de um novo olhar sobre essa fase da vida feminina que pode ser agravada com uma doença pré-existente, como a DAC. O acolhimento, a escuta qualificada, a formação de grupos de apoio e a relação dos profissionais com as usuárias são ferramentas que os profissionais de saúde precisam utilizar nesse contexto.

Diante dessas considerações, o climatério pode ser conduzido com um 'novo olhar' para muitas mulheres: um momento de redescoberta, de construção de novo sonho e um instigante recomeço (VALENÇA; NASCIMENTO FILHO; GERMANO, 2010). Portanto, não cabe apenas à biologia elucidar a vivência feminina nesta etapa da vida, faz-se necessário o reconhecimento do climatério

como processo mediado pelo contexto sociocultural e também pela história pessoal e familiar das mulheres.

Assim, na vida das mulheres coexistem marcos concretos e objetivos que sinalizam diferentes fases ou passagens de suas vidas, como é o caso da menarca e da menopausa, que são marcos visíveis no corpo físico e, obviamente, cada cultura os investe de sua rubrica. Em sociedades onde o envelhecimento é considerado uma perda, uma deficiência, ou uma viagem para a morte, a menopausa se apresenta como uma fase bastante estressante para as mulheres. Por outro lado, nas culturas em que o envelhecimento é um valor a ser alcançado, existem menos preocupações para a mulher nessa fase. Muitas culturas tendem a ver a menopausa como um processo natural e normal, geralmente como um período de liberdade e autonomia (KELLY, 2011).

Sabe-se que como manifestações de maior preocupação clínica no climatério, destacam-se a osteoporose e as doenças cardiovasculares como a DAC. Estas últimas são consequências das mudanças no perfil lipídico da mulher durante o climatério, com alterações nos níveis de triglicérides e colesterol, aumentando o risco de doença cardíaca isquêmica, desenvolvimento de hipertensão arterial e ganho de peso. Por atuar em muitos tecidos e órgãos, a queda dos níveis de estrogênio pode acarretar modificações no metabolismo geral, no psiquismo e no comportamento da mulher (TEIXEIRA, 2002). Essas alterações nem sempre são percebidas pelas mulheres como um episódio que exige providências em termos de cuidado à saúde.

A esse respeito, Andersen e Newman (2005) orientam que a utilização dos serviços de saúde diante de um episódio pode ser vista como um tipo de comportamento individual, ou seja, depende da motivação do próprio indivíduo para buscar ajuda. As ciências comportamentais têm tentado explicar o comportamento individual como uma função das características do próprio indivíduo, das características do ambiente em que ele vive, e/ou de algumas interações destas forças individuais e societárias. Na situação vivenciada pela mulher no período do climatério há um conjunto desses fatores (biológicos, psicoemocionais, sociais e culturais) que determinam não só a sintomatologia apresentada pela mulher, mas também, talvez o mais importante para o contexto aqui estudado, o significado que tais sintomas passam a ter para elas, para a sua saúde e para sua decisão sobre quais condutas tomar. Desse modo, o significado que a mulher dá a este processo

pode ser decisivo na determinação de busca de ajuda médica diante de prevenção e detecção precoce de doenças, a exemplo, a DAC.

A percepção de determinada sintomatologia climatérica como um episódio se ajusta ao conceito apresentado por Andersen e Newman (2005), quando orientam que a identificação de um episódio em saúde é uma tentativa para delinear uma experiência de doença em particular e toda a assistência médica associada a essa experiência. A abordagem de episódio é necessária quando se está interessado em estudar questões importantes, tais como cuidados associados com diagnósticos específicos, razões para o atraso na procura de cuidados, continuidade do atendimento recebido, nível de aderência do paciente, e padrões de referência. Muito da sintomatologia apresentada por mulheres na vivência do climatério pode representar episódios de doença ou possibilidade de doença que indicam caminhos para o desenvolvimento de uma DAC, mas que quase sempre as mulheres não têm conhecimento a respeito.

Entre as possíveis razões do aumento da DAC em mulheres após a menopausa, destacam-se as alterações sobre as lipoproteínas que promovem típico perfil pró-aterogênico. Os ovários produzem estrógeno e progesterona, assim como vários outros hormônios, de maneira cíclica, e os níveis desses hormônios, se alternam com determinada época do ciclo evolutivo. O estrógeno é o principal hormônio feminino e acredita-se que se apresente com uma variável importante no sistema cardiovascular. Os sinais da deficiência de estrógeno podem ser observados desde o início do processo da menopausa, no climatério, como fogachos, sudorese, palpitações, cefaleias, vertigens, depressão, irritabilidade, fadiga e perda da libido. Entre os mecanismos de cardioproteção, os estrogênios endógenos promovem a redução dos níveis de colesterol total e das LDL, além de aumentarem as HDL, dificultando assim a aterogênese coronariana (PERÉT et al., 2007).

Estudo realizado por Norris et al. (2008), chama a atenção sobre a possibilidade de atraso na obtenção de tratamento da doença arterial coronariana em mulheres em virtude de os sintomas prodômicos da DAC apresentarem-se diferentemente entre os sexos. O estudo verificou que muitos dos sintomas da DAC relatados por mulheres pré e perimenopausais também foram frequentemente relacionados a sintomas perimenopausais e/ou sintomas de depressão subclínica (ou seja, fadiga, ansiedade, dor de cabeça, taquicardia). Tais achados confirmam a

importância do reconhecimento pelas mulheres de episódios que poderiam relacionar-se à DAC.

Favarato, Favarato e Aldrichi (2006), em um estudo sobre qualidade de vida de homens e mulheres climatéricas com DAC, compararam o tratamento clínico, cirúrgico e a angioplastia de 542 pacientes em três momentos, ou seja, na fase inicial (antes da intervenção), após 6 e 12 meses da intervenção. Os autores observaram que houve incremento na qualidade de vida dos pacientes submetidos aos três tipos de intervenção terapêutica. Entretanto, para os pacientes que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio foi observada evolução mais favorável e houve diferença entre os sexos: os homens apresentaram melhor qualidade de vida no início do tratamento e melhora progressiva aos 6 e 12 meses após a realização dos procedimentos, enquanto as mulheres apresentaram melhora após 6 meses seguida de queda aos 12 meses. Não houve influência significativa das faixas etárias, para ambos os sexos. Concluíram que a qualidade de vida deve valorizar a perspectiva do sujeito em relação às várias dimensões de sua vida e não só em relação à intensidade de sintomas de sua doença.

De fato, o infarto é a principal causa de morte em mulheres após os 40 anos de idade; embora ocorra nos homens em média dez anos antes, o prognóstico após IAM é pior nas mulheres, pois o risco de morte nas primeiras semanas e no primeiro ano após o evento é duas vezes maior. A DAC permanece como principal causa de morbimortalidade entre as mulheres em vários países, especialmente acima de 50 anos de idade (FERNANDES; PINHO NETO; GEBARA, 2008), e pode manifestar-se de diferentes formas, variando de uma angina de peito até o IAM. A aterosclerose e o vaso espasmo coronarianos diminuem a oferta de oxigênio ao miocárdio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

O suprimento de sangue para o coração e, conseqüentemente, de oxigênio e nutrientes é feito através de duas artérias coronárias de superfície ou epicárdicas denominadas artérias coronárias direita e esquerda, que se originam da raiz da artéria aorta. Um desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigênio pelo músculo cardíaco propicia a isquemia. A presença de uma placa de ateroma em uma ou mais artérias coronárias reduz o seu fluxo sanguíneo e o suprimento de oxigênio. Nesses casos, a liberação do óxido nítrico produzido pelo endotélio é prejudicada e um mecanismo vasoconstritor torna-se predominante, prejudicando ainda mais o aporte de oxigênio ao miocárdio (CASSADY, 2007).

As vantagens relacionadas à cardioproteção oferecida pelos estrógenos vão se perdendo no climatério e, a partir de então, os fatores de risco à doença coronariana se tornam mais proeminentes. Outra importante razão do aumento da doença diz respeito aos efeitos diretos sobre os vasos, pois parece estar relacionada à redução do fluxo sanguíneo em todos os leitos vasculares, bem como à diminuição das concentrações séricas da prostaciclina. Em relação à coagulação, a menopausa exerce pouca influência; assim, fatores fibrinolíticos, como a antitrombina III e o plasminogênio, aumentam, paralelamente, com os fatores pró-coagulantes (fator VII e fibrinogênio) (ALDRIGHI; ALDRIGHI; ALDRIGHI, 2002).

As manifestações clínicas da DAC aparecem com padrão sintomatológico diferenciado nas mulheres e em média cerca de 10 a 15 anos mais tarde. Coexistem com várias outras doenças, o que torna o seu prognóstico mais desfavorável. Talvez por esse fato, as mulheres, e certamente alguns profissionais da saúde, acreditam que as medidas de prevenção também possam ser postergadas, o que é um erro, já que o processo aterosclerótico determinante dos principais fatores de risco cardiovasculares envolvidos é evidente a partir dos 20 anos de idade.

Portanto, uma mulher de 55 anos tem equivalência de risco à de um homem de 45 anos. Além disso, enquanto a mortalidade por doença cardiovascular tem diminuído no sexo masculino, a incidência de infarto agudo do miocárdio tem aumentado em mulheres mais idosas. A hipertensão sistólica é mais frequente em mulheres idosas, a redução do tabagismo tem sido maior entre os homens, e o uso de contraceptivo hormonal combinado com tabagismo, está associado a aumento do risco (TEDOLDI, 2010).

Os fatores de risco cardiovascular para aterosclerose como o sedentarismo, obesidade, hipercolesterolemia, hiper-homocisteinemia, hipertensão, diabetes, resistência a insulina, tabagismo e idade estão associados à disfunção endotelial. A disfunção endotelial pode também explicar a dor torácica incomum, frequentemente apresentada pela mulher e pouco entendida. Como a DAC tem seu aparecimento em geral após a menopausa, esse fato fomenta a discussão sobre o papel do estrógeno na aterosclerose. O estrógeno melhora a função endotelial e a menopausa está sabidamente associada à disfunção endotelial coronária, sendo observado que mulheres com disfunção microvascular teriam mais isquemia sem estenoses epicárdicas significativas. A disfunção vascular exerce papel central na gênese dos sintomas e na isquemia, bem como na avaliação da

sobrevida, conferindo maior risco de eventos para qualquer grau de obstrução coronária em comparação ao sexo masculino (SMANIO, 2009).

De acordo com as categorias de risco apresentadas pelas Diretrizes da American Heart Association, em 2011, para prevenção da doença cardiovascular em mulheres (alto risco, em risco e saúde cardiovascular ideal), a DAC é estabelecida como critério de alto risco. Considera-se, portanto, como alto risco a presença de um ou mais dos seguintes critérios de risco: DAC, doença cardiovascular manifesta, doença arterial periférica manifesta, aneurisma de aorta abdominal, diabetes mellitus, e doença renal crônica terminal, risco predito de doença cardiovascular em 10 anos (TEDOLDI, 2010). A falta de sintomas “clássicos” de DAC na mulher torna difícil a identificação e diagnóstico da doença com subsequente investigação, sendo por isso muitas vezes essa população subtratada, subdiagnosticada e subestudada.

A cardiopatia isquêmica pode ser identificada através de diferentes métodos diagnósticos, invasivos e não invasivos, e que apresentam sensibilidade e especificidade variáveis. Os métodos disponíveis atualmente para esta avaliação são o eletrocardiograma, o teste ergométrico, a monitorização eletrocardiográfica ambulatorial contínua, a ventriculografia radioisotópica de estresse, o ecocardiograma de estresse e com contraste, a cintilografia de perfusão miocárdica associada ou não à avaliação de função ventricular esquerda, a tomografia por emissão de prótons, a ressonância nuclear magnética, a tomografia helicoidal e a arteriografia coronária. No entanto, na maioria dos casos, a arteriografia ou cinecoronariografia é necessária para estabelecer a presença ou não de doença arterial coronariana (SOLIMENES; RAMIRES, 2003).

Apesar de não existir um recurso diagnóstico único que confirme ou descarte a presença de DAC, a cinecoronariografia tem sido vista como o “padrão-ouro” e uma arteriografia coronariana normal, virtualmente, descarta a aterosclerose como causa de dor precordial (SMANIO, 2007). A cinecoronariografia é realizada em laboratório de hemodinâmica, em sala de cateterismo cardíaco, onde as artérias coronárias são examinadas através do cinecoronário angiografia transluminal (CAT) pela injeção de contraste iodado nas artérias cardíacas para visualização e avaliação das lesões cardíacas quanto à localização, extensão e calcificação (SMELTZER; BARE, 2009).

As indicações prioritárias para a cinecoronariografia são a angina limitante, mesmo estável; síndromes agudas instáveis, consideradas de alto risco

como a angina refratária, aumento de troponina, dor associada a alteração eletrocardiográfica ou a insuficiência cardíaca e arritmias graves; na fase aguda do IAM, alteração eletrocardiográfica ou a isquemia persistente. Na atualidade, o avanço da ciência e o aprimoramento das técnicas de revascularização miocárdica, tanto na área de cirurgia, como na intervenção percutânea, tornaram atrativa a opção inicial pelo tratamento invasivo de pacientes com DAC. Desse modo, a cinecoronariografia tem sido cada vez mais indicada (SOLIMENES; RAMIRES, 2003).

O diagnóstico de DAC está centrado nos sinais e sintomas associados à identificação de isquemia, e, neste propósito, as mulheres têm experiências e condutas diferentes quanto ao processo saúde-doença, em decorrência, principalmente, das diferenças biológicas, psicológicas e do contexto social e cultural. Uma importante diferença clínica está na identificação de dor, visto que as mulheres apresentam diferentes limiares de dor, quando comparadas aos homens. Essas diferenças não são apenas na forma de apresentação da dor, mas também na expectativa da dor. Há autores que tentam explicar tais diferenças em função da experiência vivenciada com a dor do processo de parturição, especialmente por aquelas que já tiveram filhos. Nos homens, os sintomas do IAM são típicos, como sensação de opressão, aperto ou queimação precordial ou desconforto nos braços, ombros, pescoço, mandíbula, estômago ou no dorso, dispneia, fadiga, náuseas e fraqueza. Nas mulheres, os sinais tendem a ser menos específicos e a passar despercebidos, sendo interpretados como gripais e secundários à ansiedade, à perda de apetite ou desconforto vago ou mesmo relacionados à fase de transição que estão vivenciando - o climatério. Há evidências, ainda, de que a reação ao IAM seja diferente entre os sexos. As mulheres tendem a acreditar que foram elas próprias culpadas, e os homens responsabilizam seus trabalhos (SMANIO, 2009).

Tais observações reforçam as explicações sobre a determinação social e individual para a procura de atenção à saúde. O que um indivíduo pensa sobre saúde pode vir realmente a influenciar o seu comportamento a respeito de saúde-doença. Da mesma maneira como as outras variáveis predisponentes, as crenças em saúde não são consideradas como causa direta de utilização de serviços, mas resultam em diferenças na inclinação ou mesmo predisposição da pessoa para o uso de serviços de saúde (ANDERSEN; NEWMAN, 2005).

Outra característica que se mostra relevante na determinação do processo saúde-doença é que mulheres com angina estável tendem a sentir mais dor em repouso, durante o sono ou estresse emocional. O prognóstico de uma mulher com dor no peito, mas com coronárias normais na arteriografia é considerado bom. Essa afirmação, entretanto, não leva em consideração o tempo decorrente para que apareçam lesões obstrutivas nas artérias coronárias dessas mesmas mulheres (SMANIO, 2009).

Andersen e Newman (2005) esclarecem que algumas pessoas têm mais propensão a utilizar ou buscar os serviços de saúde do que outras diante de um episódio de saúde-doença, podendo tal comportamento ser previsto por meio de algumas características individuais (variáveis demográficas, estrutura social, crenças e atitudes) existentes antes do início dos episódios específicos da doença. No entanto, os pesquisadores reforçam que tais características, quando analisadas de forma isolada, não são responsáveis diretamente pela utilização de serviços de saúde, mas a interação com outros determinantes sociais influencia no importante papel do comportamento de buscar atenção médica. Lembram ainda que as variáveis de estrutura social refletem a posição (*status*) do indivíduo na sociedade, podendo ser medida por meio de características como educação, ocupação, gênero, entre outras. Tais características apontam para o estilo de vida do indivíduo, para o ambiente físico e social e para os padrões de comportamento associados a tais ambientes que podem estar relacionados ao uso de serviços de saúde.

Diante do exposto até aqui, apreende-se que a mulher em climatério se encontra não apenas em situação de vulnerabilidade social à naturalização dos sintomas apresentados neste período de vida, mas também exposta a outras vulnerabilidades como a possibilidade de vivenciar uma DAC e as consequências advindas desse adoecimento. Isto porque a consciência de haver um episódio como sinalizador da doença pode se misturar àquilo que se tem construído socialmente como fazendo parte da natureza feminina ou coisa sem importância. Nesse sentido, torna-se necessário analisar o evento da DAC ocorrendo na vivência do climatério de modo a englobar todos os aspectos da experiência e dos episódios vividos pela mulher.

Desta forma, os estudos sobre menopausa devem considerar não apenas o ponto de vista fisiológico, caracterizado pela não possibilidade de procriar, mas abordar o ponto de vista psicológico, social e cultural (COSTA, 2007). Esta inter-

relação de aspectos biopsicossociais que abarcam a menopausa tem apontado para a importância da participação de mulheres em grupos terapêuticos de caráter psicológico e educativo. Ouvir outras mulheres que vivenciam problemas tão semelhantes aos seus, pode contribuir para que a mulher compreenda melhor o processo pelo qual está passando, dê sentido às próprias vivências do envelhecimento, amplie os grupos de amizades e aumente a sua autoestima. No compartilhamento de experiências, a crise pessoal, quando presente, pode encontrar novas possibilidades de se “ressignificar” diante da complexidade enfrentada nessa etapa de vida.

O desafio está em rever o conhecimento obtido em pesquisas que ajudem a esclarecer a natureza das especificidades, diferenças e semelhanças entre homens e mulheres que vivenciam distintas etapas cronológicas de suas vidas (GOMES, 2011a). Portanto, sendo a apresentação clínica de sinais e sintomas da DAC um processo complexo e multifatorial, principalmente no sexo feminino, faz-se necessário compreender como a mulher em climatério vivencia esse processo, como simboliza e compartilha os significados, e de que modo contribuirá para a relativização do conhecimento sobre esse objeto e o resgate da dimensão humana que representa a vida em sociedade.

4 O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: interacionismo simbólico

O interacionismo simbólico pode ser compreendido como uma vertente da etnometodologia que se relaciona ao conjunto de estratégias de pesquisa cujo ponto principal é a descrição minuciosa dos objetos de investigação. As estratégias de investigação etnometodológica dão atenção especial às técnicas de observação participante e à compreensão dos símbolos e categorias empíricas que um determinado grupo usa para se referir a seu mundo e aos processos que está vivendo.

O interacionismo teve sua origem na década de 20 do século XX, reúne estudos importantes como os de Cooley, em 1926, Mead, em 1934 e Thomas, em 1970. Seu ator seminal foi Herbert Blumer que, em 1937, atribuiu à sua abordagem o nome de “interacionismo simbólico”. Nos anos 70 do século XX, Denzin foi um autor fundamental para aprofundar a discussão teórica e metodológica da pesquisa (MINAYO, 2008).

No interacionismo simbólico, as características da linguagem relacionam-se predominantemente com interação e cultura, dando ênfase à compreensão dos fenômenos e valorizando as interpretações que passam a ser objeto essencial da pesquisa. A atividade humana é como um conjunto de símbolos que expressam significados e, nessa perspectiva, a interpretação propõe uma longa história intelectual acompanhada de uma visão holística (sistemática, abrangente, integrada), caracterizada pela sua lógica, seus arranjos, suas regras explícitas e implícitas. Para os interacionistas sociais, a interpretação vem por meio da compreensão das ações do grupo e suas interações, existindo uma interpretação inevitável de significados feita tanto pelos atores sociais quanto pelo pesquisador (MILES; HUBERMAN, 1994).

Sob a perspectiva interpretativa, o interacionismo simbólico, vai além da compreensão dos significados e construção de atitudes das pessoas a partir das relações interpessoais; configura-se como um referencial teórico-metodológico que possibilita a avaliação de resultados em saúde.

Compreende-se que a Enfermagem busca na Sociologia, Psicologia, Educação, Antropologia, entre outras ciências, vertentes para o disciplinamento do saber. O movimento da teoria nasceu em clássicos da sociologia e psicologia social,

como teoria que tem aproximação com a Enfermagem, dada a sua perspectiva de compreensão dos aspectos subjetivos das pessoas (LOPES; JORGE, 2005).

As duas variantes mais proeminentes do interacionismo simbólico são representadas pelas Escolas de Chicago e Iowa, representadas respectivamente pelas obras de Blumer e Kuhn, e que têm grande importância por figurarem como diferentes possibilidades de operacionalização do conceito, a partir dos pontos de vista humanístico e científico. Kuhn acreditava na possibilidade de transformar os conceitos interacionistas em variáveis empregadas para testar proposições empíricas. Blumer, por sua vez, fazia objeção a esse tipo de operacionalização por acreditar que a realidade social não poderia ser percebida por meio de tais procedimentos. Observando-se, no geral, as proposições de ambas, pode-se afirmar que partem das concepções de Mead e compartilham a tese de que o importante da conduta é o seu significado. Pode-se entender que o interacionismo simbólico foi estruturado por Blumer com base na interpretação que ele faz acerca do pensamento de Mead (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

Blumer desenvolveu as primeiras formulações teóricas do interacionismo simbólico a partir de conceitos e princípios básicos extraídos da teoria da Psicologia Social, originalmente elaborados pelo filósofo e cientista social Mead, e as empregou no estudo do comportamento coletivo. O foco do interacionismo simbólico concentra-se, justamente, nos processos de interação social que ocorrem entre indivíduos ou grupos mediados por relações simbólicas (CANCIAN, 2009).

O significado é formado através do processo de interação humana, ou seja, a significação é um produto social. Um mesmo objeto, seja físico, social ou abstrato, pode possuir diferentes significados para pessoas diferentes, devido a esses significados serem gerados para uma pessoa a partir de como as pessoas com quem ela interage definem o objeto. A comunicação se faz através de símbolos que têm seu significado e através da interpretação desses símbolos ocorre a interação social. É por intermédio dos símbolos que as pessoas são socializadas, compartilham da cultura e entendem qual é o seu papel social. O símbolo é usado para pensar, comunicar, representar. Ele só é simbólico quando expressa um significado (uma representação), uma intencionalidade (BLUMER, 1969).

Três aspectos são fundamentais para compreensão das premissas do interacionismo simbólico, como segue (BLUMER, 1969):

- a) Os seres humanos procuram agir, em relação às coisas, com base nos significados que elas têm para eles. Entende-se por “coisas” tudo o que o indivíduo pode notar em seu mundo como objetos físicos, outros seres humanos, individualmente ou em grupos, instituições, princípios orientadores, atividades dos outros, bem como as situações da vida cotidiana;
- b) O significado das coisas é derivado ou surge da interação social que os homens estabelecem uns com os outros. Em outras palavras, os significados são produtos sociais que surgem da interação; e
- c) Os significados podem ser manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pelo indivíduo quando lida com as coisas que ele encontra.

Alguns conceitos básicos escritos originalmente por Mead (1977) e interpretados por Blumer (1969) foram importantes para a construção da abordagem interacionista:

- a) *Self* (o ego, a própria pessoa): Significa que a pessoa pode ser objeto de sua própria ação, ou seja, objeto de si própria. Representa um processo social no interior do indivíduo que envolve duas fases analíticas distintas: o eu e o mim. Na primeira fase se refere ao indivíduo como sujeito, evidenciando as características, as tendências não direcionadas, impulsivas, espontâneas e não socializadas. Na segunda, reconhece o indivíduo como objeto social, que se origina na interação. Compreende o outro generalizado e, raramente, outro particular. Nessa fase, o indivíduo socializado, se comunica, dirige, julga, identifica, participa e avalia sua interação com os outros. A característica da pessoa como objeto para si está representada pelo termo *self* (si mesmo), e esse *self* permite que o indivíduo interaja socialmente consigo mesmo, da mesma forma que interage socialmente em relação a outras pessoas. O pensamento seria o raciocínio do indivíduo, uma conversação entre o que se denomina eu e mim.
- b) *Mente*: A mente é ação que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao *self*, ou seja, é um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo próprio, usando símbolos significantes. Essa

significância ou sentido é também social em sua origem. Da mesma forma, a mente também é social, tanto em sua origem como em sua função, porque ela surge do processo social de comunicação. A mente é uma atividade que se dirige ao *self*. Considera-se como processo mental a interação simbólica por meio da qual o indivíduo manipula símbolos e comunica-se ativamente com o seu *self*.

- c) Interação social: A interação humana é mediada pelo uso de símbolos, por interpretação ou pela determinação de significados às ações dos outros e será simbólica quando os atos de cada indivíduo têm significado para o criador e o receptor da ação. Assim, à medida que os indivíduos interagem, eles interpretam ou definem as ações uns dos outros, em vez de meramente reagir às ações, e suas respostas são baseadas nos significados que eles atribuem a tais ações. O ser humano interage socialmente em relação a ele mesmo, da mesma forma que ele age em relação a outras pessoas. Essa interação possui uma natureza triádica, pois indica qual deve ser a reação da pessoa a quem destinou, a intenção de quem realizou e significa a ação como um todo, articulando os atos de ambos.

De acordo com as premissas do interacionismo simbólico, o uso desta perspectiva tem por finalidade apreender comportamentos, sentimentos e expectativas da comunicação simbólica como o significado da fala, do silêncio, das imagens construídas em desenhos, dos comportamentos apresentados pelos atores sociais. A simbologia possibilita perceber os processos interativos dinâmicos que estão presentes nas relações entre o sujeito e os elementos de interação como o ambiente, a pessoa e o contexto. Por isso, na interação, as vivências do presente são dotadas de valor e significados. Ao agir no presente, o ser humano tanto é influenciado pelo que aconteceu no seu passado, pelo resgate de suas lembranças, quanto pelo que está acontecendo no exato momento vivido (CARVALHO et al., 2007).

Essa abordagem teórica propõe que qualquer esquema social humano, orientado empiricamente, deve respeitar o fato de que, em primeira e última instância, a sociedade humana é constituída de pessoas engajadas em ações. Refere-se à natureza da sociedade e da vida em grupo e, dentro desta perspectiva, os grupos são formados por seres humanos comprometidos com ações. Estas

consistem em múltiplas atividades que os indivíduos realizam em suas vidas, enquanto se encontram uns com os outros e lidam com a sucessão de situações com que são confrontados. Assim, os grupos ou sociedades existem em ação e devem ser observados em termos de suas ações. A vida em grupo pressupõe necessariamente as interações dos membros do grupo ou, posto de outra forma, uma sociedade consiste em indivíduos interagindo (SAUERBRONN; AYROSA, 2010).

A compreensão interacionista de Blumer se fundamenta no princípio de que o comportamento humano é autodirigido e observável em dois sentidos: o simbólico e o relacional, uma vez que qualquer ser humano, realizando as tarefas mais elementares, planeja e dirige suas ações em relação aos outros, confere-lhes sentido e cria e produz significados sobre os objetos que utiliza para realizar seus planos. Além disso, segundo os interacionistas, a vida social constitui uma espécie de consenso que propicia um processo de inter-relações e de interpretações de significados compartilhados por um grupo ou comunidade que pode, ao mesmo tempo, manipular, redefinir e modificar seus sentidos (MINAYO, 2008). As interações sociais são processos dialéticos, pois os indivíduos constroem os grupos e coletividades sociais dos quais fazem parte, e, ao mesmo tempo, esses grupos e coletividades interferem na conduta do indivíduo (CANCIAN, 2009).

Segundo Carvalho et al. (2007), o uso da palavra nos diálogos e outros símbolos, como gestos, comportamentos, ações, têm significados sociais que são construídos nas interações e que apenas passam a ser símbolo quando adquirem sentido para quem os utiliza. Desse modo, os símbolos podem desvelar as carências afetivas, psicológicas, biológicas e sociais do ser cuidado, como também suas vivências e interações no cotidiano. Pode-se evidenciar que a perspectiva do Interacionismo Simbólico tem sido empregada pela enfermagem na leitura das respostas humanas, para desvelar os significados que a pessoa atribui às situações vividas, valorizando a linguagem do discurso, como também a linguagem simbólica apreendida de seu comportamento.

De acordo com tal perspectiva, os atores procuram dar significados aos fatos constatados em sua realidade e fundamentam sua interpretação, na interação. Portanto, as vivências do presente são dotadas de valor e significados. Ao agir no presente, o ser humano é influenciado pelas experiências tidas anteriormente e pelas vivências do presente. Assumindo tal perspectiva, ensaiamos que:

- a) A mulher compreende a sua condição de vivência no climatério associada à doença arterial coronariana, tomando por base o significado que ambas condições apresentam a ela, no processo de interação consigo própria;
- b) O significado que a família, a comunidade hospitalar e a sociedade aferem ao ser “mulher climatérica” determinam processos mentais na mulher, influenciando o seu modo de agir e comportar-se quanto à sintomatologia da doença arterial coronariana;
- c) Os significados que a mulher atribui ao climatério e à doença arterial coronariana são construídos, alterados e modificados nos processos interativos consigo própria e com a sociedade nos diversos contextos sociais.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1 Tipo do estudo e cenário da investigação

O método tem uma função fundamental que é tornar plausível a abordagem da realidade a partir das perguntas feitas pelo investigador. No campo da saúde coletiva, os métodos frequentemente usados para estudo das populações humanas são os quantitativos (mais frequentes por meio da epidemiologia) e qualitativos (mais utilizados pelas ciências sociais). A abordagem qualitativa não visa à predição, ao controle ou à generalização, em vez disso está centrado nos processos de significação a partir da singularidade dos sujeitos que compõem a amostra. Este tipo de pesquisa visa entender, descrever e às vezes explicar os fenômenos sociais (MINAYO, 2008; BARBOUR, 2009). Este estudo foi desenvolvido tendo como base de investigação a pesquisa qualitativa, que possibilita o contato com os valores, crenças e sentimentos do sujeito pesquisado.

Ao traçar o esboço metodológico para o desenvolvimento desta pesquisa, esbarrou-se na questão da complexidade e da multideterminação dos fenômenos estudados: o climatério e a DAC, o que conduziu à proposta de utilização de recursos metodológicos diferenciados. Assim, previamente aos dados resultantes da análise de conteúdo dos grupos focais, foram utilizados instrumentos que identificaram e avaliaram, quantitativamente, os sintomas do climatério (*Menopause Rating Scale* - MRS). A identificação das participantes com sintomatologia climatérica e a avaliação quantitativa correspondente auxiliaram no processo de recrutamento, identificação e caracterização da sintomatologia antes do estudo, como também serviram para oferecer informações que subsidiaram o processo da construção de um objeto total.

O estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), um órgão da Administração Pública Federal, da cidade de São Luís - MA, que atua nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins. O HUUFMA possui atendimento totalmente realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foi certificado pelo Ministério da Educação (MEC) e

Ministério da Saúde (MS) como um hospital de ensino e constitui-se em uma referência estadual para os procedimentos de alta complexidade na área cardiovascular. Disponibiliza à comunidade maranhense consultas, internações, métodos não invasivos de diagnóstico, cateterismo cardíaco para diagnóstico e intervenção, estudo eletrofisiológico, tratamento ablativo de arritmias, implante de marca-passos e vários tipos de cirurgia cardíaca para adultos e crianças. Encontra-se atualmente em fase preparatória para incorporação de um programa de transplante cardíaco.

O HUUFMA é formado por duas grandes unidades hospitalares, o Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) e o Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI), além de uma unidade ambulatorial na Cidade Universitária da UFMA. O HUUFMA possui 573 leitos, sendo 63 de UTI (Unidade de Terapia Intensiva - UTI) Neonatal, Adulto e Pediátrica e 22 leitos de isolamentos, além de 16 salas de cirurgias. O Serviço de Cirurgia Cardíaca, inaugurado em junho de 2001, localiza-se na Unidade Presidente Dutra e abrange o Bloco Cirúrgico, a Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica, o Serviço de Hemodinâmica e o Ambulatório de Cardiologia. Possui 42 leitos divididos em pré-operatório e pós-operatório.

O cenário do estudo para a coleta de dados da fase quantitativa (de recrutamento), por meio de entrevista individual, foi o Ambulatório de Cardiologia, localizado no 1º andar do HUPD, onde são ofertados os serviços de cardiologia clínica e cirúrgica (consultas), eletrofisiologia, teste ergométrico, ergoespirometria, eletrocardiografia, ecodopplercardiograma transtorácico e transesofágico. O Ambulatório de Cardiologia é o principal setor responsável pelo acompanhamento sistemático de pacientes portadores de afecções cardiovasculares diversas, dentre elas a DAC. A média de atendimentos diário de pacientes de ambos os sexos com o diagnóstico de DAC é de 10 pacientes, e a equipe é formada por cardiologista clínico, eletrofisiologista, hemodinamicista, cirurgião cardíaco, enfermeiro, técnicos de enfermagem e técnicos administrativos.

A coleta de dados na fase qualitativa, ou seja, realização de grupos focais foi feita na Divisão de Pós-Graduação e Pesquisa do HUUFMA, localizada no 4º andar do HUPD. Esta divisão possui unidades diversas, como a Diretoria Adjunta Ensino, Pesquisa e Extensão (DIAEPE), o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a Comissão de Iniciação Científica (COMIC), a Biblioteca Especializada na Área das Ciências da Saúde, a Coordenação de Residência Multiprofissional, além de

auditórios e salas de aula. As mulheres selecionadas – conforme critério de elegibilidade – para participarem do grupo focal foram contatadas por telefone e convidadas a continuarem participando da pesquisa.

5.2 Participantes da pesquisa e critérios de seleção

Como critérios de inclusão, consideraram-se as mulheres com idades entre 45 e 65 anos completos, com referência de sintomas climatéricos, portadoras de DAC confirmada por exame de arteriografia coronária. Elaborou-se como critérios de exclusão da pesquisa, a ocorrência de mulheres com dificuldades na fala; que apresentassem distúrbios mentais; submetidas à ooforectomia e histerectomia; usuárias de terapia de reposição hormonal nos últimos cinco anos; e aquelas que não identificaram nenhum sintoma climatérico conforme critérios da escala MRS.

Para a identificação e caracterização dos sintomas climatéricos apresentados nos últimos 12 meses pelas mulheres, considerou-se a Escala de Avaliação da Menopausa – MRS (ANEXO A). Para isso, as mulheres foram entrevistadas e interrogadas individualmente no Ambulatório de Cardiologia do HUUFMA, enquanto aguardavam a consulta médica, ocasião em que a pesquisadora se apresentava a elas. As mulheres foram convidadas a identificar os sintomas que elas reconheciam ter experimentado no último ano (12 meses). De acordo com a MRS, foi feito o seguinte questionamento:

“Qual dos seguintes sintomas, e em que medida, a senhora diria que sentiu nos últimos 12 meses?”

Quanto à identificação do estado menopausal, este foi determinado pelas informações que as mulheres deram a respeito das características menstruais dos últimos três meses (frequência, espaçamento, regularidade e fluxo menstrual) quando presente ou do tempo de amenorreia, conforme história clínica da mulher. As participantes também foram investigadas quanto ao histórico de depressão, e, para tanto, buscou-se identificar histórico de episódios depressivos prévios por meio da seguinte questão:

“A senhora já teve depressão anteriormente ou tomou remédios para depressão?”

Três (03) mulheres foram excluídas da pesquisa por terem sido submetidas previamente à ooforectomia e cinco (05) mulheres por terem sido submetidas à histerectomia. Todas as mulheres identificaram sintomas climatéricos na MRS, não sendo nenhuma mulher excluída por não referir sintomatologia climatérica.

Participaram desta primeira fase, quantitativa e de recrutamento, quarenta (40) mulheres, dessas quarenta mulheres entrevistadas nessa primeira fase, vinte e cinco (25) participaram da fase coletiva dos grupos focais. A determinação desse quantitativo deu-se pelo critério de saturação dos dados e atendimento satisfatório aos objetivos propostos.

5.3 Escala de avaliação da menopausa – *Menopause rating scale* (MRS)

Heinemann, Potthoff e Schneider (2003) desenvolveram a MRS, a qual foi validada no Brasil, segundo o próprio Heinemann et al. (2004), por meio do Instituto Internacional “NFO”, com sede nos Estados Unidos. No processo de validação, a MRS apresentou no teste-reteste um coeficiente de correlação de Pearson de 0,82 e na sua consistência interna através do coeficiente alfa de Cronbach o valor de 0,86 (ESPER, 2005).

A motivação para a utilização do instrumento surgiu da necessidade de uma lista curta de sintomas clinicamente relevantes para avaliação do estado menopausal, dada a carência de instrumentos breves com reconhecidas propriedades psicométricas e justificativa estatística para a soma ou pontuação dos escores dos itens ou que tenham usado escala fatorial. Portanto, a escolha da escala MRS ocorreu pela sua fácil aplicabilidade, pelo seu grau de confiança ou exatidão, pela especificação detalhada dos sintomas climatéricos e pela facilidade de avaliação.

A MRS contém 11 itens referentes a sintomas comuns ao climatério sendo avaliados em graus de intensidade:

- a) fenômenos vasomotores (falta de ar, suores, calores);
- b) queixas cardíacas (mal estar do coração, batidas do coração diferentes, saltos nas batidas, batidas mais longas, pressão);

- c) insônia (problemas de sono, dificuldade em conciliar o sono, em dormir toda a noite e despertar-se cedo);
- d) depressão (estado de ânimo depressivo, sentir-se decaída, triste, a ponto das lágrimas, falta de vontade, trocas de humor);
- e) nervosismo (irritabilidade, sentir-se nervosa, tensa, agressiva);
- f) angústia (ansiedade, impaciência, pânico);
- g) menor capacidade (esgotamento físico e mental, caída geral em seu desempenho, falta de concentração, falta de memória);
- h) sexualidade (problemas sexuais, falta no desejo sexual, na atividade e satisfação);
- i) queixas urinárias (dificuldade de urinar, incontinência, desejo excessivo de urinar);
- j) queixas vaginais (ressecamento vaginal, sensação de ressecamento, ardência e problemas durante a relação sexual);
- k) e queixas locomotoras (problemas musculares e nas articulações, dores reumáticas e nas articulações) conforme apresentado no Anexo A.

A pontuação de cada sintoma vai de zero (sem sintomatologia) a um ponto (maior intensidade da sintomatologia), com intervalo de graduação de 0,1 a 1,0. Adequa-se à intensidade da queixa relatada pela entrevistada, ou seja, nenhum (0), leve (0,1; 0,2; 0,3), moderada (0,4; 0,5), intensa (0,6; 0,7) e muito intensa (0,8; 0,9 e 1,0).

O escore final é obtido pela média simples da somatória dos pontos atribuídos aos 11 sintomas avaliados. A obtenção de escores mais altos se traduz em uma qualidade de vida comprometida por sintomas climatéricos (ESPER, 2005).

A MRS, distribui-se em três subescalas:

- a) Somática: falta de ar, suores, calores; mal-estar do coração; problemas de sono; e problemas musculares e nas articulações (itens 1-3 e 11, respectivamente);
- b) Psicológica: estado de ânimo depressivo; irritabilidade; ansiedade; e esgotamento físico e mental (itens 4-7, respectivamente);

- c) Urogenital: problemas sexuais; problemas de bexiga; e ressecamento vaginal (itens 8-10, respectivamente). Cada item pode ser graduado de 0 a 4 (0= nenhum; 1= pouco severo; 2= moderado; 3= severo; 4= muito severo).

Para cada indivíduo o score total de cada subescala resulta da soma da pontuação de cada item da mesma.

De acordo com a pontuação da subescala Sintomas Somáticos, estes podem ser classificados em assintomáticos ou escassos (dois pontos ou menos), leves (3-4 pontos), moderados (5-8 pontos) ou em severos (mais de 9 pontos); os Sintomas Psicológicos serão igualmente classificados, de acordo com a pontuação, em assintomáticos ou escassos (um ponto ou menos), leves (2-3 pontos), moderados (4-6 pontos) ou severos (mais de 7 pontos); e os Sintomas Urogenitais classificam-se em assintomáticos ou escassos (0 pontos), leves (1 ponto), moderados (2-3 pontos) ou severos (4 pontos ou mais) (SANTOS, 2011). O score da escala total resulta da soma dos scores das três subescalas, e no final a escala possibilita uma classificação geral dos sintomas, identificando-os como assintomáticos ou escassos, quando se obtém uma pontuação de 0 a 4 pontos, leves de 5 a 8 pontos, moderados de 9 a 15 pontos ou severos, com mais de 16 pontos.

5.4 Coleta de dados

A coleta de dados da fase quantitativa, entrevista individual, realizou-se nos meses de junho e julho de 2013, em todos os dias da semana, nos turnos matutino e vespertino, no ambulatório de cardiologia do HUUFMA. Nesta fase foi aplicado o instrumento MRS a fim de identificação das mulheres que estivessem vivenciando o climatério. As mulheres foram interrogadas individualmente, numa sala de consulta do ambulatório, respeitando-se sua privacidade e foram convidadas a identificar os sintomas climatéricos. Foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e solicitada a assinatura referente à primeira fase.

A coleta de dados da fase qualitativa foi realizada em julho e agosto de 2013, uma vez na semana, no turno vespertino, através da técnica de grupos focais. As mulheres selecionadas para o grupo focal foram contatadas por telefone e convidadas a continuarem participando da pesquisa. Considerando-se o aceite e sua disponibilidade, era realizado o agendamento para a participação nos grupos focais. Os encontros dos grupos focais foram feitos numa sala do 4º andar do HUPD.

A utilização de grupos focais proporciona uma oportunidade de gerar dados a serem submetidos a uma análise dentro de uma abordagem do interacionismo simbólico, visto que possibilita a construção ativa do significado do fenômeno que se pretende estudar, pois permite estudar o processo de formação de atitude e os mecanismos envolvidos. Quando se pretende destrinchar o processo de formação de atitude individual, a realização de uma série de discussões no grupo focal pode ser uma estratégia para se conseguir monitorar as mudanças ao longo do tempo. Esses grupos proporcionam *insights* a respeito de como as pessoas processam e significam as informações fornecidas a elas. Eles também são especialmente relevantes para desvelar as concepções errôneas dos participantes, para identificar como elas podem ocorrer, e são fundamentais para explorar equívocos e suas consequências para o comportamento (BARBOUR, 2009).

Para Backes et al. (2011), o grupo focal representa uma técnica de coleta de dados que, a partir da interação grupal, promove uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico. Constitui-se em um processo complexo, tendo em vista a sua dinamicidade, dialogicidade e capacidade de análise e síntese reflexivas entre os envolvidos.

A técnica de grupo focal possibilita o acolhimento do sujeito devido à criação de um espaço para a expressão das angustias e ansiedades, e esta aproximação valoriza os aspectos psicodinâmicos mobilizados na relação afetiva e direta com os participantes do estudo devido à escuta (SILVA; ASSIS, 2010).

A literatura sobre grupos focais mantém a orientação, dada na pesquisa de marketing, de que o tamanho ideal do grupo é de 10 a 12 participantes. Entretanto, o número de pessoas que podem prontamente receber igual voz dependerá não só da habilidade do moderador, mas também do nível e da complexidade da discussão desejada. Nas pesquisas qualitativas, em que geralmente objetiva-se explorar mais intensamente os significados dos participantes e os modos pelos quais as perspectivas são socialmente construídas, em

comparação com as pesquisas de marketing, onde muitas discussões são resumidas, o foco dos pesquisadores é dirigido geralmente para uma transcrição literal, que é então sujeita a uma análise mais detalhada e sistemática. Neste caso, tanto em termos de moderação de grupos (captar e explorar as ideias enquanto elas emergem) quanto em termos de análise de transcrições, sugere-se um máximo de oito participantes, visto ser este número desafiador o bastante, já que é perfeitamente possível fazer um grupo focal com três ou quatro participantes. O estímulo ativo à interação do grupo focal está relacionado, obviamente, à forma de conduzir a discussão do grupo focal e de garantir que os participantes intercambiem as ideias e opiniões entre eles, principalmente evitando que se estabeleça uma interação apenas com o pesquisador ou moderador (BARBOUR, 2009).

O planejamento para a realização dos grupos focais seguiu o preconizado na literatura, realizado em uma sala reservada que proporcionasse privacidade às participantes; presença de 3 a 6 mulheres; uma equipe de trabalho composta por uma pesquisadora, na qualidade de moderadora e observadora e duas acadêmicas de enfermagem, como auxiliares de pesquisa. No primeiro grupo focal houve a participação de uma psicóloga, como observadora, que relatou suas impressões e considerações. Estas orientaram a condução dos demais grupos.

Semanalmente era realizada junto à Diretoria Adjunta de Ensino Pesquisa e Extensão do HUPD a solicitação da reserva de uma sala para realização dos grupos focais. No dia da realização dos grupos, fornecia-se uma lista com os nomes das participantes à recepção do hospital, bem como havia uma acadêmica de enfermagem para conduzi-las garantindo sua acessibilidade. Para assegurar a participação das mulheres, no dia anterior às sessões, era realizado contato telefônico com as participantes, fazendo-as lembrar-se do compromisso, bem como confirmando suas presenças. Algumas mulheres alegaram a impossibilidade de participarem dos grupos focais principalmente por residirem em municípios próximos e por dificuldade de acompanhante para deslocamento.

Durante os grupos focais buscou-se criar um ambiente privativo, tranquilo, propício à livre e descontraída manifestação das participantes de forma a possibilitar à participante discorrer sobre os temas propostos.

A pesquisadora procurou em todo o desenrolar do grupo, fazer uma escuta e observação atenciosa, não apenas do conteúdo expresso verbalmente, mas também das expressões de sentimentos e comportamentos não verbais.

Inicialmente, antes do início das discussões nos grupos, a pesquisadora, na função de moderadora do grupo, realizava a entrega de crachás de identificação às participantes constando o primeiro nome legível para facilitar o processo de interação; apresentava-se e solicitava a todas que também se apresentassem; esclarecia sobre o tema a ser dialogado e a dinâmica das discussões; confirmava a necessidade e permissão de gravação, os aspectos éticos vinculados ao estudo reforçando o anonimato e confidencialidade das informações e do processo interativo. Apenas depois dessas etapas, conduzia a discussão dentro da temática de interesse e encerrava a sessão.

As auxiliares ajudavam na organização estrutural, como disposição em forma circular das cadeiras para possibilitar a visualização de todas entre si e maximizar a qualidade de gravação, a colocação dos gravadores em espaços diversos para a captação da voz, monitoramento e ajuda no registro da dinâmica grupal, como atitudes, linguagens e gestos indispensáveis para o enriquecimento das análises.

O tema central para as sessões grupais foi dirigido para a compreensão do que as mulheres sabem a respeito do climatério/menopausa e da DAC, buscando-se os sentidos e significados que elas constroem em relação à doença cardíaca e a sua própria vida. A cada sessão foram apresentados os objetivos daquela sessão, realizada a leitura e assinatura do termo de consentimento referente à segunda fase, respeitando-se os princípios éticos. As seis (06) sessões do grupo focal foram constituídas com um número variável de participantes, a saber: a primeira sessão com cinco participantes com duração de 1 hora e trinta e nove minutos; a segunda sessão com quatro participantes com duração 1 hora e vinte e três minutos; a terceira sessão com seis participantes com duração de 1 hora e trinta e quatro minutos; a quarta sessão com três participantes com duração de 50 minutos; a quinta sessão com três participantes com duração de 1 hora e cinco minutos e a sexta sessão contou com quatro participantes com duração de 1 hora e doze minutos.

As discussões foram norteadas pelas questões referentes à menopausa/climatério e a DAC. As questões referentes à menopausa/climatério foram:

O que vocês sabem sobre menopausa/climatério (fase da vida)?

O que significa para vocês menopausa e climatério?

Como é para vocês estarem na menopausa/climatério?

Vocês atribuem algum sintoma ao climatério/menopausa?

Vocês acham que o climatério/menopausa interferiu na doença do coração?

As questões referentes à DAC foram:

O que vocês acreditam que pode estar relacionado com a doença do coração?

O que significa para vocês estarem/viverem com uma doença do coração?

Existe alguma mudança nas suas vidas que vocês atribuem ao problema do coração?

Vocês podem descrever uma palavra, um sentimento que represente o problema do coração?

O que vocês pensam sobre o futuro, o que pretendem fazer e realizar?

Após a conclusão de cada sessão, agradecia-se a participação de todas, era dada às participantes a oportunidade para esclarecimento de dúvidas surgidas durante a discussão e orientações, reforçava-se que aquelas que desejassem se comunicar com a pesquisadora poderiam usar a forma de contato constado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As participantes também foram informadas que, após a conclusão da pesquisa, será entregue a coordenação do serviço um relatório com a apresentação dos resultados e conclusão, do qual poderão tomar ciência na chefia do ambulatório de cardiologia.

Ofereceu-se ainda, antes da despedida, um lanche às participantes, respeitando-se as restrições alimentares, como forma de agradecimento pelas presença e participação. Ao final a equipe realizou uma síntese das impressões e implicações das informações para a pesquisa.

5.5 Tratamento e interpretação dos dados

A pesquisa é uma atividade básica das Ciências, por sua característica de indagação e construção da realidade. A pesquisa quantitativa traduz em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas, podendo-se utilizar

técnicas estatísticas. O estudo quantitativo objetiva verificar relações co-existent entre variáveis a serem investigadas (RODRIGUES, 2007). Para a identificação e análise dos sintomas climatéricos utilizou-se a Escala de Avaliação da Menopausa – MRS. Os dados quantitativos foram apresentados em tabelas e quadros, distribuídos em frequência e calculado as médias do escores.

A pesquisa Social constitui-se de vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica. A pesquisa qualitativa permite desvelar processos sociais ainda poucos conhecidos sobre grupos particulares e propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2008). Para a análise e interpretação dos dados qualitativos, utilizaram-se os conceitos provenientes do referencial teórico do Interacionismo Simbólico, cujos procedimentos de tratamento dos dados foram seguidos, conforme as orientações do método de análise de conteúdo.

Para Bardin (2011), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, pois não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos com uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações. A análise de conteúdo pode ser uma análise dos “significados”, embora possa também ser, em vez disso, uma análise dos “significantes”. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, inferência esta que recorre a indicadores. Se a descrição (a enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a interpretação (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma à outra. A análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, e esta análise é uma busca de outras realidades por meio das mensagens.

Análise de conteúdo diz respeito às técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano de falas,

depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem. Esse conjunto de movimentos analíticos visa a dar consistência interna às operações (MINAYO, 2008). Existem várias modalidades de análise de conteúdo, entre as quais a Análise Lexical, Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise de Enunciação.

A proposta para o tratamento e interpretação dos dados da presente pesquisa foi a obtenção de um posicionamento mais completo sobre o todo de cada história, compreendendo a significância atribuída pelas mulheres à experiência totalizada. Para isso, foi utilizada a perspectiva interacionista e, como modalidade de análise, a análise temática. Para tanto, foram identificados núcleos de sentido, já que, para análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes ao discurso.

A inferência e interpretação dos dados foram embasadas nas leituras referentes às temáticas de gênero, identidade feminina, climatério, menopausa, doença arterial coronariana e ao próprio referencial do interacionismo simbólico, que permitiu, por sua vez, a partir do senso comum das participantes, apreender elementos que influenciam na construção do episódio da DAC durante a vivência do climatério.

Todas as seis sessões grupais foram registradas por meio de gravações autorizadas em áudio, transcritas na íntegra. Além disso, os textos passaram por pequenas correções linguísticas, porém, não foi eliminado o caráter espontâneo das falas, objetividade, fidelidade e produtividade. A transcrição literal das discussões dos seis grupos focais foi realizada pela própria pesquisadora após escutas repetidas das gravações, o que contribuiu para a familiarização com os dados. Para isso, primeiramente realizou-se uma escuta de cada entrevista para depois transcrevê-las. Essa transcrição foi cotejada com o registro das anotações simultâneas realizadas e complementada pela indicação de expressões não verbais, sorrisos e choros. Após a leitura exaustiva, repetida e atenta das informações

obtidas, identificaram-se, primeiramente, as ideias centrais e as expressões-chave que cada uma das mulheres apresentaram em seus discursos. Em seguida, identificaram-se as convergências existentes.

A análise temática permitiu explicitar elementos não visíveis, constituídos por símbolos, representações e comportamentos, somente alcançados pela subjetividade, expressos na ordem verbal. As diferentes fases de análise de conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, foram organizadas em torno de três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011), conforme explicitado a seguir.

a) Pré-análise

É a fase de organização dos dados propriamente dita. Tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Geralmente, esta primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. Esses três fatores não se sucedem, obrigatoriamente, segundo uma ordem cronológica, embora se mantenham estreitamente ligados uns aos outros.

Nessa fase, realizou-se a primeira atividade denominada leitura “flutuante”, que consistiu em estabelecer contato com o conteúdo expresso pelas participantes durante as sessões dos grupos focais e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações. Gradualmente a leitura tornou-se mais precisa, em função de hipóteses emergentes, da projeção das teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre materiais análogos. A segunda atividade consistiu na escolha dos conteúdos capazes de fornecer informações sobre o problema levantado, sendo muitas vezes necessário proceder-se à constituição de um *corpus*. O *corpus* é o conjunto dos conteúdos a serem submetidos aos procedimentos analíticos, o que implica, muitas vezes em escolhas, seleções e regras. A terceira atividade desta etapa consistiu na referenciação dos índices e a elaboração de indicadores. Para a presente pesquisa, o índice considerado foi a menção explícita de um tema numa mensagem. Depois de escolhidos os índices, procedeu-se à construção de indicadores práticos e seguros de significação da DAC na vida das mulheres climatéricas.

Desde a fase da pré-análise foram determinadas operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados. E, para análise propriamente dita, o material resumido foi sendo construído.

b) Exploração do material

Esta fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. A codificação corresponde a uma transformação efetuada, segundo regras precisas, dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da expressão, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices.

A organização da codificação compreende três escolhas: o recorte ou escolha das unidades, a enumeração ou escolha das regras de contagem e a classificação e agregação ou escolha das características. Na presente pesquisa optou-se pela unidade de registro considerada com uma unidade de significação codificada e correspondente ao segmento de conteúdo considerado unidade de base. Como a unidade de registro pode ser de natureza e dimensões muito variáveis, não houve interesse em proceder à contagem frequencial, preservando-se o foco na categorização.

Podem ser citados entre as unidades de registro as palavras e temas. Todas as palavras do texto devem ser levadas em consideração, ou poder-se-á reter unicamente as palavras-chave ou palavras-tema. Optou-se pelo tema como unidade de significação, que consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo, o gênero (analogia) com os critérios semânticos, sintáticos, léxicos ou expressivos. O recorte, agregação e enumeração, que levaram a uma representação do conteúdo, confrontados com o referencial teórico, permitiram esclarecer os indícios ou categorias.

Com vistas a compreender o significado do climatério e da menopausa para esse grupo de mulheres, foram identificadas 05 categorias, sendo: a primeira categoria “Certo desconhecimento”, a segunda categoria “Envelhecimento e

adoecimento”, a terceira categoria “Processo de mudanças”, a quarta categoria “Sentimentos de desordem no bem estar físico e emocional” e a quinta categoria “A menopausa tem ligação com a DAC”. Com relação à DAC, foram identificadas 8 categorias: a primeira categoria identificada foi denominada de “Problema grave e incurável”; a segunda categoria foi “O processo de desencadeamento da DAC”, identificando como subcategorias “A Hereditariedade e alterações emocionais” e “A dieta, hipertensão, diabetes, tabagismo e sedentarismo”; a terceira categoria foi “Mudanças significativas de enfrentamento da doença”, identificando como subcategoria “Mudanças de hábitos de vida”; a quarta categoria “A Fragilidade”, identificando como subcategorias a “Incapacidade para as atividades da vida cotidiana” e “Sentimentos de dependência, impotência, tristeza, medo, humilhação e sofrimento”; a quinta categoria “A Sexualidade”; a sexta categoria “A Família”, a sétima categoria “A Espiritualidade” e a oitava e última categoria “Busca por equilíbrio e o futuro”.

c) O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação

A inferência constituiu o último procedimento e refletiu uma comparação entre o que emergiu da população pesquisada e o que se encontra pertinente na literatura científica. Os resultados foram tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos para o alcance dos objetivos da pesquisa.

O analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas. Por outro lado, os resultados obtidos, a confrontação sistemática com o material e o tipo de inferências alcançadas podem servir de base a outras orientações para uma nova análise.

5.6 Aspectos éticos da pesquisa

Inicialmente foi encaminhada cópia do projeto de pesquisa para avaliação da Comissão de Iniciação Científica do HUUFMA (COMIC - HUUFMA), recebendo parecer favorável conforme Anexo B.

Em atendimento à resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola

de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, tendo recebido parecer favorável em 5 de junho de 2013 (ANEXO C). Após recebimento do parecer favorável do CEP, foi estabelecido contato com a Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão e com a chefia do Ambulatório de Cardiologia, com a finalidade de informá-los sobre o início da coleta de dados, bem como a reserva de salas para a realização dos grupos focais.

Para todas as mulheres entrevistadas foi solicitada autorização para gravação. Caso a participante não autorizasse a utilização desse instrumento de pesquisa, ela seria comunicada que não poderia participar da segunda fase. Foram garantidos o anonimato e confidencialidade das informações, enfatizando-se sua utilização restrita aos estudos propostos. Foi apresentado o TCLE (APÊNDICE A), anteriormente ao início de cada fase – na primeira fase (entrevista individual) e na segunda fase (grupo focal), com todas as páginas rubricadas e solicitada a assinatura ao final em duas cópias, com entrega de uma das vias para a participante e a outra tendo permanecido em posse da pesquisadora.

Para manter o anonimato das participantes, as mulheres serão apresentadas por meio da letra “P” (Participante) acompanhada do número que a identifica na pesquisa. Exemplo: P1 (Participante 1).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Resultados quantitativos

Os resultados quantitativos, para melhor compreensão, foram divididos em duas partes: caracterização das participantes e sintomatologia climatérica de acordo com os resultados da MRS.

6.1.1 Caracterização das participantes

A caracterização a seguir refere-se às quarenta (40) mulheres participantes do estudo no que se refere aos aspectos de idade, cor, estado civil, escolaridade, profissão, ocupação, religião, idade da menarca, gestação, aborto, paridade, idade em que teve o primeiro filho, idade da menopausa, TRH (tabelas 6.1 e 6.2).

Tabela 6.1 - Perfil sociodemográfico das mulheres climatéricas do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís – MA, 2013.

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Idade		
De 45 a 49 anos	07	17,5%
De 50 a 54 anos	02	5%
De 55 a 59 anos	11	27,5%
De 60 a 65 anos	20	50%
Cor		
Branca	07	17,5%
Parda	23	57,5%
Negra	10	25%

Tabela 6.1 - Perfil sociodemográfico das mulheres climatéricas do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís – MA, 2013 (cont.).

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Estado Civil		
União Estável*	21	52,5%
Solteira	08	20%
Viúva	06	15%
Separada/ Divorciada	05	12,5%
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	14	35%
Analfabeta	08	20%
Fundamental Completo	06	15%
Médio Incompleto	05	12,5%
Médio Completo	05	12,5%
Terceiro Grau Completo	02	05%
Profissão		
Doméstica (do lar)	17	42,5%
Doméstica (servidora)	07	17,5%
Lavadora	07	17,5%
Costureira	03	7,5%
Comerciante	02	05%
Professora	02	05%
Vendedora	02	05%
Ocupação		
Do lar	36	90%
Costureira	03	7,5%
Comerciante	01	2,5%
Religião		
Católica	24	60%
Evangélica	14	35%
Espírita	02	05%
Total	40	100%

*União estável inclui aquelas que vivem com um companheiro e as casadas oficialmente.

Observa-se que a maioria das participantes encontrava-se na faixa etária mais velha 20 (50%), com média etária de 58 anos, confirmando que a incidência de DAC em mulheres aumenta com o envelhecimento (FERNANDES; PINHO NETO; GEBARA, 2008).

Com relação à cor da pele, observa-se que a maioria intitulou-se como parda e negra, sendo a cor parda predominante - 23 (57,5%). Mais da metade era casada ou vivia com companheiro – 21 (52,5%) –, e apenas seis (06) eram viúvas. A escolaridade baixa foi característica da maioria delas – 20 (50%) haviam estudado até o ensino fundamental e oito (08) participantes consideraram-se analfabetas (tabela 6.1).

Foi predominante entre as mulheres a menção de serviços domésticos no próprio lar como profissão – 17 (42,5%). As profissões referidas em seguida foram as atividades como servidora doméstica e em lavoura, ambos com 07 (17,5%). Porém, quase todas as mulheres relataram dificuldades atuais na execução das atividades domésticas no próprio lar, realizando-as com vigor e frequência diminuída. Salienta-se que apenas cinco (05) mulheres referiram contribuir com a renda familiar, três (03) com atividades de costura, uma (1) com atividades de comércio e uma (1) com a aposentadoria. Todas as participantes manifestaram crença em um ser superior, mais da metade eram católicas (60%) (tabela 6.1).

Tabela 6.2 - Características ginecológicas, obstétricas e uso de terapia de reposição hormonal das mulheres climatéricas do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís – MA, 2013.

Características	Frequência	Porcentagem
Menarca		
Dos 10 aos 12 anos	15	37,5%
Dos 13 anos aos 14 anos	21	52,5%
Dos 15 anos aos 16 anos	04	10%

Tabela 6.2 - Características ginecológicas, obstétricas e uso de terapia de reposição hormonal das mulheres climatéricas do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís – MA, 2013 (cont.)

Características	Frequência	Porcentagem
Gestações		
De 0 a 2 gestações	06	15%
De 3 a 5 gestações	21	52,5%
De 6 a 8 gestações	07	17,5%
De 9 a 11 gestações	06	15%
Abortos/Óbito		
Nenhum aborto	16	40%
Um aborto	10	25%
Dois abortos	08	20%
Três abortos	03	7,5%
Óbito	03	7,5%
Paridade		
Nenhum filho	04	10%
1 a 2 filhos	07	17,5%
3 a 4 filhos	13	32,5%
5 a 6 filhos	09	22,5%
7 a 8 filhos	05	12,5%
9 a 10 filhos	02	05%
Idade que teve o 1º filho		
De 15 a 18 anos	21	52,5%
De 19 a 22 anos	10	25%
De 23 a 26 anos	05	12,5%
De 27 a 30 anos	04	10%

Tabela 6.2 - Características ginecológicas, obstétricas e uso de terapia de reposição hormonal das mulheres climatéricas do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís – MA, 2013 (cont.)

Características	Frequência	Porcentagem
Idade da menopausa		
Nega a menopausa	01	2,5%
Até 40 anos	04	10%
De 41 a 45 anos	18	45%
De 46 a 50 anos	10	25%
De 51 a 55 anos	07	17,5%
Terapia de Reposição Hormonal (TRH)		
Não	39	97,5%
Não	01	2,5%

Em relação aos antecedentes ginecológicos, observa-se que a média de idade da menarca foi de 13 anos. A idade mais frequente foi de 12 anos para treze (13) mulheres. Os estudos mostram grande variabilidade quanto à média etária da ocorrência da menarca, variando nacionalmente de 10 a 13 anos e de 12 a 13 nas populações internacionais (tabela 6.2). A idade da menarca parece que continua a diminuir, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, porém de forma bem mais lenta nos últimos anos, quando comparada àquela observada no final do século XIX e início do XX. Essa variabilidade nos diversos países e regiões, está provavelmente relacionada a fatores como clima, localização geográfica, estado nutricional, nível socioeconômico, escolaridade, etnia, número de filhos na família e outros (CARVALHO; FARIAS; GUERRA JÚNIOR, 2007).

Um estudo que avaliou a tendência secular da menarca entre os anos de 2001 e 2010 identificou que a menarca adiantou 3,24 meses em 10 anos, passando de 12,35 anos em 2001 para 12,08 anos em 2010 e ocorreu mais cedo

no grupo de meninas com excesso de peso mostrando que a obesidade está contribuindo para a antecipação da menarca (CASTILHO et al., 2012).

Nesta pesquisa, em relação aos antecedentes obstétricos, 21 mulheres (52,5%), ficaram grávidas de três a cinco vezes, a maioria teve filhos ainda jovem, com até 18 anos (52,5%). Mais da metade das mulheres referiu ter tido abortos - 21(52,5%) -, duas (02) referiram ter perdido filhos ainda pequenos. Quase todas as mulheres referiram ter passado pela menopausa (97,5%), e apenas uma (01) mulher apresentava-se na perimenopausa. Quatro mulheres (10%) apresentaram menopausa precoce (tabela 6.2). A idade mínima de ocorrência da menopausa foi de 39 anos e a máxima de 55 anos; a média etária da menopausa foi de 45 anos, idade abaixo daquela apresentada pela Organização Mundial da Saúde (1996), ou seja, em torno de 50 anos.

Existem poucos estudos epidemiológicos de base populacional realizados em mulheres brasileiras a respeito da idade da menopausa. Em estudos de base populacional realizados no sul do Brasil, a média etária do início da menopausa esteve entre 44 e 45 anos (BRISCHILIARI et al., 2012; GUIMARÃES; BAPTISTA, 2011).

Estudo realizado na América Latina sobre a idade da menopausa avaliou um total de 17.150 mulheres saudáveis, com idades entre 40 a 59 anos, em 47 cidades de 15 países latino-americanos. Os resultados apontaram muita variabilidade quanto à idade na menopausa, revelando uma idade média de 49,4 anos, e que marcadores como menor renda e as condições de pobreza são fatores que podem influenciar o início mais precoce da menopausa (BRANCO, 2006).

No presente estudo, observou-se que somente uma mulher relatou ter utilizado, há oitos anos, por um período de dois anos, a TRH para alívio dos sintomas climatéricos. Como nas últimas décadas surgiram muitas indagações a respeito dos efeitos colaterais e riscos da TRH, a sua indicação tem sido feita com algumas restrições, o que talvez explique o número inexpressivo de mulheres (01) que a havia utilizado.

A TRH está indicada como medida terapêutica para alívio dos sintomas climatéricos, com benefícios consideráveis sobre a qualidade de vida. Contudo, em concomitância com o alívio dos sintomas climatéricos, exerce múltiplos outros efeitos, muitos desses maléficos, sobre órgãos e sistemas do organismo feminino. A TRH não está recomendada com a finalidade exclusiva de reduzir o risco de DCV em mulheres no período de transição menopáusica ou de pós-menopausa. Se recomendada deve ser com uma indicação clara para seu uso, de maneira individualizada e ajustada de acordo com os sintomas, as necessidades de prevenção, a história pessoal e familiar, os resultados de investigações pertinentes, as preferências da mulher e suas expectativas (FERNANDES; PINHO NETO; GEBARA, 2008).

Sumarizando as características sociodemográficas das participantes deste estudo verifica-se que são mulheres com média etária de 58 anos, baixa escolaridade, exercem atividades do lar, a média etária da menarca foi de 13 anos e da menopausa foi de 45 anos, tiveram no máximo dez filhos, e somente uma foi usuária da TRH.

6.1.2 Sintomas climatéricos: resultados da MRS

A tabela 6.3 refere-se a frequência, percentual, escore e média dos escores dos sintomas climatéricos apresentados pelas mulheres nos últimos 12 meses, segundo a escala MRS, conforme apresentada no Anexo D.

Tabela 6.3 - Frequência, Percentual, Escore e Média do Escore dos sintomas climatéricos em mulheres do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís – MA, 2013.

Sintomas	Frequência n = 40	Percentual	Escore	Média de escore
1. Falta de ar, suores, calores	35	87	22,8	0,57
2. Mal estar do coração	38	95	25,6	0,64
3. Problemas de sono	34	85	19,7	0,49
4. Estado de ânimo depressivo	32	80	21,9	0,55
5. Irritabilidade	38	95	23,1	0,58
6. Ansiedade	39	97	26,2	0,65
7. Esgotamento físico e mental	35	87	24,1	0,60
8. Problemas sexuais	30	75	18,5	0,46
9. Problemas de bexiga	20	50	11,6	0,29
10. Ressecamento vaginal	15	37	6,7	0,17
11. Problemas musculares e nas articulações	36	90	26,4	0,66

Menopause Rating Scale (MRS)

Observa-se que os sintomas mais frequentemente relatados pelas mulheres foram a ansiedade (39), seguida do mal estar no coração e irritabilidade respectivamente (38), problemas musculares e nas articulações (36), falta de ar, suores, calores e esgotamento físico e mental respectivamente (35), problemas de sono (34), estado de ânimo depressivo (32), problemas sexuais (30), problemas de bexiga (20) e ressecamento vaginal (15) (tabela 6.3).

De acordo com os dados da escala MRS, as mulheres participantes da pesquisa identificaram os sintomas apresentados nos últimos 12 meses, atribuindo-lhes graus de intensidade conforme apresentados no quadro 6.1.

Quadro 6.1 - Distribuição da frequência dos sintomas climatéricos segundo os graus de intensidade em mulheres do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís – MA, 2013.

Sintomas/Intensidade	Nenhuma 0	Leve 0,1 0,2 0,3			Moderada 0,4 0,5		Intensa 0,6 0,7		Muito intensa 0,8 0,9 1,0			Média
Falta de ar, suores, calores												
1.Falta de ar, suores, calores	5	0	1	3	2	9	4	4	1	6	5	0,57
Mal estar do coração												
2. Mal estar do coração (batidas do coração diferentes, saltos nas batidas, batidas mais longas e pressão)	2	0	4	2	2	6	2	6	2	6	8	0,64
Problemas de sono												
3. Problemas de sono (dificuldade em conciliar o sono, em dormir toda a noite e despertar-se cedo)	6	0	4	4	2	7	3	6	1	4	3	0,49
Problemas musculares e nas articulações												
11. Problemas musculares e nas articulações (dores reumáticas e nas articulações)	4	0	1	5	3	2	4	0	1	7	13	0,66
Estado de ânimo depressivo												
4. Estado de ânimo depressivo (sentir-se decaída, triste, a ponto das lágrimas, falta de vontade, trocas de humor)	8	0	4	1	2	6	1	2	3	4	9	0,55
Irritabilidade												
5.Irritabilidade (sentir-se nervosa, tensa, agressiva)	2	2	3	4	3	7	3	2	3	2	9	0,58
Ansiedade												
6. Ansiedade (impaciência, pânico)	1	3	1	1	3	9	2	4	0	3	13	0,65
Esgotamento físico e mental												
7. Esgotamento físico e mental (caída geral em seu desempenho, falta de concentração, falta de memória)	5	0	0	5	2	5	5	2	4	3	9	0,60
Problemas sexuais												
8. Problemas sexuais (falta no desejo sexual, na atividade e satisfação)	11	0	0	3	2	10	3	3	0	1	7	0,46
Problemas de bexiga												
9.Problemas de bexiga (dificuldade de urinar, incontinência, desejo excessivo de urinar)	20	0	2	4	2	2	1	2	3	2	2	0,29
Ressecamento vaginal												
10. Ressecamento vaginal (sensação de ressecamento, ardência e problemas durante a relação sexual)	25	1	3	1	2	4	1	2	0	1	0	0,17

A análise destes dados apresentados no quadro 6.1 nos permite verificar que, por ordem decrescente de intensidade, a média de sintomas, no conjunto das mulheres, foram os problemas musculares e nas articulações (0,66), ansiedade (0,65), mal estar do coração (0,64), esgotamento físico e mental (0,60), irritabilidade (58) e falta de ar, suores, calores (57). Em seguida aparecem o estado de ânimo depressivo (0,55), problemas de sono (0,49), problemas sexuais (0,46), problemas de bexiga (0,29) e o menos intenso, o ressecamento vaginal (0,17).

É possível verificar que, apesar dos problemas musculares e nas articulações não terem sido os mais frequentes (tabela 6.3) quando analisados pela intensidade, foram considerados como os mais intensos pela grande maioria das participantes – vinte e cinco mulheres descreveram esse sintoma como “intensos a muito intensos” –, com um escore médio de 0,66, cuja intensidade, no conjunto das mulheres, foi considerada alta.

Em seguida aparecem os sintomas da ansiedade e mal estar no coração. Em ambos os casos dezesseis mulheres os descreveram como sintomas muito intensos. A ansiedade atingiu um escore médio de 0,65, e o mal estar no coração um escore médio de 0,64, considerados em ambos como sintomas intensos.

O esgotamento físico e mental foi referido por vinte e três mulheres como intenso a muito intenso, com escore médio de 0,60, considerado como intenso.

Em relação à irritabilidade, observa-se que catorze mulheres descreveram esse sintoma como muito intenso e 10 mulheres descreveram como moderado. Um escore médio de 0,58, considerado de intensidade moderada no conjunto das mulheres.

A falta de ar, suores e calores foram relatados por doze mulheres como sintomas muito intensos, porém cinco mulheres negaram a sua existência. O escore médio alcançou 0,57, considerado, portanto, como de intensidade moderada.

Em relação ao estado de ânimo depressivo, apesar de oito mulheres relatarem sua ausência, o escore médio totalizou 0,55, sendo classificado como de intensidade moderada.

Os problemas de sono atingiram um escore médio de 0,49, considerado de intensidade moderada no conjunto das participantes.

Em relação aos problemas sexuais, onze mulheres negaram problemas relacionados, com escore médio de 0,46, classificado de moderada intensidade. Os

problemas de bexiga também foram pouco referidos, com um escore médio de 0,29, cuja intensidade foi considerada leve.

O ressecamento vaginal foi o menos relatado. Vinte e cinco participantes negaram esse sintoma e apenas uma (1) participante o identificou como intenso, o escore médio alcançou 0,17, classificado como de leve intensidade.

Observa-se, portanto, que os sintomas relatados como mais intensos foram os problemas musculares e das articulações com um escore médio de 0,66, corroborando com os resultados encontrados por Santos (2011) num estudo observacional descritivo transversal, em mulheres na pré-menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa, conduzido entre 2010 e 2011, que encontrou na MRS uma prevalência de 88% para esses sintomas. Isso ocorreu diferentemente no estudo de Esper (2005), para quem de três grupos de mulheres o esgotamento físico e mental foi mais prevalente na MRS em dois grupos, atingindo em um deles o valor de 76%.

A tabela 6.4 refere-se à distribuição da frequência e escores da escala MRS segundo a classificação em sintomas somáticos, psicológicos e urogenitais.

Tabela 6.4 - Distribuição da frequência, escore e média de escore dos sintomas climatéricos, segundo subescalas da MRS (somáticos, psicológicos e urogenitais) em mulheres do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís – MA, 2013.

Sintomas	Frequência	Percentual	Escore	Média Escore
Somáticos				
1. Falta de ar, suores, calores	35	87	22,8	0,57
2. Mal estar do coração	38	95	25,6	0,64
3. Problemas de sono	34	85	19,7	0,49
11. Problemas musculares e das articulações	36	90	26,4	0,66
Total dos escores (média dos escores) 94,5 (23,6)				

Tabela 6.4 - Distribuição da frequência, escore e média de escore dos sintomas climatéricos, segundo subescalas da MRS (somáticos, psicológicos e urogenitais) em mulheres do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís – MA, 2013 (cont.)

Sintomas	Frequência	Percentual	Escore	Média Escore
Psicológicos				
4. Estado de ânimo depressivo	32	80	21,9	0,55
5. Irritabilidade	38	95	23,1	0,58
6. Ansiedade	39	97	26,2	0,65
7. Esgotamento físico e mental	35	87	24,1	0,60
Total dos escores (média dos escores) 95,3 (23,8)				
Urogenitais				
8. Problemas sexuais	30	75	18,5	0,46
9. Problemas de bexiga	20	50	11,6	0,29
10. Ressecamento vaginal	15	37	6,7	0,17
Total dos escores (média dos escores) 36,8 (9,2)				

Ao realizar a distribuição dos sintomas de acordo com as subescalas somáticas, psicológicas e urogenitais, identifica-se que os escores mais elevados entre os sintomas somáticos foram os problemas musculares e das articulações (26,4), seguidos do mal estar do coração (25,6). Entre os sintomas psicológicos foram a ansiedade (26,2) e o esgotamento físico e mental (24,1); enquanto entre os urogenitais foram os problemas sexuais (18,5), seguido dos problemas da bexiga (11,6). Em síntese, a média de escore mais alta relacionada aos sintomas somáticos foram os problemas musculares e das articulações (0,66), dos sintomas psicológicos foi a ansiedade (0,65) e dos sintomas urogenitais foram os problemas sexuais (0,46). A média geral dos escores dos sintomas climatéricos somáticos totalizou, por ordem decrescente, 23,8 nos sintomas psicológicos, 23,6 nos sintomas somáticos e 9,2 nos sintomas urogenitais (tabela 6.4).

É sabido que vários problemas musculares e das articulações tendem a surgir com o envelhecimento. Em termos gerais, não se sabe até que ponto o envelhecimento complica a menopausa, ou mesmo se a complica de alguma forma. O término da função ovariana pode não ser a causa direta dos sintomas, não obstante, os efeitos da deficiência de estrogênio podem ser sentidos com mais intensidade na presença desses outros fatores, sendo talvez agravados por eles (GERRIG; ZIMBARDO, 2005).

Em um estudo retrospectivo realizado com 500 pacientes entre os anos de 2011 e 2012 objetivando verificar se a menopausa é um fator preditor independente de isquemia em mulheres, identificou-se uma associação entre a entrada na menopausa e a presença de DAC nas mulheres de baixo risco, mas naquelas mulheres com múltiplos fatores de risco, como diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, a menopausa talvez não seja um fator preditor de isquemia. Apesar da maior prevalência de DAC após a menopausa, mais estudos e especialmente com maior número de pacientes são necessários para confirmar se a menopausa é um fator de risco cardiovascular (SANTOS et al., 2013). Os sintomas cardíacos mais frequentemente relatados nesta pesquisa foram as palpitações e a taquicardia.

A literatura mostra que não existe diferença significativa entre a ocorrência de depressão e ansiedade no climatério, sendo a depressão mais frequente em mulheres portadoras de ansiedade e insônia. A prevalência significativa de ansiedade e depressão nas mulheres climatéricas pode ser resultado de vários fatores, como as alterações e flutuações hormonais, os aspectos sociais e emocionais dessa faixa etária e a dificuldade que têm essas mulheres de procurar atendimento psiquiátrico para transtornos predominantemente leves e moderados. Os fatores socioculturais, individuais e biológicos atuam em conjunto, o que favorece o aparecimento dessas alterações (FERNANDES; ROSENTHAL, 2008; SILVA et al., 2008; POLISSENI et al., 2009).

O histórico depressivo pregresso é um dos fatores de risco para a presença de sintomatologia depressiva nessa fase, sendo importante considerar se a sintomatologia depressiva na menopausa decorre exclusivamente de flutuações hormonais observadas neste estágio ou de antecedentes prévios de depressão ou de ambos os fatores (FERNANDES; ROSENTHAL, 2008). No

entanto, de nada adianta a mulher menopáusica também saber que sua depressão pode ser a consequência inevitável de antigas estratégias e decisões equivocadas. Dizer a uma mulher na menopausa que ela não soube dirigir sua vida nos últimos cinquenta anos só contribui para aumentar seu sofrimento (GERRIG; ZIMBARDO, 2005).

Nesta pesquisa, oito mulheres (20%) relataram ter tido depressão, todas realizaram tratamento, 01 (uma) ainda permanece em tratamento. Uma revisão sistemática sobre prevalência de sintomas depressivos no climatério revelou expressiva variação atingindo taxas entre 19% e 73%, e não se pôde caracterizar se a sintomatologia depressiva decorreu exclusivamente de flutuações hormonais ou de antecedentes prévios de depressão ou de ambos os fatores (CALVOSO et al., 2008).

Observam-se as divergências entre as pesquisas quanto à prevalência de depressão, porém, na maioria dos estudos, o climatério não está associado com maior incidência de depressão, reforçando que neste período o episódio depressivo pode manifestar-se naquelas que já apresentaram algum transtorno do humor (VERAS; NARDI, 2008).

Importante ressaltar que, durante a entrevista, apesar de algumas mulheres verbalizarem a inatividade sexual prolongada de 5 a 20 anos pela ausência de companheiro, não classificaram a sexualidade como um problema intenso, mas na maioria das vezes como um problema moderado. O escore dos problemas sexuais correspondeu a 18,5, com uma média de escore de 0,46.

A tabela 6.5 explicita a gravidade dos sintomas climatéricos segundo as subescalas de sintomas somáticos, psicológicos e urogenitais.

Tabela 6.5 - Gravidade dos sintomas climatéricos avaliados segundo subescalas da MRS (somáticos, psicológicos e urogenitais) em mulheres do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário da UFMA. São Luís – MA, 2013.

Características	Assint/Escasso	Leve	Moderado	Severo
Somáticos	03 (7,5%)	08 (20%)	19 (47,5%)	10 (25%)
Psicológicos	04 (10%)	13 (32,5%)	10 (25%)	13 (32,5%)
Urogenitais	21 (52,5%)	15 (37,5%)	04 (10%)	-
Total	28	36	33	23

Segundo as subescalas da MRS observa-se que os sintomas climatéricos somáticos e psicológicos distribuíram-se em todos os níveis de gravidade (de escasso a severo), diferentemente dos sintomas urogenitais que variaram na gradação de escasso a moderado. Os sintomas somáticos foram classificados com mais frequência em sintomas moderados (47,5%) e severos (25%), os psicológicos como sintomas leves (32,5%) e severos (32,5%) e moderados (25%) e os urogenitais como assintomáticos ou escassos (52,5%) e leves (37,5%), conforme descrito no anexo E.

5.2 Resultados qualitativos

5.2.1 Desvelando o significado do climatério e menopausa

Ao se proceder a análise do conjunto dos dados obtidos nos grupos focais, apreendeu-se que o climatério e menopausa para as mulheres estudadas constituíam-se em tema provido de certo desconhecimento, mas ao mesmo tempo relacionavam-se com o processo de envelhecimento e adoecimento, no qual as mulheres passavam por um intenso processo de mudanças capaz de gerar sentimentos de desordem no bem estar físico e emocional, e eram associados à DAC.

Na vida das mulheres, há marcos que sinalizam diferentes fases, como a menarca, a gestação e a menopausa. São episódios marcantes para seu corpo e sua história de vida, os quais, em cada cultura, recebem significados diversos e reforçam percepções que se confundem com o processo do envelhecimento (ZANOTELLI, 2010).

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade, entretanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Atualmente, chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres, e envelhecer não é mais privilégio de poucos (VERAS, 2009). Nessa perspectiva, a sociedade tem sido cruel com o corpo das pessoas em idade avançada, como o caso de mulheres vivendo a menopausa e o climatério, visto que tais eventos são percebidos como símbolos sociais de envelhecimento. O corpo envelhecido é excluído com pouca ou nenhuma consideração e, algumas vezes até com desafeto, pois a sociedade instituiu uma concepção e modelo social de corpo que está voltado para a juventude (COSTA; GUALDA, 2008).

Além disso, nesta fase da vida, a história natural das enfermidades degenerativas coincide com as manifestações de envelhecimento fisiológico e com o déficit de estrogênios no caso das mulheres.

a) Certo desconhecimento

A menopausa e o climatério constituem uma fase da vida da mulher na qual ocorrem principalmente mudanças hormonais com repercussões físicas, psicológicas e sociais (FERNANDEZ; GIR; HAYASHIDA, 2005). Apesar de ser um processo comum por abranger todas as mulheres, o climatério possui peculiaridades, sintomas, vivências e implicações individuais, esta fase é caracterizada como um processo de mudanças físicas, emocionais, sociais e espirituais para a mulher, pois recebe a influência de múltiplos fatores, como a história de vida, características pessoais e familiares, ambiente, cultura, costumes, crenças, conhecimentos, dentre outros (PEREIRA; SIQUEIRA, 2009).

Mesmo sendo uma fase comum a todas, na presente pesquisa observou-se que havia certo desconhecimento por parte de algumas mulheres participantes sobre o termo “climatério” e, em relação à “menopausa”, a maioria das mulheres compreende que esta envolve a parada da menstruação, como descrito nas falas:

Menopausa eu já ouvi falar, climatério eu não entendo nada. Fiquei com menopausa com 43 anos, parei de menstruar, mas eu não tive muita coisa, tenho uma filha que sente isso, eu não sinto nada. Não tive muitas coisas. Quando o sangue desce todo, a pessoa tem muitas dores na perna, febre, quando não desce, fica preso, é a menopausa. Tem que ter um tratamento sobre isso (P5).

Eu não sei não, mas pra mim o climatério é coisa da menopausa, mas o que é climatério eu não sei. A menopausa sente assim as coisas, assim negócio de calor, a pessoa diz que quando vai chegando com a idade, para, aí vai entrando a menopausa (P17).

Pra falar a verdade (sorriso) eu não entendo nada, só sei que menopausa é quando a gente para de menstruar, eu parei com 48 anos (P24).

[...] é o fim do ciclo menstrual da gente que está chegando, a gente tem que nos preparar também pra isso, que vai acabar esse ciclo menstrual e vai deixar de produzir certo tipo de hormônio que a gente tem quando está menstruando, então tudo isso, é assim, o fim de uma fase para começar outra (P19).

Eu não sei o que é climatério, o que eu acho é que está relacionado com a menopausa. Menopausa é sobre a menstruação, ela vai no decorrer do tempo, ela vai desaparecendo e aí vai aparecendo os calores, vai dando essas coisas diferentes, vai mudando o comportamento. Eu sei que bom, não é. O importante é a saúde da gente, o hormônio feminino terminou e aí a gente fica assim nessa fase, por causa da idade, velhice, quem toma, né? Eu nunca tomei hormônio, vai chegando a uma certa idade que acabou (P18).

A menopausa constitui um aspecto marcante no curso da vida feminina, exigindo das mulheres uma reconstrução e reconfiguração dos seus padrões e valores anteriores, uma vez que representa a ausência da menstruação. Por sua vez, a menstruação sempre foi um evento ansiosamente esperado, cujo condicionamento ao seu valor simbólico se dá desde a infância, sendo assim, vista como uma condição da fase adulta permeada de reconhecimento e aprovação social, especialmente pelo seu poder instituído à procriação e manutenção da espécie, cujos valores se mostram presentes na cultura de nossa sociedade (COSTA, 2007).

O desconhecimento do climatério vem sendo observado em alguns estudos como o de Vidal (2009), Pereira e Siqueira (2009) e Zanutelli (2010). Este último estudo objetivou identificar a busca das usuárias climatéricas do Sistema Único de Saúde por serviços e ações de saúde. Para tanto, entrevistou vinte e dois profissionais responsáveis pela política da saúde da mulher no sul do país, e, segundo o relato desses profissionais, as mulheres procuram os serviços de saúde principalmente pelos sintomas e queixas típicas desta fase, e dúvidas quanto a uma possível gestação. Para os autores, o nível de conhecimento das mulheres é baixo, a maioria desconhece o real significado de climatério, e, assim, vivem em silêncio ou

providas de poucas informações, podendo este desconhecimento vir a ser causa de medo, angústia e reafirmação de uma visão negativa sobre o climatério e a menopausa.

As questões relacionadas aos significados quanto à terminologia do climatério, menopausa e perimenopausa são apenas acessórias, pois se apresentam como mero reflexo da fragmentação e da imprecisão do conhecimento que até hoje está agregado ao tema. Fato este que necessariamente obriga o pesquisador a se movimentar em um terreno multidisciplinar, movediço ou, como querem alguns autores, ainda muito desconhecido. Assim, na nossa cultura, historicamente, a menopausa associa-se ao fim do ciclo reprodutivo das mulheres, e seu conceito é carregado por imagens, palavras, gestos que se mostram impregnados de conteúdos patológicos, negativos ou depreciativos.

b) Envelhecimento e adoecimento

Segundo Mazzetti (2007), cada estação de vida é um ciclo que se abre e se fecha, uma fase com características próprias, nunca completamente repetível, em que aparecem potencialidades, e estas potencialidades quando não encontram ambiente ou situações favoráveis, lentamente se desvanecem, apagam-se, até desaparecerem. O nascimento é o abandono do útero, a adolescência é o distanciamento da família, a idade adulta é a perda da juventude, a velhice pode ser decadência, regresso, retorno à infância. Os ciclos da vida são um estranho elástico, que se estende e se retrai segundo as mudanças sociais, os contextos culturais, os ambientes vividos. O desenvolvimento de cada pessoa é feito também de perdas, quedas, regresso, abandono, distanciamento, nostalgias.

A menopausa fornece um exemplo perfeito do simbolismo e do processo de perda da juventude, do anúncio de envelhecimento. Desse modo, analisá-la numa perspectiva mais ampla oferece oportunidade para visualização de pontos comuns, daquilo que se apresenta como universal, das diferenças culturais sobre o significado da experiência na vida das mulheres, bem como possibilita uma compreensão sobre como tais aspectos repercutem na saúde e bem-estar das mulheres.

Observou-se que as mulheres não conseguem definir o climatério e expressam quase sempre uma conotação negativa da menopausa, agregando inclusive a noção de doença. Percebeu-se também que, durante as discussões, as mulheres sinalizaram a existência de uma relação entre climatério e menopausa,

associando-a a uma alteração hormonal que se relacionava ao envelhecimento. O climatério, portanto, para as mulheres, está intimamente relacionado ao processo de envelhecimento.

O fato de o climatério ser caracterizado por mudanças biológicas, psíquicas e sociais talvez induza a associá-lo a uma doença, pois há uma tendência, durante esta fase, de medicalizar o corpo feminino inclusive com psicotrópicos. O uso aumentado de tais fármacos pelas mulheres pode indicar tanto uma maior demanda de medicamentos para amenizar diversos conflitos decorrentes de fatores relacionais, sociais e psicológicos, como também, uma prática profissional que privilegia a medicalização de um corpo em situação de sofrimento (psíquico ou social) ao invés de proporcionar a elas uma escuta mais qualificada. A prescrição indiscriminada e quase rotineira de TRH também tem contribuído para a construção de uma imagem negativa em relação às alterações hormonais inerentes à fisiologia feminina (BRASIL, 2008). Algumas destas imagens, que constituem o repertório simbólico associado à mulher que está no climatério ou na menopausa, de tão esmaecidas poderiam hoje ser alçadas à condição de mito (SANTOS; TRENCH, 2005).

Neste sentido, ao buscar compreender o significado do climatério e da menopausa, percebe-se que, para as mulheres participantes deste estudo, a menopausa se configura como um processo de envelhecimento e adoecimento, tomado quase sempre como uma experiência ruim refletida no corpo e na mente, vivenciada por elas mesmas ou apreendida pelas interações com familiares e amigos.

Essa significação de envelhecimento e doença é traduzida por queixas com formas e intensidade diversas como sensação de calor, sentimento de tristeza, irritabilidade, nervosismo, cefaleia, insônia, depressão, cujas expressões foram mais evidentes nas falas das entrevistadas.

A menopausa pra mim foi muito incômodo, eu tive vários problemas, assim tipo calor, agonia, insônia, até falta de apetite eu tive, mas não tive sangramento, essas coisas exageradas, não. Quando parou, foi de uma vez. Aí sinto esse calor terrível, eu já tentei, mas nunca tomei hormônio, não quero. A menopausa é isso (P10).

Sentia muita insônia, às vezes eu sinto tontura também. O médico disse que esse sono, a insônia, a menopausa faz isso, a pessoa fica agitada, tem noite que todo mundo tá dormindo e eu acordada (P22).

Sinto muito calor, tristeza, depressão por causa da idade, velhice, assim, esquecer as coisas, a pessoa fica com calor, ao invés de trazer alegria, traz tristeza pra gente, às vezes dá vontade até de chorar (P17).

Às vezes a gente fica um pouco triste, com depressão, é da menopausa. Aí fica comungando o nosso corpo. Eu já tive muito isso, depressão, o calor, a gente fica deprimida, nem dá atenção para a família; eles ficam pra um lado, agente pro outro (P18).

Eu acho que a mulher sente dor de cabeça, tontura, muita coisa. Eu não senti nada disso até hoje (P20).

Eu vejo as mulheres assim se queixando de calor, dor de cabeça, indisposição. Eu ouço falar. Não que tenha uma explicação definitiva. A menopausa dá dor de cabeça, indisposição (P19).

A visão de climatério e menopausa, muitas vezes pejorativa, repleta de tabus e preconceitos, contribui para a promoção de uma baixa autoestima e de sentimentos desencorajadores. Leva, ainda, as mulheres a dificuldades de enfrentamento dos problemas pessoais, a vivenciar momentos de negação, vergonha e sofrimento. Tal vivência pode se tornar agravada especialmente quando não conversam ou discutem sobre o assunto com familiares, companheiras, amigas e profissionais de saúde (VIDAL, 2009). Percebe-se que a menopausa é determinada não só pela cronologia e pela interrupção das menstruações, mas também pela condição social e cultural na qual a mulher se encontra inserida, além de fazer parte de um processo afetado pelas singularidades individuais compartilhadas.

No processo de envelhecimento, quando entendido como parte da vida, a autoestima deve ser estimulada, pois esta reflete no movimento de busca pelo amor próprio, na confirmação de uma feminilidade e maturidade, independentemente de a mulher não se encontrar mais no período reprodutivo (fertilidade) (VALENÇA; GERMANO, 2010).

O ser humano é fundamentalmente relacional, e nas suas relações consigo mesmo ele consegue sentir, compreender, significar e interpretar as suas experiências e vivências. A história de vida contada por essas mulheres, ou seja, a exposição de como é para elas estar nessa fase do climatério, passar pela menopausa, está expressa nos seguintes fragmentos de falas:

Pra mim não é estar bem porque eu sinto agora que estou diabética. Antes não tinha nada desses problemas, depois da menopausa apareceu. Apareceu tudo (P14).

A gente fica é ruim, tem uma fase que a gente fica pensando e nunca passa dela. A gente tenta passar dela, mas não passa e não consegue (P16).

Essa fase da vida é muito complicada, é muito difícil. Só mesmo pra quem tem coragem e força, eu não tenho mais coragem e força (P3).

Para muitas mulheres, a menopausa faz parte de um contínuo “não se sentir muito bem”, situação com que já estão conformadas (GERRIG; ZIMBARDO,

2005). Estas expressões reforçam que nos seus imaginários predominam significados negativos sobre essa fase, inclusive associando-a a outras doenças, como o diabetes. Sustentam-se em uma concepção de passagem para uma fase que não tem volta, centrando-se muito nas manifestações clínicas de difícil aceitação e de resistência, as quais evocam sentimento de impotência e desânimo.

A mulher, ao vivenciar a experiência da menopausa, molda de maneira única a sua identidade, considerando os múltiplos modelos que se fazem presentes no seu convívio, nas interações existentes e nas influências destes em seus enfrentamentos da vida (COSTA, 2007).

c) Processo de mudanças

Ainda que de modo e intensidades diferentes, as alterações relacionadas a esta fase do ciclo vital afetam e repercutem nos sentimentos das mulheres, na qualidade de suas vidas, nas relações familiares e grupais. As peculiaridades, sintomas, vivências e repercussões dessa fase são caracterizadas como um processo de mudanças, e recebem a influência de múltiplos fatores, como a história de vida, as características pessoais, familiares, o ambiente, a cultura, os costumes, as crenças e conhecimentos, dentre outros (PEREIRA; SIQUEIRA, 2009).

O reconhecimento destas mudanças no corpo, retratado pelas mulheres por meio de sintomas e sensações, reflete as dificuldades e o mal-estar experimentados. Ao fazerem a contraposição entre a presença e ausência do fluxo menstrual nesta fase de vida, as mulheres reforçam e sinalizam a menopausa como prelúdio de finitude, de algo em suas vidas como o gestar e o parir, e, ao mesmo tempo, início de intempéries na saúde pessoal. Assim a questão da infertilidade e incapacidade aparece nas suas descrições:

Menstruação é saúde para a mulher, né, quando a mulher para, aí tem mulher que eu vejo se queixar que sente um monte de coisa. Tem gente que sente um monte de coisa na menopausa: dor de cabeça, calor, muito pico no corpo, dormência no pé (P23).

Eu penso assim: que como eu não menstruei mais, eu penso que esse sangue não tem pra onde sair, né, ele circula pouco, engrossou muito o sangue (sorriso) esse é o meu ponto de vista, quando eu menstruava, eu não sentia essas coisas, eu não ficava cansada, sempre trabalhei nas casas, fazia faxina, tomava conta dos filhos, dos três filhos, eu não sentia (P1).

Eu estou com vinte e três anos que parei de menstruar, também daí eu virei homem (sorriso). É como estar bem (P20).

Percebe-se que, para estas mulheres, a menstruação, está fortemente relacionada à identidade de gênero e ao conceito de ser saudável. Identifica-se

nesse grupo o fluxo menstrual como vinculado ao bem estar, juventude e vitalidade, pensado como símbolo de identidade feminina, de fertilidade e procriação, características valorizadas em nossa cultura. Assim, a menopausa, para essas mulheres, é percebida e sentida com reservas. Elas pensam e elaboram esses significados, com base nos valores culturais, com signos negativos, confundindo valores existenciais e conceitos, principalmente quando, durante toda a vida, foram incentivadas a encarar a capacidade reprodutiva como a mais importante função feminina. Portanto, elas anunciam que vivem este momento como um período diferente, marcado negativamente pelo fim de uma fase importante de suas vidas.

As pessoas são constantemente influenciadas por outras pessoas, pois a influência social é um importante instrumento de poder, e por vezes supera inteiramente as diferenças individuais, agindo como determinante do comportamento humano. Nesse sentido, atenção deve ser dada para que se evite cometer erros fundamentais de atribuição comportamental, ou seja, a tendência de explicar o comportamento individual e de outras pessoas em termos de traço da personalidade, subestimando assim o poder da influência social. A influência social produz um impacto poderoso nas pessoas e para poder compreender o impacto da influência social, devem-se examinar os motivos que determinam a maneira como as pessoas interpretam o seu ambiente social (ARONSON; WILSON; AKERT, 2013).

O pensar é um ato de consciência individual, que se forma através de palavras, conceitos e sentidos de uma língua, mas é também um ato coletivo, na medida em que os termos desse pensar, as categorias de pensamento são dadas pela cultura da qual o sujeito faz parte. Todavia, os significados das palavras não são fixos e permanentes, ao contrário, têm o potencial de variação, de produzir novos significados. Daí o pensar ser um ato ao mesmo tempo determinado pelos significados coletivamente compartilhados e pelos dados sobre a realidade, porém circunstanciado pela individualidade pensante, aberto para conceitos que vêm de fora e aptos para criar o novo (GOMES, 2011).

O conteúdo das falas das mulheres sobre o significado de menopausa e climatério revela que elas acabam por se enquadrar em uma nova maneira de pensar e agir, que as impele a um distanciamento do seu próprio ser. Não que as conquistas de até então devam ser menosprezadas, mas equilibradas com uma forma de viver que respeite mais a sua individualidade (BARBIERI, 2008).

Essas transformações são consideradas normais para a fase da vida, porém, levam muitas mulheres a ter preocupações mais intensas, medo da velhice, ansiedade excessiva, depressão, mal-estar, sensação de inutilidade. Contudo, acredita-se que estas alterações possam relacionar-se à história de vida de cada mulher (COSTA, 2007).

d) Sentimentos de desordem no bem estar físico e emocional

Observam-se nos relatos sobre o significado de menopausa e climatério sentimentos de desordem no bem estar físico e emocional. Queixas emocionais verbalizadas como tristeza, irritabilidade, choro e depressão caracterizam a existência de um esgotamento físico e emocional, o que confere um significado de sofrimento psicológico. As mulheres reconhecem as alterações sofridas e as descrevem como uma experiência negativa.

Algumas mulheres confundem os sintomas do envelhecimento com aqueles provavelmente causados pelo encerramento da função ovariana, enquanto outras fazem tentativas igualmente mal orientadas para diferenciá-los. Por exemplo, as dores de cabeça estão entre os sintomas comuns do climatério e as mulheres menopáusicas referem senti-las, entretanto, pesquisas mais recentes, demonstram que, quando se queixam de dores de cabeça na menopausa, confirmam tê-las sentido também em ocasiões anteriores e, às vezes, até com frequência maior (GERRIG; ZIMBARDO, 2005).

A transição menopáusica, como uma etapa do envelhecimento da mulher, é acompanhada de importantes mudanças físicas. No entanto, é consenso entre os estudiosos da área a influência da subjetividade da mulher na vivência pessoal desta etapa da vida (FLEURY, 2004).

A cultura e o gênero são marcadores transversais dentro da estrutura social para compreender o envelhecimento. A cultura modela nossa forma de envelhecer, pois influencia outros fatores determinantes do envelhecimento. Por outro lado, o gênero se mostra como uma “lente”, através da qual se busca a adequação de várias opções políticas e o efeito destas escolhas sobre o bem estar de homens e mulheres (WORLD HEALTH ASSOCIATION, 2005).

Assim, as relações sociais e culturais, muitas vezes pautadas na discriminação de gênero e de subordinação, podem fazer com que as mulheres, no climatério e especialmente após a menopausa, venham a se sentir incompetentes e incapazes de desempenhar normalmente suas atividades sociais ou empreender

novos projetos de vida. Podem também vir a desenvolver alguma insegurança quando atingem a menopausa, seja pelo medo de adoecer ou pela maior consciência do processo de envelhecimento (BRASIL, 2008).

Os depoimentos das mulheres revelam que se perpetuam entre elas mitos e também a ideia de que a menopausa e o climatério são processos carregados de mistério, ambiguidades e contradições. Isso é demonstrado quando descrevem os seus sintomas e reafirmam falta de conhecimento e preparo necessários para lidar com essa nova fase da vida. A exacerbação de aspectos negativos desta fase pode ser originada por um conceito errôneo sobre essa fase de vida, passado de geração a geração, ou mesmo de uma reprodução de sintomas supervalorizados e não propriamente característicos dessa fase.

Nas falas abaixo, observa-se um relato descrevendo o que fora passado pelas gerações anteriores. Além disso, outros apontam como sintomas alterações na pele que não têm relação com o climatério ou a menopausa e, provavelmente, nem mesmo com a DAC, mas com outra alteração ou problema de saúde:

O que eu já ouvi falar é que minha mãe, minha avó dizia que não pode ter filhos, quando vai chegando a idade, perdeu sangue, vem a fraqueza, então o sangue ia parando, tem pessoas que precisam até tirar o sangue (P1).

No meu caso, a menopausa começou em mim com 39 anos. Eu não sei mais o que é menstruação dessa data pra cá. Aí o problema do sangue, né? A menopausa, quando a gente para cedo, assim, a gente sente muito mal porque eu sentia assim, muita coisa na pele, muita coceira (P23).

Sinto minhas mãos dormentes. Não sei se está relacionado, eu sei lá, as manchas na minha perna eu acho que seja da menopausa, porque quando eu comecei a menopausa, aí começou a aparecer. Tá com cinco anos (P25).

Os símbolos podem ser considerados imagens ou signos de realidades psicológicas diversas e não devem ter uma interpretação uniforme. Os mesmos símbolos podem significar coisas muito diferentes e até opostas para diferentes indivíduos. Eles são revelados nitidamente à nossa consciência pelo reconhecimento direto de que todas as palavras são símbolos (ASSAGIOLI, 2013).

Sob esta perspectiva, a menopausa ainda é percebida nas falas estudadas como um evento cercado de incertezas e desconhecimento, e isso torna a vivência dessa fase mais penosa. Ao mesmo tempo, compreende-se que não pode ser considerada como um processo simples e homogêneo, mas uma fase singular onde devem ser analisadas as experiências e vivências das mulheres, nas suas relações e interações, bem como o grau de vulnerabilidade de cada uma, os

conflitos pessoais e familiares. Numerosos elementos afetivos e cognitivos interagem com tarefas e papéis sociais diversos, criando uma atmosfera de sentido para as situações em que se evocam a todo o momento, signos e significados do imaginário.

No entanto, contrapondo-se a essa significação de incertezas e desconhecimento, a partir do momento em que a mulher passa a ter uma relação de maior conhecimento sobre o climatério como um fenômeno natural, de aceitação da fase em si, seu corpo poderá responder de forma positiva (VIDAL, 2009). As mudanças corporais percebidas conduzem as mulheres a elaborarem uma ressignificação de seus corpos e de sentido para suas vidas. Esta ressignificação só será possível graças à aceitação da alteração da imagem e da função corporal, significando uma conformação em relação a um evento a que não se pode resistir (COSTA; GUALDA, 2008).

Às vezes nossos pensamentos são uma mixórdia confusa de reações contraditórias. Não é nada simples olhar para dentro e, sendo muitas vezes difícil saber exatamente como nos sentimos ou porque estamos fazendo alguma coisa, olhamos para fora, para o ambiente social. A visão que temos de nós mesmos é moldada pelo mundo à nossa volta. Não apenas as outras pessoas influenciam a opinião que temos de nós mesmos, mas nós influenciamos a imagem que elas formam de si mesmas. Na verdade, grande parte do que sabemos sobre o mundo pode ser influenciada pelos outros (ARONSON; WILSON; AKERT, 2013).

É Importante destacar que, apesar de menos frequente, visualizaram-se nesta pesquisa mulheres com uma dimensão valorativa positiva de climatério. Diante do verbalizado, parece que essas mulheres possuem um *self* reforçado por um desejo de viver, pela necessidade de interação social para a busca da promoção de bem-estar. O bem-estar promovido parece repercutir num sentimento de aceitação de sua condição de uma mulher adulta, madura, que pode conviver com alterações nas condições físicas e emocionais, porém não deixa que essas mudanças se lhe sobreponham, pois carrega consigo, especialmente, o desejo de ser feliz e o agradecimento pela vida conquistada.

Emergiram nos discursos dessas mulheres valores positivos de longevidade e vitalidade, quando assumem uma vontade e capacidade de serem felizes, com valorização pessoal e de autoestima, levando-as a um bem estar físico e social, conforme expressado nas falas abaixo:

Graças a Deus eu estou nessa idade, e graças a Deus eu vou chegar aos 80 anos (P9).

Superando aquilo que a gente não sabia que ia ter. Tenho 66 anos, me sinto nova, ainda jovem, me sinto leve, solta, livre. Às vezes minha irmã diz: depois que ficou mais velha, ficou mais (silenciou). Minha filha diz: 'mamãe, vai sair?' Eu saio mesmo. Ontem, domingo mesmo, eu fui para feijoada. Eu quero me divertir, eu quero ver gente, pra não ficar em casa, ficar sem fazer nada, olhando para aquelas mesmas pessoas. Então eu gosto de conversar. Eu estou me sentindo bem, mesmo. Graças a Deus. Quando você tem filho pequeno, a gente não sai; eles me convidam, todo mundo tem carro, eu vou sair, eu vou cantar, eu vou pular (P5).

O climatério não é uma experiência estática, estando relacionado às condições biológicas, psicossociais e espirituais, além das influências culturais de cada sociedade. Tais determinações sugerem julgamentos tanto positivos quanto negativos de cunho biológico, moral, psicológico e cultural, tanto da mulher quanto dos que convivem com ela (COSTA; GUALDA, 2008). Revela-se, pois, como um período de auto avaliação, bem como de mudanças, o que lhe confere uma condição de não poder passar totalmente despercebido. Também é um período que oferece à mulher a possibilidade de acreditar que, além de se ter algum controle sobre a própria vida, na verdade, podem-se pôr em prática determinados comportamentos que a levarão aonde se queira chegar. A crença na capacidade de ir adiante com ações específicas que produzam resultados desejados pode prever um conjunto de comportamentos saudáveis, pois influencia na maneira como cada corpo reage, e nesse caso, o sistema imunológico, que trabalha em tarefas difíceis, funciona de maneira ótima. Consegue-se, portanto, redimensionar os significados desse período e fazer uma avaliação otimista de muitos aspectos da própria vida, resultando em aumento do seu senso de controle e auto eficácia (ARONSON; WILSON; AKERT, 2013).

Aceitar o envelhecimento como uma experiência positiva significa também desfrutar de uma vida mais longa, que deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. A Organização Mundial da Saúde adotou o termo “envelhecimento ativo” para expressar o processo de conquista dessa visão. Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, de busca por melhor qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

A qualidade de vida é um conceito muito amplo, que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com

características proeminentes no ambiente. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades. A concepção de um envelhecimento “ativo” implica a participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não se refere somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (WORLD HEALTH ASSOCIATION, 2005). O mais importante neste período existencial é reconhecer que a menopausa e o climatério podem significar não apenas sentimentos negativos como envelhecimento, problemas ou doença, mas principalmente, longevidade, maturidade, experiência – especialmente porque dizem respeito exclusivamente à mulher como indivíduo. Nessa fase, a mulher necessita de uma nova e mais ampla perspectiva sobre si mesma, como pessoa que, para viver bem, pode extrair e construir experiências também positivas, e esse é o grande desafio.

Salienta-se a importância de as mulheres melhorarem o conhecimento a respeito dos fatores que possam ser prejudiciais à sua saúde, do cuidar mais de si mesmas e não apenas das pessoas ao seu redor, e que sejam induzidas culturalmente, ainda que tenham conquistado espaço no mercado de trabalho, a incluírem-se nesse processo de cuidar e de ser cuidada. Para isto, a maior divulgação de informações relacionadas à promoção da saúde feminina, grupos de orientação e foco em atenção primária são estratégias que podem trazer mudanças no comportamento e na percepção das mulheres sobre sua saúde (LEÃO et al., 2011). Nesta perspectiva, o diálogo entre os profissionais da área de saúde e as mulheres poderá contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida e saúde, por permitir a troca de conhecimentos, saberes e experiências em direção a uma assistência integral, individualizada e humanizada.

e) A menopausa tem ligação com a DAC

Percebeu-se que, durante as discussões nos grupos focais, as mulheres estabeleceram uma ligação entre a menopausa e a DAC, sugerindo que a doença cardíaca se constitui como causa e/ou consequência dessa fase. Isto porque o conteúdo de suas histórias anunciava que, nesta fase, algo não ia bem:

A menopausa mexe muito com a gente, a menopausa dá muito problema na gente, dá calor, dá uma sensação ruim, dá tristeza, aquela coisa ruim nos peitos, dá muita coisa ruim na gente, dá muita tristeza. Às vezes, a gente até pensa que o problema do coração da gente seja o problema da menopausa (P17).

Eu já ouvi falar da menopausa, eu sei é que sinto muito calor, dores no corpo, problema de pressão, problema no coração, esquecimento também. Pode ser da menopausa, né? Sinto calor, sinto pressão alta, problema no coração, é o que eu sinto. Eu comecei a sentir o coração depois que eu parei de menstruar, senti meu coração bater com aquelas pancadinhas fortes, passava rápido, passava tempo eu não sentia, aí vinha cada vez mais forte, foi que eu fui procurar o Dr. (nome) e comecei a fazer tratamento com ele, foi quando eu parei de menstruar (P18).

O término da função ovariana pode não ser a causa direta da depressão, cansaço, irritabilidade e insônia, não obstante, os efeitos da deficiência de estrogênio podem ser sentidos com mais intensidade ou confundidos na presença de outros fatores ou outras doenças, como a DAC, sendo talvez agravados por eles. Assumir a responsabilidade pela própria saúde é o primeiro passo para enfrentar as consequências advindas da menopausa (GERRIG; ZIMBARDO, 2005), sendo necessário, portanto, separar os problemas que já existiam daqueles problemas recentes que se relacionam à menopausa.

Observou-se nesta pesquisa que os sintomas climatéricos cardíacos, por exemplo, alcançaram valores significativos na entrevista individual e foram poucos referidos nos grupos focais no contexto do próprio climatério. Isso nos coloca diante da dialética entre supervalorização e subvalorização dos sintomas, entre generalização e especificidade, entre envelhecimento, climatério e DAC, pois é aceitável que, na experiência de cada uma, existam elementos de homogeneização e particularidade que dependem, além da idade, da flutuação hormonal e da vulnerabilidade da doença cardíaca, das condições físicas e emocionais, dos aspectos sociais, psicológicos e culturais construídos e influenciáveis ao comportamento quanto à própria saúde, e, nesse caso, especialmente quanto à origem da sintomatologia apresentada. Mesmo considerando que os sintomas climatéricos cardíacos existam, que as mulheres consigam estabelecer uma relação entre menopausa e DAC, os sintomas facilmente podem ser confundidos com a própria DAC, podendo ser, por isso, supervalorizados ou subestimados, já que podem estar imbricados.

A introspecção, a busca pela compreensão de sua própria subjetividade e ressignificação de si mesma são processos que podem ajudar as mulheres a encontrar, nessa fase de suas vidas, um novo desabrochar, levando a um crescimento emocional e espiritual capaz de suplantar as conotações das perdas orgânicas e psicológicas (VALENÇA; NASCIMENTO FILHO; GERMANO, 2010). Assistir, nessa perspectiva, é compreender que as mulheres são sujeitos

socioculturais, com consciência vinculada ao mundo conhecido e percebido, interagindo por meio de modos de agir, pensar, sonhar, julgar, interpretar, compreender e viver, respondendo e outorgando significado às situações apresentadas e vivenciadas como o climatério e a DAC. O compartilhamento de experiências poderá possibilitar a construção de novos saberes, fundamentais para a construção do mundo social.

5.2.2 Desvelando o significado da doença arterial coronariana

a) Problema grave e incurável

As políticas públicas que tratam da saúde da mulher deveriam promover e disseminar a relativização e não apenas o consenso sobre um tema específico, mas, sobretudo, deveriam reforçar que atrás de um conceito existe uma história e uma singularidade inerente a cada uma das pessoas (SANTOS; TRENCH, 2005). As políticas deveriam, portanto, contemplar não somente a dimensão biológica do processo saúde-doença, mas também considerar um universo dotado de subjetividades, onde se firmam as relações pessoais e interpessoais, as quais permitem verdadeiramente que o ser humano se constitua em um ser na medida em que vai ao encontro do outro.

O ser humano, ao saber que é portador de uma doença cardíaca, percebe o coração como aquilo que ele possui de mais valioso. Considerando toda a significação atribuída ao coração como fonte da vida e sede das emoções, é compreensível a sua utilização como veículo de expressão simbólica. Sendo assim, a manifestação cardíaca pode ser entendida como uma exteriorização de um processo emocional, constituindo-se uma parte visível do complexo processo subjetivo em que o sujeito se encontra (SOARES, 2005).

Diante da perspectiva de que os símbolos podem ser considerados imagens ou signos de realidades psicológicas de muitas espécies (ASSAGIOLI, 2013), percebe-se que as mulheres vão atribuindo sentidos e significados quanto a sua condição de serem mulheres e portadoras de uma doença cardíaca. Vão atribuindo sentidos, visíveis no modo de enfrentar situações de saúde, especialmente em relação à DAC, pois esta doença assume um caráter peculiar,

particular a cada uma das mulheres, conforme sua história, características pessoais (personalidade, valores, crenças), relacionamentos (consigo mesma, familiares, amigos), dentre outros. A heterogeneidade e diversidade das experiências de lidar com a doença, nos diferentes contextos sociais e culturais nos levam a entender que a experiência das mulheres com a DAC, além de constituir um fato real nas suas vidas, é revestida de um simbolismo refletido no modo como a estrutura de suas vidas é modificada. Segundo essas mulheres, a constatação da seriedade do problema e o alto valor agregado à cronicidade e a gravidade da DAC revelou-se, em muitos casos, a descoberta da doença como sendo um dos momentos mais difíceis de suas vidas. Significou, portanto, um problema grave e incurável que abalou as suas condições físicas e emocionais, conforme relatado nas verbalizações:

É um problema muito sério, a gente só vive suspeita, a gente nunca vive tranquila. Tudo pra gente, qualquer coisa, tá tipo 'uma vela acesa de repente apagou'. Pronto. Porque é uma coisa que a gente não espera e uma coisa que a gente não pode substituir. Digamos, antes ter eu quebrado uma perna, porque se tivesse quebrado uma perna eu tava vendo que minha perna tá cicatrizando. A gente tá vendo. Agora, uma veia no coração, a gente nunca sabe se tá desentupida, se vai entupir de novo; qualquer hora a gente dorme, deita, não sabe se levanta mais, se acorda mais, porque de repente aquilo aí tapou, pronto. Morreu. Porque tem vez que dá tempo de chamar alguém; tem vez que não dá tempo de chamar ninguém, é uma coisa que a gente está na mão de Deus. Só Deus, mesmo, mais ninguém. Só vive sobressaltada (P24).

É muito ruim. É uma doença incurável. Eu digo assim, porque não tem remédio, é muito ruim. Não é fácil, se não tiver um medicamento para curar, sarar, aí todo tempo a gente fica dependendo dele. Eu fico todo tempo dependendo de remédio. Eu continuo dependendo de remédio pra pressão, colesterol, diabetes e coração – são os quatro o tempo todo (P25).

Eu fiquei uma pessoa assim muito debilitada para fazer certas coisas. Eu tenho medo. Fazer esforço, eu sinto que altera muito: as coisas que antigamente eu fazia, eu não lavo, eu não posso mais correr, as minhas coisinhas que eu faço é tudo leve, é uma doença que eu fiquei muito debilitada. Eu não tenho mais, assim, aquela disposição que eu tinha antes. Não tenho mais coragem, ânimo pra fazer as coisas (P1).

É muito ruim, porque a gente não sabe o que faz. Tem hora que eu penso: 'será se eu vou ficar boa?' A gente vai fazer a cirurgia e vai ficar boa, mas, e aí? Mudou a minha vida porque eu não posso mais trabalhar, eu não posso fazer força nenhuma (P16).

É muito triste, porque a gente também não está se sentindo bem como era antigamente, que a gente tinha uma saúde boa. Pra todo lado toma remédio, remédio de pressão. A enfermeira diz que tem que controlar, então a gente toma direitinho (P18).

b) O processo de desencadeamento da DAC

- A Hereditariedade e alterações emocionais

A compreensão do processo de desencadeamento da DAC é tarefa complexa, especialmente por tratar de um episódio no qual se atribuem sentidos e significados e que exige adaptação e mudanças na forma de viver a vida. Entender como as mulheres interpretam esse episódio em suas vidas é uma forma de auxiliá-las na construção da objetivação da doença e, por conseguinte, na construção de uma realidade subjetiva coerente. Na emergência dos resultados, pode-se verificar que a maioria das mulheres identifica no interior de sua realidade subjetiva indicadores da origem do episódio da DAC, dentre os quais elas destacam a hereditariedade e o estresse emocional, classificando-os como componentes de relevância para o desencadeamento dessa doença, conforme relatado:

Na minha família é hereditário esse problema do coração. Meu pai faleceu do problema do coração, a minha avó, a minha tia e a minha irmã. Tenho um sobrinho de 11 anos que faz tratamento, a minha irmã fez um ano que ela faleceu por problema do coração, dois meses que ela tinha tido nenê, ela faleceu. Na minha família já é hereditário (P21).

Na minha família é também hereditário. Já morreu minha tia, meu tio; aí tem eu já estou nesse período; minha filha que tá aí, já tem problema; tenho um sobrinho... Então, foi, assim, uma coisa que praticamente já nasci. Então, quando eu tive ela (filha), aí a coisa se agravou mais (P19).

É o que o médico disse para mim: 'Isso aí vem lá dos conterrâneos, lá de baixo, dos velhos. Avô, bisavô. Lá de baixo.' Eu acredito, porque meu avô foi rapidinho que ele faleceu e agora tem um menino, um sobrinho dos meus filhos, que faleceu assim (P6).

Eu me preocupava demais. Eu me preocupava muito com meu filho. Ele ia pra rua, a gente não sabia que horas chegava, ficava acordada uma hora da manhã, duas horas. A minha mãe sempre dizia: 'Queira ser filho, mas não queira ser mãe'. Eu me preocupava demais, achava que era o dia de morte dele, perdia a cabeça. Tenho pra mim que tudo isso mexeu com meu coração, que deu esse problema do coração. Acho que é quando tem um problema familiar muito grande (P3).

Eu acho, assim: eu tinha muita raiva, entendeu? Eu acredito, assim, que no meu caso é porque eu guardava muitas coisas, não sabia botar pra fora, entendeu? Guardava muitas coisas pra mim, não sabia, assim, expandir. Não sabia dizer o que estava sentindo, e aí foi guardando, foi piorando, acho que adoeceu o coração. Eu ainda sinto uma ardência no peito. É uma fase complicada na vida da gente, mas de repente a gente tem que saber lidar com isso. Se a gente não souber realmente, a gente começa a regredir, cair numa certa depressão. Você tem que buscar alguma coisa, outro foco na sua vida para você seguir em frente (P8).

Observa-se nesses relatos que os motivos destacados para o adoecimento, sem dúvida, foram a hereditariedade e as alterações emocionais como preocupação e sentimentos de raiva. A hereditariedade reflete, além da susceptibilidade genética, o ambiente partilhado e os fatores comportamentais e

culturais. Portanto, é importante considerar o caráter multifatorial envolvido, como a herança genética, o estilo de vida e as condições ambientais.

No caso específico da DAC, não estão totalmente esclarecidos os mecanismos que se processam para atingir o endotélio, bem como em que medida o estresse emocional assume papel de relevância na gênese da doença. Este fato abre um imenso campo de investigação sobre alterações fisiológicas decorrentes de reações psicológicas, que vem acrescentar-se a respostas sobre como o fator psíquico pode interferir no adoecer (TAVARES, 2008).

O estresse torna-se um fator negativo quando a pessoa sente que não pode enfrentar o ambiente, e, por isso, relaciona-se com a maneira de a pessoa perceber o mundo objetivo. Um determinante crucial do estresse se relaciona ao quanto de controle percebido a pessoa tem sobre o ambiente. Quanto menos controle a pessoa acha que exerce sobre o ambiente, mais provável que o incidente lhe cause problemas físicos e psicológicos. O enfrentamento, por sua vez, é a maneira como a pessoa reage a eventos estressantes. Uma estratégia de enfrentamento consiste em a pessoa sentir que há muitas pessoas dispostas a ajudá-la. Alguns estudos revelam que o apoio social, definido como a percepção de que outros são sensíveis e receptivos às nossas necessidades, é uma ajuda importante para lidar com o estresse (ARONSON; WILSON; AKERT, 2013).

Apesar de haver um forte componente genético na determinação da susceptibilidade à aterosclerose e DAC, há uma relevante interação entre a influência genética e o estilo de vida, revelando que o comportamento humano é um fator essencial para a melhoria das condições de saúde. 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 (TAVARES, 2008), além da depressão, que está fortemente implicada nesse processo.

No relato das mulheres estudadas percebeu-se que ao identificarem alterações do estado emocional como responsáveis pelo episódio da DAC, as mulheres anunciavam diferentes posições deste marcador, interligando e assumindo

algumas vezes uma posição de causa da DAC e outra do próprio sintoma da doença, conforme sugerem os seguintes depoimentos:

Minha irmã, meu problema é nervoso. Não posso ficar nervosa porque fico acelerada, sinto um ardor no peito, sinto aquela coisa me apertando aqui (no peito), que eu tenho que chorar pra aquilo sair. Se alguém me der uma notícia, eu fico pá pu. Eu tenho que chorar pra aquilo sair (P13).

Sinto uma aflição. É nervoso, porque o nervo, quando você está nervosa, você sente o coração agitado que parece vir bater aqui na garganta. Se você está com problema, com os problemas que você já tem, você vai contar uma história, você se emociona, você fica sensível, qualquer coisa você chora, você fica nervosa. Eu não tenho medo do coração, eu tenho medo é do nervo, porque eu já fiz uma crise de nervo. Nessa hora a gente sente aflição, coração agitado, você não consegue dormir, vai dormir lá pra uma hora da madrugada, onze horas da noite. Essa aflição é o coração (P14).

Eu tenho nervosismo, mas acho que é do coração. Fiz dois cateterismo e uma angioplastia. É um problema muito sério, a gente só vive suspeita, a gente nunca vive tranquila (P24).

A fala dessas mulheres nos remete à concepção de que a integração mente e corpo não pode mais ser negada na atualidade. A própria evolução das ciências médicas alerta para a necessidade de compreender-se o ser humano em sua totalidade (BARBIERI, 2008).

Para além das manifestações observáveis de estresse emocional, pode-se pensar na depressão como reação, resposta subjetiva aos múltiplos fatores implicados a que a pessoa se encontra submetida, estando impotente, incapacitada, ou mesmo impossibilitada de responder de outra forma. Sabe-se, por exemplo, que a depressão é três vezes mais comum em mulheres do que em homens, e a similaridade dos sintomas da depressão, da ansiedade e da DAC pode complicar ainda mais o processo de diagnóstico de doença cardíaca na mulher (NORRIS et al., 2008).

Depressão é uma palavra frequentemente utilizada para descrever uma gama imensa de sentimentos negativos e sombrios. Não é um estado de tristeza profunda, nem desânimo, preguiça, estresse ou mau humor. A depressão é diferente da tristeza, pois a tristeza geralmente tem uma causa conhecida e duração determinada no tempo e no espaço. Já a depressão envolve uma gama de sentimentos difusos de longa duração no tempo e no espaço, geralmente relacionados à angústia. A depressão, enquanto evento psiquiátrico é algo bastante diferente da tristeza. Mesmo assim, em alguns casos, podemos considerar a depressão como uma reação natural da pessoa humana em períodos de transição, especialmente em tempos de mudanças e crescimento, em épocas que antecedem

novos horizontes de amadurecimento do ser em constante processo de desenvolvimento. Nesse sentido, os limites entre depressão e tristeza ainda não são muito claros (GOMES, A. M. A., 2011).

O diagnóstico de depressão na presença de cardiopatia é dificultado pela semelhança dos sintomas apresentados, pois a falta de energia, tristeza e de apetite, o cansaço, insônia e a dificuldade de concentração estão relacionados a ambas as condições, e muitas vezes também ao climatério, o que dificulta o diagnóstico de depressão. Portanto, as pacientes cardiopatas devem ser avaliadas de forma minuciosa, para que se possa diferenciar a depressão dos sintomas relacionados à cardiopatia e ao climatério de modo geral (SERRANO JUNIOR et al., 2012).

A depressão não só aumenta a incidência de doenças e a morbidade em geral, mas também a mortalidade associada à DAC. Por outro lado, a DAC pode levar a sintomas depressivos ou até mesmo piorar o quadro da depressão devido ao impacto psicológico que a doença provoca. A própria depressão pode ser fator de risco para o desenvolvimento da DAC, pois está relacionada com comportamento de risco para essa doença, da mesma forma como estão o tabagismo e o sedentarismo, além de diminuir a aderência ao tratamento. Devido à falta de clareza acerca do impacto dos estados depressivos sobre a etiologia de enfermidades como a DAC, a literatura chama a atenção de que a associação entre DAC e depressão pode estar relacionada a causas comuns a ambas as doenças ou a um fator genético comum (SERRANO JUNIOR et al., 2012).

A doença depressiva deve, portanto, ser examinada sob os pontos de vista biológico, genético, cognitivo, social, história pessoal, econômico e espiritual. A depressão corresponde a um estado de doença no qual o cérebro e a mente apresentam alteração no seu funcionamento normal e a personalidade do paciente sofre as consequências. Dizendo de outra forma, a depressão tem sua base biológica nas alterações bioquímicas e depende, em muitos casos, de condições psicológicas do meio ambiente para ser desencadeada (GOMES, A. M. A., 2011). As alterações emocionais podem ser decorrentes de situações ou contextos de vida, e, em qualquer época da vida, podem se manifestar como reação psicológica, afetando concomitantemente os aspectos psíquicos, comportamentais e orgânicos (JURKIEWICZ, 2008).

Somando-se a estes aspectos, é importante ressaltar que as mulheres participantes do estudo relataram, além da hereditariedade e do estresse emocional, a existência de outros fatores causadores da DAC.

- A Dieta, hipertensão, diabetes, tabagismo e sedentarismo

A dieta, a hipertensão, a diabetes, o tabagismo e o sedentarismo foram outros fatores apontados como causa para o desenvolvimento da DAC, o que denota que, para elas, a doença traz em si um caráter de multifatorialidade. Os motivos causadores do adoecimento apresentaram-se, portanto, variados, o que indica que essas mulheres apresentam certo grau de conhecimento sobre o episódio e que o desenvolvimento da DAC pode ser concebido como parte de um processo:

Pra mim eu acho que o que causa mais o problema do coração eu tenho pra mim que seja o colesterol e também alguns problemas que a gente passa, familiar (P2).

Tem para mim que o problema do coração é por causa da pressão alta e essas comidas de hoje, muito gordurosas, muitas coisas que antigamente não tinha essas coisas, agora hoje é tanto problema que ajudou muito nessas doenças e também o sangue muito grosso, acho que forma um coágulo nas artérias, nas passagens, o sangue grosso. (P3)

O que eu vejo é que o problema do coração foi causado pelo diabetes. Depois que eu fiquei diabética eu comecei a sentir o problema do coração (P14).

Eu fumava muito, era fumadeira mesmo (riso). Acho que foi a fumaça dele. Acho que foi isso, porque na minha família não tem ninguém com esse problema (P20).

Eu acho, assim, que o sedentarismo contribui muito pra que a doença evolua mais depressa (P8).

As mudanças advindas do conhecimento sobre as causas do adoecimento poderão influenciar o desempenho de papéis, proporcionando uma atmosfera favorável à conscientização do estado de saúde da população. Compreende-se que as experiências são únicas, ou seja, cada pessoa percebe as sensações que lhe causam mal estar e as nomeia pela compreensão e interpretação das diferenças do seu estado de saúde, dando significados à sua própria experiência e vivência com o adoecimento.

Durante as discussões nos grupos focais, percebeu-se que as mulheres conseguiam relatar suas experiências com relação ao tratamento da DAC e descreviam algumas inquietações relacionadas:

Eu não sentia nada no meu coração. Sempre fiz exames. Todo ano eu faço e, em geral, dava normal. De repente, caminhando, eu sentia um negócio me apertando. Fui ao cardiologista, aí fiz vários exames, não deu nada. Mas aí a médica passou o cateterismo. Foi aí que deu as três artérias entupidas (P13).

...Eu sentia o coração acelerado, aí comecei a fazer tratamento. Me pediram o eletrocardiograma, que eu acho que aquilo dali não vale nada, deu negativo, deu normal. Depois fiz o ECO (ecocardiograma), deu alterado. Aí fiz o cateterismo pra confirmar, coloquei um stent (P14).

Espero fazer o tratamento. Não sei se é cirurgia ou angioplastia, eu não sei. O futuro é eu fazer para eu ficar boa (P3).

Eu não posso andar, falar muito, assim, zangar, eles dizem raivar, não posso. Inclusive, até amanhã vou fazer outro cateterismo, mas não sei se é na virilha ou no braço. Eu só sei que eu vou fazer, mas eu me sinto mal com esse problema do coração. Não sou uma pessoa boa como eu era antes. Não sou, não. Me sinto mal (P23).

As pessoas não têm uma coleção de pensamentos aleatórios, confusos sobre si mesmas, mas organizam sua visão do “eu” que cada um é em esquemas coerentes que influenciam a maneira como interpretam novas coisas que lhes acontecem (ARONSON; WILSON; AKERT, 2013).

Todavia, numa tentativa incansável de conciliar o desempenho de seus papéis e responsabilidades sociais, quer seja como trabalhadora, esposa ou mãe, a vida cotidiana parece impor às mulheres uma nova realidade do ser e estar doente, especialmente porque a experiência mostra a recorrência da sintomatologia mesmo quando se segue um tratamento adequado, como descrito a seguir:

Eu sinto dor no coração. O médico disse que não dói. Eu sinto dor no coração, dói nas costas, sinto palpitações (P18).

Sinto muita dor no meu braço. Dói aqui (braço esquerdo) e no peito. Acho que esteja relacionado com o coração: a dor começa no braço e vai até o peito. Tem hora que eu nem consigo mexer o braço. Aí eu vou fazer massagem, aí vai aliviando (P16).

Eu sentia uma dor aqui (nas costas). Acho que não era problema de coluna, não; já era problema do coração mesmo (P7).

Eu sinto um cansaço. Quando eu ando muito, subo a ladeira, tenho que parar no meio da ladeira pra descansar e poder ir em frente. Aquela palpitação forte, um batimento forte, assim rapidinho, sinto de vez em quando, não tanto (P19).

Dor, dor, eu só senti uma vez, nas costas, uma queimação nas costas, mas tem hora que o meu braço tá doendo. O doutor (nome) disse que quando eu sentir a dor mesmo é para eu tomar o Sustrate, que quando eu sentir agoniada é pra tomar o Sustrate. Cansaço, só se andasse muito agitada. Só que eu não posso fazer mais nada que eu fazia antes. Não posso mais (P24).

O problema do coração é que eu sinto mesmo é pulsação, sinto dor, aquelas pontadas, pulsação, sinto cansaço, falta de ar. Mas isso antes que eu comecei a fazer meu tratamento, mas agora, graças a Deus, eu não sinto nada, não. Mas, digamos, se eu subir assim em altura, aí eu sinto cansaço (P2).

A dor, eu sinto. A dor é um ardume por dentro. Eu digo que é do coração, mas o médico disse o coração não dói assim. Eu sinto aquela dor: no começo era três, quatro batucadas, acelerava, queria desmaiar; quando não me agarrava eu desmaiava mesmo. Aí começava aquele cansaço, eu sempre tive (P23).

Eu acho que o que está relacionado que sinto é o cansaço, a insônia, dor de cabeça, irritação, palpitação muito forte. Se eu não tomar meu remédio, eu posso, assim, sentir rapidamente o cansaço e a palpitação (P15).

Desse modo, quando interrogadas pelos sintomas cardíacos que acreditavam estar relacionados com a DAC, para a maioria das mulheres, a nomeação do que sentiram ou ainda sentem pareceu facilmente clara e identificável. As mulheres referiram principalmente taquicardia, palpitação, cansaço e principalmente dor no peito e nas costas. Outros sintomas menos comuns relatados foram a tontura e a dor no braço esquerdo.

A literatura aponta que a presença da dor na região dorsal é o dobro entre as mulheres, além disso, as mulheres são mais propensas a sofrer determinados tipos de sintomas quando estão sob estresse emocional, como também a desconsiderar a possibilidade de problema de saúde, portanto, mais propensas a incorporar a sintomatologia como inerente ao estágio de vida por que estão passando, como no caso do climatério (POTSCH; BASSAN, 2003; SJÖSTRÖM-STRAND; FRIDLUND, 2008;).

Chama a atenção, ainda, o fato de que poderá haver diferentes interpretações acerca de um mesmo sintoma, especialmente entre mulheres. A definição relativa à dor "nas costas" pode ser compreendida como dor lombar e não suscitar uma compreensão ou descrição de desconforto na parte superior das costas, posterior ao ombro cuja descrição é de relevância na definição de suspeita cardíaca. Outra questão diz respeito à atenção ao intervalo de tempo da sintomatologia, particularmente quando os sintomas são prodômicos ou agudos, visto que pouco tem sido descrito quando os pacientes são mulheres (NORRIS et al., 2008).

c) Mudanças significativas de enfrentamento da doença

A nova realidade vivida pelas mulheres configura-se pela emergência de um elemento novo, a doença, o disparador de desordem, que exige a repetição de condutas; a lembrança de vivências passadas e de padrões estereotipados ou a mudança e renúncia a uma posição para assumir outra; e, conseqüentemente, a aquisição de um novo comportamento para enfrentar a doença. Trata-se, portanto, da forma particular de cada pessoa interpretar, compreender, posicionar-se diante de uma ou mais situações significativas decorrentes do estar e sentir-se doente. Algo que lhes impõe e que exige adaptação à nova condição de existência, da qual não se pode escapar, como relatado a seguir:

Não é bom não, né, tá todo dia tomando remédio? Tem dia que você esquece; se você não toma, você já passa mal; você não pode carregar uma coisa, carregar um peso. Aí, então, eu tento viver o máximo sem estresse, tomo o remédio direito, faço minha caminhada, faço exercício três vezes na semana. Então, mas não é bom, é um incômodo muito grande ter um problema do coração. Só ter que sair tomando todo dia esses remédios, é muito ruim. Você não consegue levar mais uma vida normal, não. A gente não consegue. Eu tomo vários remédios. Se eu não tomar, eu sinto palpitação, sinto falta de ar, insônia, cansaço e sensação de desmaio; mas se eu tomar o remédio direitinho como a minha cardiologista, Dra. (nome), me passou, eu consigo levar minha vida direitinho. Então sentia o cansaço, falta de ar, sensação de desmaio, mas também tem uma coisa, não posso pegar peso. Ela disse que eu antes eu não tomava o remédio direito, eu até relaxava, mas agora, aí, me conscientizei que eu sou cardiopata, então tenho que tomar o remédio direito pra pelo menos ter uma vida quase que normal (P15).

Fazer o que está de acordo com o nosso alcance, de acordo com as nossas possibilidades, porque o problema de saúde é um problema que a gente vai ter pra sempre. É como Dr. (nome) diz: diminui mas você tem que estar sempre se policiando, sempre se resguardando, sabendo até onde vai seu limite. Ele disse que eu tenho que tomar meus remédios, pra ficar tudo bem: 'Olha, você tá ótima, mas vamos continuar com sua medicação pra controlar pra manter o controle, né?' (P21).

A atitude das mulheres com relação à sua condição de saúde revela o nível de avaliação que elas fazem sobre o significado da DAC em suas vidas. Atitude pode ser entendida como uma avaliação positiva ou negativa que fazemos das pessoas, objetos e ideias. O homem não é um observador neutro do mundo, mas um avaliador constante do que vê, e a experiência social de cada um desempenha papel importante em moldar as atitudes.

- Mudança de hábitos de vida

A identificação de causas específicas para o problema cardíaco contribui para mudanças significativas de enfrentamento da doença, proporcionando o entendimento da necessidade de mudança de comportamento e de adoção de melhores hábitos de vida. A alteração de estilos de vida depende da motivação dos indivíduos para modificar comportamentos (JURKIEWICZ, 2008).

As mudanças acontecem a partir de crenças e valores, que são construídos e redimensionados. A mudança de alguns hábitos antecede um processo de conscientização que pode transformar não só a pessoa, no sentido mais restrito, mas a família, a comunidade, a sociedade, auxiliando na promoção de uma vida mais saudável, porque os significados psicológicos também são significados sociais.

Para muitas mulheres, os principais fatores de risco da DAC são modificáveis por meio da prática de cuidados de saúde e da adoção de

comportamentos saudáveis. Este reconhecimento é importante na medida em que vislumbra a possibilidade de mudanças de práticas, de comportamentos em saúde, pois essas mudanças determinarão a redução das complicações (TAVARES, 2008).

Eu não me sinto como eu sentia, tá ruim viver assim. Eu tomo remédio pra tudo (P11).

A gente tem que nos policiar e ter consciência do problema que a gente tem e saber até o limite que a gente pode ir até certas coisas. Saber o tipo de alimentação, saber certo tipo de serviço, ter a consciência do que a gente pode fazer ou não. Eu não vou esperar que você venha e diga: 'você não pode fazer isso, não pode fazer aquilo'. O problema cardíaco é uma doença que vai ter para o resto da vida. Fazer o que está de acordo com o nosso alcance, de acordo com as nossas possibilidades, porque o problema cardíaco é um problema que a gente vai ter para sempre (P21).

Os achados deste estudo revelaram que, para as mulheres, o viver de maneira saudável remete inevitavelmente ao passado, manifestado por meio das lembranças de um modo de vida anterior à doença. Uma vida normal, sem restrições, limitações e cuidados, confronta-se com uma realidade consciente e permanente da seriedade de ser portadora de DAC. O relato das mulheres sinaliza mudanças de hábitos de vida, especialmente aqueles relacionados à dieta:

Outra coisa que eu gostava muito era de comida frita. Deixei de comer comida frita, tive que tirar esse negócio de fritura. A farinha, a fritura, eu tirei pro meu próprio bem; a bebida também (P21).

Meu coração fica acelerado, duas a três vezes por semana, parece que tem uma bomba, parece que tá cheio, né? Aí eu respiro. Se eu comer o sal, ah, não tem como esperar amanhã, é na mesma hora. Por isso que eu não como o camarão, não como comida seca. Eu só faço coisa leve, uma blusa, lavo louça, roupa leve, faço comida, mas pegar um balde de cinco quilos, não pego (P1).

Mudou o negócio da comida. Também, eu guardei a boca. O que eu comia eu não como mais, eu sei que vai me fazer mal. Evito comida seca, carne de porco eu não como e evito comida frita (P20).

A comida faz mal, né? A gordura faz mal para o coração, a gente tem que comer muita verdura, muita fruta, eu não, pelo menos não gosto de comer muita verdura. A médica pergunta o que eu gosto de comer. Olha, eu não vou mentir, eu sou do interior, eu gosto de comer farinha. Quando eu vou fazer comida, quando eu vou fazer galinha, eu tenho que tirar aquela gordura todinha (P5).

d) A Fragilidade

A fragilidade é uma sensação presente quando as mulheres percebem-se limitadas para realizar as atividades cotidianas com a mesma qualidade que realizavam antes, e assim sentem-se doentes, tristes e insatisfeitas, alterando a imagem sobre seu papel nos contextos profissional, social e familiar (GALTER; RODRIGUES; GALVÃO, 2010). Isso pode gerar conflitos internos.

Portanto, o que passa a ancorar os significados da DAC na vida das mulheres parece ser um profundo sentimento de impotência e vulnerabilidade decorrente do processo de adoecimento, sendo este representado como algo que limita a própria vida, como descrito:

Nessa fase agora, as coisas vão ficando cada vez mais complicadas, porque a gente vai ficando mais fragilizada, cada vez mais, até mesmo fisicamente, psicologicamente, né? Aí a tendência é gradativamente piorar cada vez mais (P8).

[...] pra mim é uma doença que eu fiquei muito debilitada, muito debilitada, do meu problema, assim, o susto, aquele medo. Mudou muito. Eu não tenho mais, assim, aquela disposição, aquela, que eu fazia antigamente, né? Nem depois que eu operei mesmo eu não fiz mais esse tipo de coisa, não. Eu faço coisa leve, sem esforço, pra não ficar com medo. Pra andar só, eu não ando só. Eu tenho uma imaginação que parece que vai acontecer alguma coisa comigo, assim que é. Eu não tenho mais coragem, ânimo para fazer as coisas (P1).

Em estudos de revisão sobre fragilidade, observa-se que não existe um consenso sobre a definição de fragilidade, porém os estudos revelam que a fragilidade não está necessariamente relacionada ao envelhecimento ou estado patológico específico, mas pode estar agravada em pessoas com doenças, sendo a manifestação de uma vulnerabilidade subjacente por doença, acidente ou outros estressores. A avaliação das atividades da vida diária pode auxiliar na determinação da dependência ou não que a pessoa possa ter para realizar tarefas. Elas podem prever dificuldades para desempenhá-las, o que pode levar a futuras dependências (FABRÍCIO; RODRIGUES, 2008; BANDEIRA, 2010).

O significado de fragilidade expresso faz-se presente provavelmente pelo medo iminente de uma ameaça, especificamente, da proximidade do envelhecimento ou de fato da existência dele, das complicações da doença, do surgimento de outras doenças ou mesmo da morte. A própria doença revela o contato mais próximo com a finitude, em razão da constante ameaça de morte que ela proporciona, repercutindo de forma bastante negativa nessa fase da vida.

O conhecimento de ser portadora de DAC gera medo, ansiedade e angústia. Além disto, evidencia a condição humana associada à finitude e possibilidade de morrer. Nesse momento, a pessoa se coloca em confronto com a dor de existir. Há um abalo da sua onipotência, promovendo a queda de certezas e a perda de referenciais. A pessoa passa a desconfiar de si mesma, de sua condição de “perfeição” e saúde plena. A partir de então, é exigida e revelada a necessidade de ter garantias de que não irá morrer e de que ficará bem. A primeira condição de

enfrentamento se estabelece quando o indivíduo percebe sua capacidade para retomar as suas atividades cotidianas e toma a consciência de que sua condição limitante é passageira e não se sente inferiorizado, por sua nova condição (SOARES, 2005).

- Incapacidade para as atividades da vida cotidiana

Quando um sintoma se torna manifesto no corpo, ele é capaz de chamar a atenção, interrompendo em maior ou menor grau as atividades da vida cotidiana, muitas vezes de forma lenta, outras abruptamente, produzindo uma sensação de incapacidade, dependência e inutilidade. As maiores mudanças percebidas pelas mulheres estão relacionadas principalmente à incapacidade física em executar as atividades de casa e do trabalho. Muitos assuntos domésticos faziam parte de sua responsabilidade, o que lhe concedia autonomia para resolvê-los. Elas relatam mudanças comportamentais que interferem na sua vida:

Mudou a minha convivência total. Assim, não tenho mais aquele pique que eu tinha pra fazer as coisas, porque eu sempre fui pai e mãe, meu marido era (silenciou). Então eu tinha um pique tremendo. Às vezes a gente se sente até inútil porque não pode fazer certas coisas que eu gostaria, como exemplo, viajar, caminhar bastante. Se eu caminhar bastante começa a vir aquele negócio, aquele calor. Aí vai subindo, vai subindo, vai subindo, pego aqui (peito), a pressão já está alta. Então mudou muito do que eu era do que eu sou hoje (P10).

Antes eu era muito ágil, agora sou parada. Tudo que eu faço é cansada. Eu caminhava da Fialho até o retorno do Calhau, todo dia de manhã, agora caminho pouco. A gente que não pode fazer certas coisas, não pode carregar peso, não pode caminhar mais rápido, se tu fizer, tu vai sentir. Eu não vou fazer porque pode me prejudicar (P13).

Eu fiquei uma pessoa assim muito debilitada para fazer certas coisas. Eu tenho medo. Fazer esforço, eu sinto que altera muito. As coisas de antigamente eu não faço: eu não lavo uma rede, eu não corro, as minhas coisinhas que eu faço é tudo leve. É uma doença que eu fiquei muito debilitada. Eu não tenho assim aquela disposição. Eu fazia muito salgado, arrumava as casas, fazia faxina; hoje eu não trabalho na casa de ninguém, não tenho condição mais, nem que eu queira, eu não faço (P1).

Mudou a minha agilidade. Trabalhava muito de manhã e de tarde, agora não posso mais fazer isso. Carregar peso, não posso mais, não posso arrumar a casa. Trabalhava até tarde, agora não posso fazer isso (P15).

Eu tenho vontade de trabalhar na minha roça, mas eu não dou mais conta; não tenho mais nada pra fazer, é só comprar remédio e se alimentar (P20).

É diferente. Eu faço minhas coisinhas, mas não no ritmo de antigamente. Eu faço, se sinto alguma coisa, tontura, sento, e depois, passou, então eu faço de novo. Não tem ninguém que faça, tem que aguentar, aguentar o marido. Tem que ser pro marido, porque não tem outro jeito, senão a gente perde o marido, é pior. Assim, a gente vai levando a vida como Deus quer (P8).

Mudou, porque eu sinto o cansaço, eu não me sinto bem, ah, eu digo, ah, não dá mais, não. Mudou nesse sentido de atividade, porque eu trabalhava muito de lavoura. Hoje não posso mais, não faço mais nada: carregar água, varrer casa, lavar roupa. Não posso fazer nada disso que eu fazia (P23).

Mudou o meu jeito de viver totalmente. Eu era uma pessoa mais ativa; era uma pessoa que eu podia fazer tudo. Hoje eu faço, mas não tenho a mesma disposição que eu tinha antes. Então mudou a minha vida, mudou a disposição. No caso, a família não mudou. Graças a Deus (P5).

Mudou para mim, porque eu não posso fazer quase nada. Não posso varrer, lavar, fumar, essas coisas. Não posso fazer força. Eu fico agitada porque eu espero: espero um, espero outro fazer, porque é só eu e meu esposo. Eu não posso pagar ninguém pra fazer as coisas pra mim e para sair tem que esperar aquele 'guarda-costa' vir comigo. É assim, só vivo com 'guarda-costa'. A gente não pode dizer nada, tá me guardando (P9).

Em geral, as mulheres são responsáveis pelo trabalho doméstico e costumam ser exigentes com a condição da casa e tudo que a ela se refere como a qualidade da alimentação, da roupa, da limpeza. Com a doença, as limitações relacionadas à “fragilidade do coração” as fazem mudar (PEREIRA; SIQUEIRA, 2009). O trabalho, além de estar inserido na cultura como enaltecedor, confere *status* e constitui o principal instrumento de sobrevivência, porque, na sociedade capitalista, cada corpo vivente é considerado a partir de sua condição socioeconômica, pela sua força produtiva e, ainda, pela capacidade de manter-se saudável e independente (SOUZA, 2004).

Assim, mulher desempenha vários papéis: de mãe, profissional, dona de casa, entre tantos outros. Se por um lado isto lhe trouxe conquistas e emancipação, por outro lhe trouxe uma escravidão ligada à perfeição. Não é mais possível ser simplesmente mulher, é necessário um desempenho exemplar em todos os aspectos da vida (BARBIERI, 2008).

A independência em geral é entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros e a autonomia relaciona-se à habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências (WORLD HEALTH ASSOCIATION, 2005). Contudo, agora, estas habilidades não fazem parte mais do seu cotidiano e isso as incomoda profundamente. Portanto, construir a autonomia pessoal nas suas vidas pessoais significa reconstruir profundamente a identidade feminina e coletiva, e, para tanto, será necessária a reconstrução de suas visões sobre suas relações e suas práticas sociais.

Os papéis impostos por si ou pela sociedade criam uma espécie de servidão a um desempenho altamente exigente, o que traz um afastamento de si mesma e também dificuldades em lidar com seus sentimentos e emoções. Assim sendo, o simples fato de “ser mulher” a obriga e limita ao desempenho da melhor

forma possível dos seus papéis sociais. Não há, em muitos casos um comprometimento consigo mesma, um respeito aos seus limites físicos e emocionais, mas uma constante exigência para o sucesso e o fazer com perfeição, sem medir as consequências que isto impõe ao seu próprio ser como pessoa humana (BARBIERI, 2008).

Segundo Mazzetti (2007), o não trabalho é uma ruptura no ciclo vital, configura-se em um não 'reconhecer-se' e um não 'fazer-se reconhecer-se', uma espécie de não existir. Um EU rompido, eventualmente profuso, fugaz, tecido de ressentimento e de lamentos, de instabilidade e incapacidade de enfrentar a vida. A estabilidade de um trabalho é uma estabilidade interior, a busca de um equilíbrio entre ilusões e desilusões, esperanças e aflições, frustrações e vacilações. Somente após ter alcançado um equilíbrio novo, pode-se redescobrir o tempo da memória, mesmo percebendo que o mundo esconde novas inquietações, novos dilemas e essa é a dilacerante dicotomia que se vive. Para as mulheres da pesquisa a importância de um trabalho não é somente econômica, mas configura o sentir-se útil, respeitada, valorizada, fazendo-se valer numa sociedade.

Algumas mulheres, apesar de reconhecerem suas limitações, relatam que continuam a executar algumas atividades por ausência de outra pessoa para realizá-las:

A gente fica limitada a tudo. Eu, no meu caso, não posso fazer, mas eu tenho que fazer porque não tem ninguém que faça. Lá em casa eu saio toda hora: é para ir para feira, casa, pra todo lugar, pagar conta. Eu não tenho quem mande, quem faça, e não tenho guarda-costas (sorriso). Então é muito difícil. Eu tenho que fazer, não posso ficar esperando, então, para alguém fazer pra mim. Tenho que ir à luta, não é? (P8).

Muitas mulheres afirmaram que não só a rotina foi modificada, como também as atividades que elas se propuseram a realizar. Revelaram que a DAC diminuiu a possibilidade de elas se manterem úteis, gerando assim um grau de dependência, sobremaneira no que se refere ao trabalho que exerciam antes da manifestação da doença.

As atividades do cotidiano, tanto domésticas como do trabalho, têm papel determinante na vida das pessoas, à medida que estão vinculadas à realidade presente e à complexidade das relações envolvidas, constituindo, muitas vezes, fator norteador da vida humana, com implicações diretas nas condições fisiológicas, psicológicas, econômicas e sociais. Percebe-se, assim, que os significados atribuídos à DAC pelas mulheres estão seguramente relacionados à limitação

imposta pela doença e à sua cronicidade, configurando-se como um sentimento de desprezo e depreciação de si mesmas, conforme relatado pela participante 7:

Se eu for falar do coração, eu tenho muita coisa, a pessoa sente, a pessoa fica, vive de favor, não pode fazer mais aquilo que a gente fazia. Eu trabalhava fora, lavava, gomava, trabalhava na minha casa. Quando trabalhava em casa de fulano, lavava, gomava, chegava em casa, minha casa tava assim (desarrumada). A gente trabalha no serviço da gente, mas a gente sente humilhada. Eu dizia, assim, eu estou vivendo de favor, eu estou comendo de favor, a gente sente humilhada. Eu acho que é decepção, tudo a gente sente na vida da gente, as pessoas têm o direito de humilhar. Tem gente que trabalha com a gente e trata a gente muito mal. Eles acham que têm o direito de humilhar. Não, mas não é assim. Um dia é da caça, um dia é do caçador, né? (P7).

Esses resultados sinalizam a noção do quanto o trabalho é sintetizador da identidade do sujeito e de que a impossibilidade de engajar-se em tal atividade pode trazer sentimentos negativos. Essa incapacidade para desempenhar tarefas do cotidiano evidencia-se como uma sinalização do adoecimento, na medida em que o corpo não mais permite o desempenho de outrora (MINAYO, 2008).

Os afazeres domésticos são considerados atividades informais, que, além de não serem remunerados, nem sempre se revertem em reconhecimento social, às vezes, nem mesmo da família. Assim, mesmo a mulher que não trabalha fora de casa apresenta sobrecarga física e emocional, pois se responsabiliza por muitos afazeres domésticos, além do cuidado dos filhos, netos e marido. Além disso, ela às vezes dispõe de pouco tempo para cuidar de si mesma, o que em muitos casos reduz sua autoestima (MACEDO FILHO; REGINO, 2006).

Os pesquisadores têm chamado a atenção para as três funções importantes atendidas pelo “eu”: a função reguladora, informando a nossa relação com o mundo físico e emocional, organizando nosso comportamento e planejando para o futuro; a função organizadora, atuando como um esquema extraordinariamente importante, que ajuda a interpretar e relembrar informações sobre nós mesmos e o mundo social; e a função emocional, ajudando-nos a determinar quais serão nossas reações emocionais. O nosso senso sobre quem realmente somos (nosso eu real) se compara com quem queremos ser (nosso eu ideal) e com quem pensamos que devemos ser (nosso eu devido). As pessoas são motivadas a manter um senso de consciência entre suas várias crenças e percepções acerca de si mesmas, principalmente quando o seu senso de quem realmente são, o *self* (eu real), diverge de seus padrões pessoais ou das concepções desejadas por elas mesmas. Esses padrões estão refletidos com maior

clareza nas várias crenças existentes sobre qual tipo de pessoa se aspira a ser, um *self* ideal, e sobre o tipo de pessoas que se devem ser: um *self* devido. Comparar o *self* real com o que se aspira a ser e com o que se deve ser fornece a cada indivíduo um importante meio de auto avaliação (ARONSON; WILSON; AKERT, 2013).

Nessa perspectiva, as mulheres da pesquisa parecem apresentar um conflito entre o *self* (eu) real – de uma realidade concreta de ser e estar doente com limitações e perda da autonomia – e o seu *self* ideal, como o desejo de ser uma pessoa saudável e independente. Ocorre, portanto, uma reelaboração do seu processo de identidade e a consolidação do seu *self* o que determina o significado da doença na sua vida. A doença traz uma ameaça a sua integridade física e emocional e poderá contribuir para a tomada de consciência do seu *self*. Por meio da sua função reguladora, organizadora e emocional do “eu”, a experiência da doença possibilita, uma transformação na aspiração de cada indivíduo como pessoa, no seu *self* devido. Essa mudança decorre da vivência de sentimentos negativos, de frustração, ou sentimentos positivos.

Cada pessoa faz julgamentos sobre suas capacidades pessoais, seus comportamentos, e quando se torna ciente da discrepância entre seu eu real e seu eu ideal, tende a experimentar um padrão de sentimentos que envolvem abatimento, tristeza, insatisfação e outras emoções relacionadas à depressão. Assim, quando essa diferenciação fica aquém do seu “eu devido”, é comum a pessoa se ver agitada.

A maneira como um indivíduo define quem ele é pode variar muito em diferentes culturas, mesmo que esses diferentes autoconceitos sirvam às mesmas funções: reguladora, organizadora e emocional (ARONSON; WILSON; AKERT, 2013).

- *Sentimentos de dependência, impotência, tristeza, medo, humilhação, sofrimento*

A descoberta da DAC trouxe uma mudança significativa no modo de ser das mulheres, influenciando decisivamente em seu modo de agir. Segundo elas, são experimentados sentimentos de dependência, impotência, tristeza e angústia, com grande possibilidade de sofrimento. De acordo com as observações apresentadas pelas mulheres, a DAC configura-se como uma doença incurável e que desencadeia intensos sentimentos e emoções, que interferem no cotidiano.

Durante as discussões nos grupos focais, percebeu-se a expressão, entre as mulheres, de sentimento de frustração nos relacionamentos, justificados pela dependência e inutilidade percebidas na menopausa/climatério, os quais segundo elas são provocados tanto pelo processo de envelhecimento quanto pela DAC, contribuindo para a sensação de perda do papel social diante do processo de adoecimento, assim descrito pelas participantes:

As pessoas que sente essas coisas do coração, assim, do coração, está arriscado a qualquer hora, dormir, acordar, mas não acordar. Lá perto de casa já aconteceu já dois casos. E aí eu fico imaginando: 'Meu Deus, será que a próxima sou eu? A próxima vítima? Igual à novela?' Porque essas pessoas ficam andando pra lá pra cá e ninguém sabe o que ele tem. Aí depois o médico diz: 'Fulano de tal morreu'. Misericórdia! Eu acho, não sei, que eu não me sinto feliz (P6).

Sufrimento é o que a gente está sentindo. A gente sofre com esse problema (coração). Aquilo ali é um sofrimento, você ficar sentindo aquilo, tá sofrendo aquele problema (P24).

Tristeza. Eu sou muito triste. Eu olho uma pessoa assim, uma pessoa boazinha, eu fico triste eu queria ser igual a essa pessoa. É inveja, inveja nessa parte, no resto eu não tenho inveja de nada (P22).

A doença do coração significa um mal profundo, mal mesmo porque trouxe consequências ruins, trágicas para minha vida, pelo menos. Um mal profundo. A família da minha mãe todinha é cardíaca. A autoestima da gente vai para baixo. Eu tenho 63 anos: parece que eu tenho 100 (P10).

Meu Deus, que sofrimento o meu! Além de ser cega de um lado. Com todos os problemas meu de coração, diabetes, pressão alta, colesterol, eu ainda perdi uma visão. Hoje eu estou sentindo assim, como se tivesse, assim, rejeitada. Eu, chorando, não posso me segurar (choro). Meu marido faz tudo por mim, eu não tenho mãe, não tenho filha, não tenho ninguém (P23).

Eu penso em fazer alguma coisa. Queria ter uma velhice saudável, ser dinâmica, ser mais esperta, ser mais ágil como eu era, entendeu? Isso dá uma tristeza muito grande, porque minha família é simples, mas é muito grande. Tenho treze irmãos, então quando eles me convidam, minha irmã viaja muito, eu não posso mais ir. Isso me dá uma angústia, uma tristeza, tipo uma depressão, entendeu? (P10).

Verifica-se nas falas que a experiência com a DAC pode desencadear modificações significativas na vida de uma pessoa, que transforma a sua identidade social de pessoa saudável e trabalhadora para uma identidade de doente e de incapaz para as atividades laborais. Os problemas físicos, as questões psicológicas e sociais envolvidas, as restrições médicas, dentre outras, fazem com que a mulher portadora de DAC sintase, no mínimo, limitada, pois, segundo as recomendações prescritas, essas mulheres não podem mais realizar a maioria das atividades que faziam antes de serem acometidas pela doença, e por isso sentem-se constantemente dependentes do outro (MUNIZ; ZAGO; SCHWARTZ, 2009).

“Quando você vai para algum lugar, tem que ir carregando alguém para ajudar, né? Não posso fazer mais nada, parece que o corpo enfraquece, vai perdendo mais força” (P18).

Como uma tentativa de compreender a complexidade que essa nova condição de saúde significa para essas mulheres, e cada vez mais tentando abarcar o todo que a determina, com os vários enfoques que a ela são permitidos, foi solicitada, ao dialogar com as mulheres, uma palavra, um sentimento que representasse a doença do coração para elas. Assim, essas mulheres elegeram sentimentos como os mais significativos desse processo de adoecimento – medo, sofrimento, preocupação –, assim descritos:

Sentimento de medo. De medo, entendeu? De você dormir e não saber se você vai acordar. É essa a sensação de não estar mais aqui noutro dia, entendeu? A gente anda e pensa nisso constante. Então, para que você consiga viver com isso, no meu caso eu tento preencher de todas as formas. É a mente, porque tudo tá na mente. Se você ficar parada, pensa besteira. Justamente, então, para que você não fique pensando, eu vou procurar ir na igreja, vou procurar minha filha, fazer um curso... Não posso viver só em função do medo, eu não posso viver com o medo o tempo todo, não posso ficar só em casa esperando a morte chegar, não. A gente tem que batalhar, não pode parar. A vida é assim (P9).

Sufrimento. O que a gente tá sentindo, a gente sofre com esse problema. Aquilo ali é um sofrimento, você ficar sentindo aquilo, tá sofrendo aquele problema (P24).

Preocupação, porque a gente, com problema do coração, a gente se preocupa demais. Qualquer coisa, dá assim aquele medo sem sentido, me dá aquele medo e assim a tremura no coração. Acho que não é coisa boa, não, porque a gente ter um medo, uma coisa, não é bom, não (P16).

A maioria das entrevistadas considera a experiência de ter a DAC como um processo triste, doloroso e permanente, tanto no aspecto físico como no emocional, pois é uma doença muitas vezes inesperada, que gera o medo da morte. Diante disso, parece que devem existir motivos concretos para afirmar que se faz o necessário para manter-se viva. Há uma busca por estratégias não somente de sobrevivência, mas de um viver melhor, apesar das dificuldades, e também há formas de descobrir que se tem condições de enfrentar o próprio sofrimento de maneira mais tolerável. Isso pode ser perceptível não apenas para as mulheres, mas para todos os membros da família.

e) A Sexualidade

Algumas mulheres, ao referirem a incapacidade física para a realização de algumas atividades, naturalmente estabeleceram relação com a figura do companheiro, com a sexualidade. Mesmo de maneira tímida, elas esboçavam riso, evitando expressar o termo “sexo”, ao exporem suas intimidades. A sexualidade

revelou-se para essas mulheres como algo intimamente relacionado aos processos que estavam vivenciando, ou seja, tanto ao climatério quanto à DAC, conforme relatado:

Disso ai (sexo) eu já sou aposentada, porque eu sou viúva, me aposentei (P14).

Na menopausa sentia calor desesperado, poderia estar chovendo, irritação, insônia, também dor no pé da barriga. Isso é normal depois de parar de menstruar, todo mês sentir essa cólica? Eu sinto uma dor no pé da barriga, eu já falei com meu ginecologista, e também falta de apetite de sexo (P13).

Depois do problema do coração, assim, mudou em mim porque como eu era antes, eu não sou mais aquela pessoa. Assim, sobre o passado do marido com a esposa (sexo), eu não sou mais aquela pessoa como eu comecei a ter marido. Eu não fiquei mais assim como eu era feliz porque quando a gente tá novo, tudo bem, mas quando a gente adoece (coração), assim, a gente fica tudo diferente. Eu era muito gulosa, era três, quatro vezes na noite, o negócio vai diminuindo (sorriso) (P23).

Eu mesma, sobre esse problema que ela falou aí (sexo), desde a minha menopausa eu fiquei assim, como diz o pessoal, ficar fria. Eu fiquei fria. Pra mim tanto faz ter sexo como não ter, pra mim tudo tá bem. Uma vez eu falei com o ginecologista: ele falou que isso não vem do problema do coração, nem desse negócio de tomar. Ele falou que isso é um problema da gente, da nossa cabeça (P24).

Sobre esse negócio que ela falou ai (sexo), é normal. Se me aparecer esse negócio (problema) de sexo, eu vou direto ao médico. Essa falta de apetite, esse negócio de sexo é bom demais. Em relação ao sexo até agora tá beleza, tá tudo bem, mas se acontecer alguma coisa, eu faço alguma coisa, pra tudo tem remédio. O negócio (sexo) fazer com cansaço não tem condição não, né? A pessoa doente nada faz, nada. Mas é bom, é bom, descarrega (P22).

O exercício da sexualidade para as mulheres está associado ao desejo do reconhecimento de cumprirem o papel de mulher, de esposa e de mãe, numa relação de doação e fidelidade com o seu companheiro. Algumas situações conflituosas, entretanto, podem revelar sentimentos de inconformismo, sofrimento e mágoa, anunciando uma crise vivenciada e assim emergindo o significado de traição, como descrita na fala abaixo:

Meu marido deixou muito a desejar porque, quando ele soube que eu estava com esse problema do coração, ele sempre foi sem vergonha, mas aí ele piorou. Acho que ele pensou assim: 'Ela já está com o problema do coração, vai morrer, então deixa ela pra lá'. Acho que meu marido foi um cafajeste, porque eu acho que o momento que eu mais precisei dele, foi que eu descobri que estava com a doença, que é um choque (P21).

Neste contexto, a subjetividade, como efeito da realidade psicológica, se manifesta em todos os acontecimentos da vida podendo ser abordada em qualquer circunstância, como exemplo, numa situação de conflito, de crise. Portanto, percebe-se que a abordagem das condições subjetivas das mulheres que convivem com a DAC torna-se imprescindível na atenção à saúde delas, pois quando afetadas pela

carência, por mudanças, a abordagem da sua subjetividade se mostra necessária (JURKIEWICZ, 2008). Nesse caso, o adoecimento é considerado uma situação de crise, uma situação significativa, que pode requerer mudanças individuais e coletivas.

As mudanças hormonais que ocorrem no climatério podem por vezes exigir uma ajuda no contexto vivencial em que acontece a atividade sexual. Muitas mulheres disseram que acreditavam que chegar à menopausa significava a exclusão da satisfação sexual. Muitas mulheres entendem que a sexualidade está estreitamente vinculada a seu status e que o sexo com o marido é um dos mecanismos para garantir seus direitos e privilégios na família (CORNWALL; JOLLY, 2008). Acredita-se, pelo contrário, que tudo o que acontece no relacionamento marital pode afetar a experiência da união sexual. Sendo assim, os relacionamentos bem-sucedidos estão pautados em relações de comunicação, diálogo e segurança (VIDAL, 2009).

O resultado emocional e físico da experiência sexual irá desempenhar um papel essencial na receptividade a essa experiência, podendo provocar até mesmo a hesitação da estimulação sexual. Assim, uma mulher que apresenta alguma limitação ou dificuldade, raiva ou ressentimento pelo parceiro, mesmo com desejo e excitação, pode rejeitar a continuidade do ciclo de resposta sexual, comprometendo a eficácia da estimulação sexual. Caracteriza-se assim um modelo circular em que a experiência relacional de cada casal e o grau de satisfação emocional e física da vida sexual anterior tornam-se fatores determinantes da receptividade feminina no futuro (FLEURY, 2004).

Culturalmente, a sexualidade é impregnada de tabus e preconceitos, os quais têm o poder de influenciar a mulher, especialmente na fase climatérica, levando essa mulher a crer que a atividade sexual deve ser entendida como uma tarefa a ser cumprida, um dever de proporcionar prazer ao outro, e não necessariamente que envolva reciprocidade. Para evitar conflitos e desentendimentos, não raro, as mulheres submetem-se ao relacionamento sexual com seus parceiros, os quais, muitas vezes, de forma egoísta, mostram dificuldades em entender e aceitar a diminuição da libido e da satisfação sexual nessa fase da vida (PEREIRA ; SIQUEIRA, 2009).

Contudo, a experiência sexual atrelada à vivência da doença cardíaca mostra-se marcada pela presença de sintomas e pelo medo de piorar seu estado de

saúde. As mulheres expressam sentimento de impotência, buscando evitar o esforço físico que remete à sobrecarga do coração. As mudanças nas atividades físicas decorrem de um corpo que depende de repouso, incluindo-se a atividade sexual, principalmente porque, ao se pensar em sexo, reportam algo que esgota as reservas de energia do corpo, exige movimentos vigorosos e acelera os batimentos cardíacos, o que remete à ideia de haver um descontrole ou uma complicação da doença (RODRIGUES, 2013).

Ao representar o corpo como limitado fisicamente, a mulher prevê que será incapaz de atender as demandas exigidas. Então, ao assumirem o papel de doentes, muitas vezes de maneira antecipada, elas tomam a iniciativa de afastamento dos parceiros, alegando que necessitam cuidar-se. Em outras situações, a relação entre o casal torna-se difícil, levando a uma separação por iniciativa do parceiro. A própria percepção da limitação física faz com que as mulheres sintam-se incapazes, tristes, ansiosas e apreensivas, desencadeando medo de recorrência de um sintoma ou evento que possa culminar em sua morte (STEIN; HOHMANN, 2006).

Os relatos que emergiram sobre a sexualidade, levam-nos a refletir sobre o processo da construção de própria identidade de gênero dessas mulheres, embasada e estruturada não só a partir de questões concretas como a educação, as histórias, símbolos, a sua formação, mas também pelo aspecto visível apresentado durante as discussões, como o constrangimento demonstrado claramente nas atitudes, sorrisos, gestos e principalmente pela falta de espontaneidade em verbalizar o termo “sexo”.

A maioria das mulheres considera atualmente a experiência da sexualidade como uma situação de insatisfação, pela ausência da prática sexual ou a realização do ato sexual com restrições e encontram justificativas tanto na menopausa como na DAC. De fato, essa experiência não parece simples, pois passa pela subjetividade, pela internalização dos modelos, pelo medo de ser abandonada, pelos mitos vinculados à relação homem-mulher ainda presentes, pela dificuldade de acreditar em si mesmas, no outro, na relação, e, pelas dificuldades impostas pela doença, ficando presas à condição de insegurança na relação marital.

Em face das fragilidades do corpo físico, da baixa autoestima e das relações que estabelecem no convívio marital, a satisfação quanto ao prazer sexual pode se tornar prejudicada, e a mulher pode até evitar o relacionamento sexual e

afetivo. Esta condição pode contribuir para uma vivência negativa (PEREIRA; SIQUEIRA, 2009), visto que toda apreensão e medo estão relacionados ao temor de piorar a doença cardíaca. Assim, para se readaptar às mudanças, as mulheres que retomam a atividade sexual mantêm-se apreensivas, e à medida que os sintomas surgem, tendem a omiti-los dos parceiros para evitar a interrupção do ato, o que frustraria o encontro e comprometeria a estabilidade do relacionamento conjugal (RODRIGUES, 2013). No entanto, cabe destacar que os relacionamentos bem-sucedidos estão pautados em relações de comunicação, diálogo e segurança (VIDAL, 2009), e os profissionais de saúde podem colaborar na abertura dos canais de comunicação e na orientação dos casais que convivem com uma doença como a DAC.

f) A Família

A certeza de não mais retornar à vida do passado, a percepção do atual estado – ser doente – faz com que as mulheres sintam-se como tendo perdido a identidade anterior. O sofrimento causado pela doença leva à conscientização das suas limitações, à procura de novos caminhos e maneiras mais saudáveis de viver. A privação do trabalho e o abandono ao serviço mantêm as mulheres por mais tempo em seus lares e obviamente proporcionam maior convivência com a família, o que favorece as relações familiares e muitas vezes promove maior aproximação. A mulher, enquanto portadora da DAC, vê-se na maioria das vezes cercada de seus familiares, pois o seu estado de saúde preocupa não somente a ela, mas a todos com quem ela se relaciona, em especial, o seu marido (GARCIA, 2013).

Eu fiquei preocupada e preocupou também a família. Eu tive mais atenção das minhas irmãs. Tive mais preocupação da minha família, ganhei mais atenção deles. É uma coisa, assim, que mudou. Eu às vezes estou sentindo alguma coisa, mas eu nem ligo pra eles, porque eu sei que eles vão deixar de fazer o que estão fazendo, pra vir onde eu estou, pra saber como estou (P19).

Graças a Deus, depois que meu marido largou de beber, em vez de eu ajudar ele, ele que me ajuda. Depois que eu operei do coração, ele ainda melhorou mais, mais caseiro (P9).

Ele também melhorou nessa parte, nesse sentido, né? Ficou mais atento, mais caseiro, menos mulherengo (sorriso). Tudo isso faz mal para o coração, sabia? Raiva, é, eu sentia. Meu lado, assim. Penso que esse problema que eu tenho, por exemplo, se fizesse uma coisa errada, se eu não coisasse ali naquela hora... eu tinha que extravasar. Coitado de quem estivesse na frente! E aí, coitado, era ele (marido) que estava na frente (P8).

Meu marido, só eu e meu marido. Meu marido faz tudo pra mim na vida. É um marido muito bom. Não dependo de outras pessoas pra fazer as coisas pra mim (P12).

Eu, graças a Deus, vivo com meu marido, vivo com meus filhos. Ele luta comigo com essa doença, com essas dores. Ele faz de tudo. Tem ocasião que eu estou acamada, ele faz de comer, ele faz de tudo. Por isso não posso falar nada, até hoje, mas não sei se quando chegar em casa ele já foi embora (sorriso). Jesus é que sabe. Graças a Deus as minhas filhas, as minhas filhas são um tesouro. Tem 25 anos que eu adoeci, todo tempo minhas filhas comigo, as minhas filhas me ajudam. Hoje eu vivo só eu e meu marido, mas comigo elas nunca falhou. Meus remédios elas que compram (P20).

O imaginário que as mulheres construíram em relação à DAC provém das experiências vividas e das relações de apoio social, incluindo-se o esposo, filhos, netos entre outros. Percebe-se nos relatos que as relações familiares podem ficar mais próximas, pois a doença e as consequências impostas especialmente em relação à mudança no desempenho de papéis preocupam não só a elas como a seus familiares, favorecendo um relacionamento mais atencioso e afetuoso, já que para essas mulheres as relações familiares são fundamentais para o adequado enfrentamento da doença.

A família é muito importante nessa hora, os amigos, e aí a gente vai levando a vida dessa maneira, sabendo que a única certeza que a gente tem é da morte. A gente não sabe, né, o que nos espera pela frente. Hoje a gente tá aqui, mas assim como a gente tem essa doença, outras pessoas não têm, mas ao mesmo tempo, de repente, não tá mais (P8).

Os familiares são os que mais apoiam os doentes do ponto de vista físico e emocional. Constituem-se, portanto, na maior fonte de apoio emocional e suporte social. A doença crônica afeta todos os aspectos da vida familiar. Os padrões familiares são modificados para sempre e os papéis e tarefas familiares são habitualmente alterados. Algumas famílias podem tornar-se tão próximas que se tornam aglutinadas, outras famílias podem, pelo contrário, ser afastadas devido ao estresse que a doença provoca, ocasionando separações ou mesmo divórcios. A qualidade de vida familiar tem um enorme impacto no modo como os doentes se adaptam à doença e ao modo como se recuperam (RIBEIRO, 2007).

O conceito de suporte social tem sido construído nos campos da psicologia social e da saúde comunitária em torno de duas ideias básicas: de um lado, o estabelecimento de vínculos interpessoais, grupais ou comunitários próximos, proporcionando sentimentos de proteção e apoio às pessoas envolvidas e, de outro, a repercussão desses vínculos na integridade física e psicológica dos indivíduos. O suporte social parece aumentar a capacidade de cada pessoa lidar com as situações estressantes como o combate à doença, e, provavelmente, modifica a forma de percebê-la e enfrentá-la. A base desse fortalecimento se

constitui num aumento da autoconfiança e da autoestima que a percepção do suporte oferece (CAMPOS, 2005).

Barth, Schneider e Kânel (2010), em estudo de revisão sistemática e meta análise sobre a relação de apoio social no desenvolvimento da DAC, identificaram que o apoio social parece importante para o prognóstico da DAC e é relevante na redução de mortalidade, e, portanto, recomendável que seja considerado em estudos futuros. Rodrigues e Seidl (2008), em estudo de revisão bibliográfica sobre o apoio social e DAC, concluíram que há evidências da relação positiva entre disponibilidade de suporte social e melhora da saúde do paciente coronariano. O suporte social tem se mostrado relevante para promover a adesão ao tratamento, o engajamento em comportamentos de saúde e enfrentamento adequado. Pacientes com alto nível de suporte social tiveram melhor prognóstico do que aqueles com baixo suporte, e, por outro lado, a inexistência ou precariedade do suporte social pode acarretar a progressão da DAC. De acordo com as evidências, o suporte social parece influenciar a morbimortalidade da doença cardíaca, podendo exercer influência em estágios específicos da doença. Contudo, não há evidências suficientes que confirmem se o apoio social prediz o desenvolvimento e a incidência da DAC, e a literatura alerta para a necessidade de um número maior de estudos de delineamento longitudinal que examinem a função que o suporte social exerce por um período de tempo prolongado, como também de estudos que analisem as múltiplas variáveis relacionados ao suporte social e a DAC.

Ao assumir um modelo de saúde conforme o qual não seja possível separar conceptualmente a doença do seu portador, nem a pessoa do ambiente que a rodeia. Segundo essa concepção, o sintoma passa a ser compreendido como um aspecto entre outros do funcionamento do sistema. O papel do profissional de saúde passa a ser o de um integrador do doente no seu contexto familiar e social, e, de fato, ao fazer essa integração irá intervir com o objetivo de permitir a resolução mais adequada dos problemas de saúde física e psicológica com que se deparam os doentes e suas famílias e o exercício desta função será tanto mais competente quanto for maior o envolvimento e compromisso das famílias nos processos de decisão e resolução dos problemas de saúde dos seus membros, nomeadamente no contexto da doença crônica (RIBEIRO, 2007). Portanto, é essencial o reconhecimento do suporte social da mulher portadora de DAC, acolhendo-a e compreendendo-a no seu grupo social e em especial no convívio familiar,

promovendo oportunidades para conhecer e considerar as suas experiências e vivências, e isso constitui um grande desafio.

g) A Espiritualidade

A consciência de que a DAC leva os seus acometidos à sensação de fragilidade e de impotência faz com que as mulheres busquem conforto emocional mediante a espiritualidade. A espiritualidade se fez presente na vida de todas as mulheres participantes, e todas revelaram vínculo com alguma religião, frequentando uma igreja e buscando ajuda e conforto na religiosidade. Assim, pode-se perceber também, nas falas seguintes, não somente a consciência de suas fragilidades físicas e sentimento de impotência perante a doença, mas uma busca pela certeza em relação à morte, o que fez com que procurassem conforto espiritual, na tentativa de amenizar seus medos e inquietações:

...eu me apeguei à religião. Por exemplo, eu frequento a igreja, então eu acho que isso aí contribuiu muito pra uma melhora de vida, nessa fase da minha vida, né? Nesse campo aí. A gente vai buscar forças, encontrar forças. No caso, eu encontrei é na religião, né? Em Deus. A religião não salva ninguém, a gente sabe disso. É Deus. Então Deus é a fonte que me leva, e eu vejo que vai assim me conduzindo e eu vou me apegando (P8).

A doença só veio para me matar. Eu sou uma pessoa evangélica, o meu pensamento tá em Deus, pra ele fazer o meu coração ficar bom e não parar (P11).

Eu sempre tenho alegria. Aquilo que a gente sente, mas a gente tem a alegria, a alegria de lá do céu, aquela alegria que fica parada, mas fica na gente... A gente fica muito nervosa, quando eu vim me internar e depois saí, as pessoas da igreja, eu sou católica, foram lá em casa para rezar, eles disseram umas palavras muito bonitas, que eu me lembrei quando estava no leito: 'Quando essa filha de Jesus estiver na mesa de operação, o médico seja a Jesus e a enfermeira seja Maria'. Eu me lembrei disso na cama lá de operação, eu me lembrei direitinho tudo, parece que eu tava vendo eles todinhos (P7).

Vou pagar minhas promessas todinhas. Tem gente que não acredita, mas eu acredito e tenho fé. Vou rezar pra São José de Ribamar, Nossa Senhora de Fátima, Nossa senhora da Conceição, e Nossa Senhora da Graça. Na hora que eu fizer a angioplastia e der tudo bem, vou pagar essas promessas todinhas, como eu já paguei para o cateterismo. Vou pagar, se Deus quiser, e Jesus, muita fé, eu sou muito católica, minha casa é cheia de santo (P3).

A religião representa um esforço do ser humano na busca de sentido para seu sofrimento, sua morte e sua existência. No entanto, a espiritualidade, independentemente da experiência religiosa, faz parte do ser humano, constituindo sua própria essência. A espiritualidade provoca a aceitação dos limites da inteligência e incompreensão diante do sofrimento, pois, uma atitude espiritual é uma atitude de confiança na profundidade do existir (LELOUP; HENNEZEL, 2003). A fé é uma experiência histórica e pessoal ao mesmo tempo, ela sustenta, reúne,

revive e conforta as pessoas desamparadas. É uma experiência em que é dada uma voz para que chamem, lamentem, louvem e rezem – no entanto, pouco se conhece sobre o valor da espiritualidade, porque herdamos formas inadequadas de olhar essa experiência (ASSAGIOLI, 2013).

É conhecido que níveis de religiosidade mais significativos estão associados como uma percepção mais benigna da doença, que, por sua vez, mostra-se associada ao melhor bem-estar físico e emocional. A relação entre religiosidade e saúde subjetiva pode refletir, assim, a habilidade da religiosidade em aliviar os sentimentos de ameaça relacionados à doença. Isso parece acontecer por intermédio do desenvolvimento de um senso de proteção contra a incerteza e a adversidade da condição, havendo um aumento de senso de controle sobre ela e da aceitação da vida apesar da doença (KARADEMAS, 2010).

Para as mulheres que vivenciam esta nova condição, certamente, de forma muito singular, a religiosidade pode configurar-se como um significativo ponto de apoio no processo de adoecimento e possibilidade da morte. Em suas falas, surgiram com frequência agradecimentos a Deus:

Eu estou com 63 anos, então, daqui pra frente, o meu futuro ainda é muito pouco, porque a idade já está, mas se Deus permitir, porque só ele sabe. Hoje nós estamos aqui conversando todo mundo, mas amanhã, depois, ninguém sabe de nós, se realmente nós ainda estamos, né? E se ele ainda permitir que eu tenha muitos anos de vida, eu quero que ele permita minha saúde, sabedoria pros meus médicos que cuidam de mim, abaixo dele, e o futuro melhor para minha família, que a minha família continue bem, graças a Deus. Porque o importante na vida não é ser rico, é ter paz, ter minha felicidade e sobre mim eu quero que Deus mantenha a minha saúde e meus médicos cuidando de mim, não é verdade? (P2).

Eu sou católica. Eu ia na igreja só dia de domingo, agora já está com seis anos que eu vou para a Igreja direto. Aí acalmou mais meu nervo. Graças a Deus eu estou nessa idade e graças a Deus eu vou chegar aos oitenta (P9).

h) Busca por equilíbrio e o futuro

Toda a vida humana é resultado do conflito entre o mundo dos desejos e o mundo da realidade que não se dobra a esses desejos. Nesse conflito há também um precário equilíbrio. O conflito entre o desejo de independência e a realidade da dependência, vivido profundamente, é angustiante. Diante de novas tensões, exposto a novas angústias, a roda da vida gira ininterruptamente, e o ser humano busca construir um equilíbrio, ainda que presencie a provisoriidade, pois o equilíbrio nunca é atingido definitiva ou totalmente, pois, no momento em que parece ser encontrado, ele se desfaz. Retorna, assim, o desequilíbrio, com sua carga de

tensões e incapacidades que empurram cada ser em busca de outro novo equilíbrio, o qual terá muito da precariedade do precedente (MAZZETTI, 2007).

A incapacidade para o desenvolvimento das atividades representa para as mulheres, especialmente, as alterações em termos de rotina de vida e provoca sentimentos que deprimem a qualidade do existir. A DAC passa então a imprimir novos significados a suas rotinas, seu trabalho, suas atividades, relações interpessoais e toda a sua vida, transformando-as, segundo sua própria visão, em mulheres socialmente desvalorizadas, que dimensionam a doença não apenas como um desvio biológico, mas também um desvio social, pois se enxergam como limitadas e incapazes fisicamente e emocionalmente. Esse ciclo culmina com um desarranjo psicológico e social que ameaçam a vida e a integridade física e emocional dessas mulheres.

Observa-se, portanto, que a mulher gradativamente se enquadra em uma nova maneira de pensar e agir sobre si e sua saúde, e externa que a busca por um determinado equilíbrio não é tarefa fácil. No entanto, é visível que essas mulheres buscam por equilíbrio, como resultado da consciência de estarem vivas, e procuram viver suas vidas conforme os ditames sociais, especialmente quando se submetem a mudanças comportamentais, como engajamento em atividades novas que são prazerosas a elas, proporcionando tranquilidade de espírito, conforme relatado abaixo:

Tem hora que a gente se preocupa. Sabe o que eu aprendi a fazer? Bordar. Eu tenho mais paciência, né? Paciência comigo mesma. Tinha dia que eu amanhecia, eu não tinha vontade de fazer nada. Agora eu faço algumas coisas, eu fico na porta da minha casa, tem gente que já comprou quatro peças, aí eu fico mais alegre, eu passo todo o dia assim (P7).

Eu era muito apressada. Tudo que eu queria era na mesma hora. Agora tenho 61 anos, me sinto mais paciente. Graças a Deus que eu cheguei aí nessa fase, depois que eu tive esse negócio do coração, me acalmou mais (P9).

Concomitantemente ao processo de alterações biológicas, vive-se o impacto psicológico e sociocultural decorrente do envelhecimento e das mudanças próprias desta etapa da vida, o que poderá desenvolver ou acentuar as dificuldades nas interações sociais. A mulher contemporânea reivindica mais compreensão, apoio e respeito à sua singularidade, em especial por parte de seus companheiros. Ainda que de modo e intensidades diferentes, as alterações relacionadas a esta fase do ciclo vital afetam muitas mulheres, repercutindo nos seus sentimentos, na sua

qualidade de vida, no trabalho e nas relações familiares e grupais (PEREIRA; SIQUEIRA, 2009).

Equilibrar significa incluir papéis sociais e conquistas, com respeito ao seu corpo e seus sentimentos, significa, portanto, buscar a saúde do corpo e da mente por meio do equilíbrio (BARBIERI, 2008).

O sofrimento, de qualquer natureza, constitui um espaço singular de busca de sentido. Diante do sofrimento o ser humano prova para si mesmo sua capacidade de resistir, de enfrentar as situações mais duras e adversas da vida, de atribuir um sentido à realidade que vive e que o cerca, de avaliar o valor do próprio sofrimento na vida concreta. O sentido torna-se possibilidade de significar a situação de sofrimento e transformá-lo em espaço privilegiado de aprendizado na construção de si mesmo e dos próprios ideais de vida. Portanto, o sofrimento é uma escola imprescindível de descoberta de significados e de sentido (SELLI, 2007). O sofrimento pode interferir na capacidade de vislumbrar o futuro, por meio de um sentimento de desesperança, inutilidade, de uma vida sem perspectiva, como descrito na fala da participante 20:

Eu não tenho mais futuro, mesmo eu já estou da sala pra cozinha. O futuro que a gente tem é adquirir e se alimentar, pra ver se nós vive mais um pouquinho. É o futuro que nós temos, o que eu vou fazer? O futuro é só um. Eu tenho vontade de trabalhar na minha roça, mas eu não dou mais conta, não tenho mais nada pra fazer. É só comprar remédio e se alimentar (P20).

Para vislumbrar o futuro, porém, pareceu extremamente necessário, para a maioria das mulheres, apoiar-se na fé como fonte de esperança e força para o enfrentamento das situações difíceis e conformação diante dos fatos que não mais podem ser modificados. No entanto, é notável que, apesar da preocupação, do medo, do sofrimento, elas buscam a família e a espiritualidade e, ainda que de maneira tímida, revelam desejo e sonho de uma vida melhor. A expressão de desejo e de esperança emergiu nos depoimentos de forma bastante clara quando essas mulheres relatam o que desejam fazer e realizar:

A minha perspectiva é de crescer, fazer um curso e, se possível, se Deus permitir, fazer uma faculdade da 3ª idade. É pensar alto, pensar desse jeito. Se você pensar que não vai conseguir nada disso, a gente não sabe o dia de amanhã. Hoje a gente tá aqui, amanhã não está mais. Não pode viver só em função do medo. Eu não posso viver com medo o tempo todo, não posso ficar só em casa, esperando a morte chegar, não. A gente tem que batalhar, não pode parar. A vida é assim (P9).

Espero fazer o tratamento. Não sei se é cirurgia ou angioplastia, eu não sei. Aí o meu futuro é eu fazer para eu ficar boa. Terminar de criar minha filha, dar o que ela precisa (P3).

Eu penso muita coisa, só coisa boa, penso em fazer muita coisa boa: ter minha saúde, alegria, trabalhar, saúde da família, dos vizinhos. Tudo é saúde, alegria, quando se está doente é tristeza, peço muita saúde a Jesus. Com a saúde da gente, pretendo muita coisa: pretendo trabalhar, arrumar minha casa. Meu sonho é arrumar minha casa e viver muitos anos (P17).

Espero ver meus netos criados, ver meus netos grandes. Estão pequeninhos, espero viver muito, ganhar meu dinheirinho. Tenho vontade de ter um sítio, mas eu não quero morrer. Fazer minhas promessas, rezar, realizar meus sonhos. Espero viver muito (P5).

A minha expectativa é organizar minha casa, só tá telha e tijolo. Tá crua, meu quarto é rebocado, mas não tem piso; o piso é mesmo de cimento. A gente quer fazer um terraço, aí eu quero fazer minha suíte. Quando a pessoa for lá em casa, vai ter suíte (risos). Sair, ter saúde, quero minha saúde (P7).

Eu também penso terminar minha casa, pretendo que Deus me dê força para terminar de fazer. Que Deus me dê forças para mim viver, ter condição pra mim comprar minhas coisas, terminar de criar meus filhos e eu pretendo ver eles bem (P16).

Trazer minhas filhas tudo pra perto de mim. Minhas filhas, nenhuma mora perto de mim, meus filhos moram longe, três na Brasília. Moro sozinha e meu marido, e Deus acompanhando nós. Porque Deus acompanha nós tudinho. Pedir a Deus que traga meus filhos perto de nós, porque todos moram longe. Que Deus me dê saúde, ou melhor, dá a saúde de meus filhos e de nós (P11).

Peço a Deus, pai de tudo que existe nesse mundo, eu quero ter minha saúde e peço a Deus e tenho fé em Deus que vou montar minha loja de confecções. Meu sonho é fazer meu ponto na frente da minha casa, trabalhar pra mim mesma, ter meu próprio negócio, meu ganha pão. Tenho fé em Deus que eu vou conseguir, sou otimista e não pessimista. Eu vou, eu quero, não é assim: 'ah, talvez...', mas 'eu vou!' Quero ver meus netos criados, formados, meus filhos também trabalhando, minha filha montando seu próprio negócio. A gente tem que ter fé em Deus, vontade e disposição (P21).

Eu tenho minhas filhas, tão mocinhas, pra eu botar no colégio, criar minhas filhas. Pra elas procurar um marido que tá difícil, pra não judiar delas. Saúde e anos de vida pra cuidar das minhas filhas. Que eu possa ajudar minhas filhas, deixar uma coisa para elas, um estudo, porque é a melhor coisa que se tem é o estudo pras pessoas. É futuro, dar um bom lugar, um bom caminho (P22).

A esperança reflete o desejo de um futuro melhor, cuja expectativa é necessária para ajudar as pessoas a não desistirem de seus objetivos e seguir em frente, buscando realizar seus sonhos e serem felizes, apesar da condição de saúde. A capacidade de dar grande valor ao que se tem ou deseja é uma virtude que não pode ser desperdiçada e os profissionais devem incentivá-la.

5.5 Relação entre sintomatologia do climatério e doença arterial coronariana: perspectiva das mulheres

A busca pela compreensão do significado da DAC para um grupo de mulheres climatéricas nos pareceu inicialmente algo bastante denso e complexo, sobretudo porque, como afirma Mazzetti (2007), muitas pesquisas são rigidamente ancoradas em estados, em fases uniformes, impregnados, portanto, de determinismo. Outras pesquisas, ao descreverem algo, ignoram a complexidade, pois o passado e o futuro lhe são subtraídos. Outras ainda, por tentarem exatamente explicar, desposam a priori uma teoria preconcebida, usando-a depois como ideologia.

Isso se coaduna com o pensamento de Campos (2005), que diz ser essencial descobrir o significado que se esconde atrás da doença. De fato, não é tanto a doença que precisa ser tratada, mas o que ela significa, pois o fato de se sentir doente carrega um conjunto de significados adquiridos ao longo da vida, desde as normas, crenças e valores introjetados, que fazem com que o ser humano reaja de modo absolutamente pessoal à doença, que pode não ser exatamente algo explicitado, mas muitas vezes existe de forma velada.

As mulheres, durante as discussões apresentaram-se motivadas a relatarem uma fase de suas vidas, o climatério e a DAC, o que as fez inevitavelmente remeterem-se ao passado, da juventude e vitalidade, à velhice de doença, um passado que pareceu distante, mas ao mesmo tempo tão presente. O climatério narrado por meio de experiências próprias ou vivenciado pelos laços parentais foi definido como uma fase difícil, impregnada de sintomatologia física e emocional – sintomas locomotores, vasomotores, cardíacos, emocionais, etc. –, revelando que para elas trata de um importante marcador de mudança de estado de saúde, ou seja, um período de forte inclinação para se considerarem como enfermas (enfermidade).

Esta forma de avaliação da própria condição de saúde nos obriga a evocar o modelo sociológico de explicação de saúde-doença, que postula que o conceito de “ficar doente” implica uma percepção de mudança de estado em que o indivíduo considerado como “não doente” passa para outro em que ele mesmo e também por outros ao seu redor o considerem doente. Como esclarece Richardson (1971), o ponto enfocado mostra que, em alguma instância, o “ficar doente” envolve

não somente algumas mudanças observáveis ao indivíduo, mas também uma decisão de sua parte, e pelo menos provisoriamente por aqueles ao seu redor, para que esta mudança constitua enfermidade. Nesse sentido, a sintomatologia do climatério sinalizava para as mulheres mudanças em seu corpo, no seu bem-estar (sensação de calor, sentimento de tristeza, irritabilidade, nervosismo, cefaleia, insônia, depressão), que prenunciavam envelhecimento e doença.

Segundo o modelo explicativo de enfermidade (*illness*), que aborda as percepções que o enfermo tem para interpretar seu estado e atribuir seu significado, a forma como o enfermo interpreta a sua experiência é influenciada pelo contexto sociocultural em que cada indivíduo se encontra; assim, o seu estado é identificado socialmente e não necessariamente limitado ao corpo, mas pode incluir as relações sociais e espirituais (LANGDON, 2010).

Quando as mulheres descrevem que “...a menopausa mexe muito com a gente, ... dá calor, dá uma sensação ruim, dá tristeza, aquela coisa ruim nos peitos... a gente até pensa que o problema do coração seja o problema da menopausa”, elas dão a entender que, para elas, essa fase é constituída de diversas sinalizações, as quais permitem identificar características do que Alan Young define como mal-estar (*sickness*).

O conceito de mal-estar não se refere aos modelos de percepção de doença, mas ao processo sociocultural de interação e negociação ao longo do episódio. É possível, então, compreender que, para as mulheres, a vivência da menopausa/climatério por meio das manifestações de mal-estar, predizia a presença do episódio, a DAC, embora sem a clareza e consciência sobre a possibilidade de vir a ter a doença. O episódio da doença, portanto, não é um diagnóstico ou categoria, nem um modelo de percepção, mas um processo que emerge mediante as interações dos atores participantes ao longo da sua duração (LANGDON, 2010).

Assim, mesmo que as mulheres identifiquem um conjunto de queixas ao falarem da experiência da menopausa e climatério, apenas a partir do diagnóstico da DAC elas assumem o papel de doente:

Eu fiquei uma pessoa assim, muito debilitada para fazer certas coisas. Eu tenho medo, fazer esforço, eu sinto que altera muito, as coisas que antigamente eu fazia, eu não lavo, eu não posso mais correr, as minhas coisinhas que eu faço é tudo leve. É uma doença que eu fiquei muito debilitada, eu não tenho mais, assim, aquela disposição que eu tinha antes, não tenho mais coragem, ânimo pra fazer as coisas (P 1).

Como explica Richardson (1971), ser doente/sentir-se doente é um estado definido socialmente, e há evidências de que a definição do estado de saúde de alguém é frequentemente submetida a um processo de barganha com os membros da família e outros: “[...] Eu às vezes estou sentindo alguma coisa, mas eu nem ligo pra eles, porque eu sei que eles vão deixar de fazer o que estão fazendo, pra vir onde eu estou, pra saber como estou”. O autor esclarece ainda que as pessoas rotuladas como doentes ocupam temporariamente uma posição especial na família e na comunidade mais ampla. Essa configuração espacial foi representada por muitas mulheres ao afirmarem que a DAC não só modificou a rotina em suas vidas, mas que também diminuiu a possibilidade de manterem-se úteis, gerando assim um grau de dependência, essencialmente no que se refere ao trabalho que exerciam antes da manifestação da doença.

Ao falarem sobre a DAC, as participantes configuraram no espaço social os seus lugares “de doentes”, visto que descreveram com clareza o papel de doente que representam no contexto social, ou seja, usufruem dos direitos associados com “sendo doentes”. Desse modo, ainda segundo Richardson (1971), ser excluído das obrigações das atividades relacionadas aos papéis sociais e ter a obrigação como doente de buscar ajuda profissionalmente competente são requisitos para assumir o papel de doente, visto que a recuperação espontânea não pode ser esperada rapidamente: “[...] porque o problema de saúde é um problema que a gente vai ter para sempre. É como Dr. (nome) diz: ‘Vamos continuar com sua medicação para controlar, para manter o controle’.”

Os sentidos e os significados das experiências aqui pautadas nos levam a refletir que constitui um grande desafio para os profissionais de saúde cumprir o seu papel, no significado mais profundo de suas ações: cuidar com razão e sensibilidade. É fato também que, de uma maneira geral, o aprendizado do profissional de saúde toma como referente um corpo biológico, sem história, sem subjetividade e sem distinção entre homens e mulheres (VILLELA, 2009). A enfermagem pode atuar, considerando o imaginário simbólico das mulheres, ajudando-as na especificação do lugar que o quadro sintomático do climatério e da DAC representa em suas vidas, especialmente ao tentarem manter as atividades cotidianas apesar dos sintomas cardíacos. As mulheres precisam ser alertadas sobre o fato de que resistir à ruptura com a vida cotidiana pode significar o risco de

perder a sua vida ou limitá-la permanentemente (MUSSI; FERREIRA; MENEZES, 2006).

Diante da problemática relacionada à DAC na mulher, a compreensão sobre como as mulheres que estão passando pelo climatério se descobrem com uma sintomatologia relacionada a um episódio de doença – DAC – é um aspecto de grande relevância, pois permite também que o profissional identifique o conhecimento do senso comum sobre a doença e sua manifestação, além da oportunidade de conhecer o próprio comportamento feminino de utilização dos serviços de saúde quando experimenta uma sintomatologia que pode anunciar um episódio como a DAC. A relevância da análise dos determinantes individuais e contextuais de utilização de serviços de saúde de mulheres diagnosticadas com DAC e que concomitantemente estão vivenciando um período de transição biológica e social em suas vidas, o climatério, está na atribuição e identificação dos seus lugares sociais, os quais podem ser expressos como uma moldura que configura o modo de ser, sentir, perceber e agir do gênero feminino diante de queixas e sintomas, mesmo quando não percebiam os processos vivenciados de forma tão explícita.

Logo, considerar a perspectiva das mulheres quanto às manifestações da DAC em concomitância ao climatério oferece uma nova perspectiva para planejar estratégias de promoção da saúde, de identificação e detecção precoce de sinais da doença, com implicações na satisfação e utilização dos cuidados de saúde. Essa ação contribui, conseqüentemente, para diminuir a morbimortalidade e prevenção de eventos mais graves em mulheres.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer a vivência das mulheres com DAC concomitante com o climatério significou perpassar pela multiplicidade dos papéis e missões por elas atribuídos, compreender esse ser, adulto, mãe e avó, mas que já foi criança, adolescente e jovem. Pensando nesse sentido, ao realizar essa pesquisa, fui então inicialmente motivada a pensar nessa mulher historicamente, situada no tempo, no espaço, numa família, comunidade, sociedade, numa cultura. Deparei-me diante do cumprimento do objetivo de desvelar os signos e significados da DAC para esse grupo de mulheres, e fui surpreendida pela prazerosa e gratificante oportunidade de poder estar, observar, escutar e dialogar com todas, tentando reaver o que está por trás das palavras, dos pensamentos, dos gestos, da dinâmica e das emoções, buscando fazê-las revisitar o seu passado, repensar o presente e o futuro, ressignificando o seu tempo. O olhar para a doença nunca seria suficiente,urgia a necessidade de encontrar cada uma delas como sujeito e percebi que as participantes pareciam querer ser ouvidas e compreendidas e dialogaram com atenção e interesse.

Os sintomas relatados com mais frequência pelas mulheres foram a ansiedade, o mal estar no coração, a irritabilidade e os problemas musculares e nas articulações. Entretanto, ao analisar a intensidade desses mesmos sintomas, observou-se uma inversão e a média de escore mais alta foi alcançada nos problemas musculares e nas articulações, seguidos pela ansiedade, mal estar no coração, esgotamento físico e mental, irritabilidade, dentre outros.

As mulheres não conseguem definir claramente o climatério, e expressam-no como uma experiência ruim, uma fase manifestada por mal estar biológico e emocional, denotando-o como um processo ligado ao envelhecimento e à doença. A vivência da menopausa/ climatério por meio das manifestações de mal-estar, prenunciava para as mulheres a presença do episódio, a DAC, embora sem a clareza e consciência sobre a possibilidade de vir a ocorrer. Para as mulheres, o período climatérico foi traduzido por queixas diversas, com formas e intensidade variadas como a sensação de problemas locomotores, calor, tristeza, irritabilidade, nervosismo, cefaleia, insônia, depressão, dentre outras. Os sintomas relacionados ao climatério parecem ser confundidos com os problemas inerentes à idade e

percebidos com mais intensidade na presença de doenças osteomusculares, hipertensão, diabetes ou a própria DAC. Especialmente em relação à DAC, mesmo considerando que os sintomas climatéricos cardíacos existam, eles facilmente podem parecer confundidos com a própria DAC, e, portanto, não percebidos como tais, sendo aceitável que a mulher supervalorize ou subestime os sintomas, uma vez que esses podem estar imbricados. As mulheres associam o fato de terem desenvolvido a DAC pela situação de estarem no climatério.

A descoberta da DAC revelou-se como sendo um dos momentos mais críticos e difíceis de suas vidas, traduzido como um problema grave e incurável, que traz restrições, limitações e requer cuidados, portanto uma condição que as definia como sendo doentes. Elas reconhecem o caráter multifatorial da DAC e enfatizam as transformações após a descoberta da doença como a alteração na dieta, nas atividades, na realização de exames, no uso de medicação e na modificação no desempenho de papéis.

A sintomatologia relacionada à DAC possui repercussões evidentes no seu cotidiano, tornando-se, por vezes, mais percebida e valorizada e, portanto, dotada de mais sentido e significado. A DAC, especialmente em relação à sintomatologia cardíaca, é responsável pelas maiores mudanças das suas vidas, como a incapacidade física em executar as atividades de casa e do trabalho o que as torna dependentes de outras pessoas e incapazes fisicamente e emocionalmente. Para elas, a vivência dessa situação ultrapassa o sofrimento físico, mas também envolve sofrimento psicológico, emocional, econômico e social, apresentam-se debilitadas fisicamente e vulneráveis psicologicamente. Essa mudança se torna mais aparente quando descrita com intensos sintomas, sentimentos e emoções (taquicardia, palpitação, cansaço, dor, incapacidade, dependência, inutilidade, impotência, tristeza, humilhação e medo), que provocam modificações no cotidiano de suas vidas.

Essa sensação de instabilidade e desequilíbrio impõe limites, restrições, angústias e frustrações, o que as transforma em mulheres frágeis e inseguras. Revela-se um conflito entre o mundo desejável e o mundo real, uma realidade concreta de limitações e perda da autonomia, uma ameaça à vida e à integridade física e emocional. Ocorre uma reelaboração do seu processo de identidade e a consolidação do *self*, colocando-a no papel de doente. O sofrimento a impulsiona a alcançar os limites da percepção da gravidade da doença e a importância de

modificar seus hábitos comportamentais, os seus relacionamentos interpessoais, especialmente com a família e amigos, e o transcendental, a Igreja, o que proporciona conforto e acolhimento e uma motivação para o enfrentamento das situações difíceis e conformação diante dos fatos, que não podem ser modificados.

Reflito que os significados que permeiam a construção desta pesquisa, os significados que estão por traz da DAC, necessitam ser conhecidos e compreendidos não somente pelas participantes da pesquisa e por seus familiares, mas também pelos profissionais envolvidos por evidenciarem que a experiência da doença cardíaca transforma a vida das pessoas. Nessa perspectiva, os familiares, os amigos, os profissionais, são elementos importantes nesse momento, o que pressupõe o respeito a essas experiências e vivências, uma identificação com a pessoa doente e uma sensibilidade própria e inerente ao processo afetivo e de cuidado. A enfermagem tem a possibilidade de realizar e refinar essa “leitura” cuja essa experiência nos revela, em especial, as palavras ditas por Campos, 2005: “não é tanto a doença que precisa ser tratada, mas o que ela significa e que, de fato, pode dar um novo sentido à vida”.

Como limitações neste estudo, ressaltam-se as peculiaridades próprias da pesquisa qualitativa como o conhecimento de uma realidade de um grupo específico, as mulheres na vivência de fenômenos complexos, como o climatério e a DAC, o recorte de fragmentos e momentos pontuais e pré-definidos pelos quais as mulheres estavam passando, a região geográfica onde o estudo foi desenvolvido, além do espaço onde a coleta de dados ocorreu, ou seja, num hospital e serviço especializado. Portanto, a generalização dos achados deste estudo se mostra limitante, mas sugere-se que a proposta de pesquisa seja ampliada a outras realidades, serviços e outros marcadores sociais, como membros da família ou profissionais da saúde. Essa inclusão de novos elementos certamente contribuirá no avanço do conhecimento e no desvelamento de significados da vivência da DAC em concomitância como o climatério. Portanto, a realização da presente pesquisa se configura como um marco inicial para novos trabalhos, e principalmente um convite para a busca de novos sentidos e significados face às inúmeras intempéries da vida.

REFERÊNCIAS²

ACHUTTI, A. Prevenção de doenças cardiovasculares e promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p.18-22, jan. 2012.

ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the united states. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. 1-28, 2005.

ANTONICELLI, R. et al. Prevention of cardiovascular events in early menopause: a possible role for hormone replacement therapy. **International Journal of Cardiology**, Irlanda, v. 130, n. 2, p. 140-146, nov. 2008.

ARONSON, E.; WILSON, T. D.; AKERT, R. M. A. **Psicologia social**. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

ASSAGIOLI, R. **As bases da psicologia moderna e transpessoal**. 2. ed. São Paulo: Cultrix, 2013.

AVEZUM, A. **Cardiologia baseada em evidências IV**: principais estratégias de pesquisa e níveis de recomendações em cardiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 35, p. 438-442, 2011.

BANDEIRA, I. C. **Fragilidade em idosos**: uma revisão integrativa. 2010. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BARBIERI, D. Ser mulher: pulsação e sentimento. In: ENCONTRO PARANAENSE, 13., CONGRESSO BRASILEIRO, CONVENÇÃO, 8., 2008, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Centro Reichiano, 2008.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009. (Coleção Pesquisa Qualitativa).

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

BARTH, J.; SCHNEIDER, B. S.; KÄNEL, A. R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. **Psychosomatic Medicine**, New Jersey, v. 72, n. 3, p. 229-238, 2010.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism**: perspective e method. Berkeley: University of Califórnia, 1969.

BRANCO, C. C. et al. Age at menopause in Latin América. **Menopause**, Boston, v. 13, n. 4, p. 706-712, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de atenção a mulher no climatério: menopausa**. Brasília, DF, 2008. (Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 9).

BRISCHILIARI, S. C. R. et al. Papanicolaou na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1976-1984, out. 2012.

CALVOSO, G. G. et al. Prevalência de sintomas depressivos na perimenopausa. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 339-345, 2008.

CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador?** Petrópolis: Vozes, 2005.

CANCIAN, R. **Interacionismo simbólico**: aplicabilidade. 2009. Disponível em: <<http://educacao.uol.com.br/disciplinas/sociologia/interacionismo-simbolico---aplicabilidade-comunicacao-e-cibercultura.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

CANTUS, D. S.; RUIZ, M. del C. S. A cardiopatia isquêmica na mulher. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Valencia, v. 19, n. 6, p. 19-26, nov./dez. 2011.

CARVALHO, L. S. et al. O Interacionismo simbólico como fundamentação para pesquisas de enfermagem pediátrica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 119-124, jan./mar. 2007.

CARVALHO, V. D. de; BORGES, L. O.; REGO, D. P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010.

CARVALHO, W. R. G.; FARIAS, E. S.; GUERRA JÚNIOR, E. S. F. de. A idade da menarca está diminuindo? **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 76-81, 2007.

CASSADY, S. L. Fisiopatologia cardiovascular. In: DETURK, W. E.; CAHALIN, L. P. **Fisioterapia cardiotorrespiratória**: baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 6, p.137-164.

CASTILHO, S. D. et al. Tendência secular da idade da menarca avaliada em relação ao índice de massa corporal. **Arquivos Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, São Paulo, v. 56, n. 3, p. 195-200, 2012.

ALDRIGHI, J. M.; ALDRIGHI, C. M. S.; ALDRIGHI, A. P. S. Alterações sistêmicas no climatério. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 59, p. 15-21, 2002.

COELHO, S.; PORTO, Y. F. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon, 2009.

CORNWALL, A; JOLLY, S. **Questões de sexualidade**: ensaios transculturais. Rio de Janeiro: ABIA, 2008.

COSTA, G. M. C. **Deixar de ser mulher**: conhecimento e significado cultural da menopausa. 2007. 248 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

COSTA, G. M.C.; GUALDA, D. M. R. Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 81-89, 2008.

ESPER, E. M. B. **O climatério na contemporaneidade**. 2005. 190 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Escola de Enfermagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

FABRICIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 113-119, abr./jun. 2008.

FAVARATO, M. E. C. de S.; FAVARATO, D. H. U. E. B.; ALDRIGHI, J. M. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. Trabalho realizado no Instituto do Coração (Incor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP). **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 236-241, 2006.

FERNADES, E. F.; PINHO NETO, J. S. L.; GEBARA, O. C. E. (Coords.). I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 91, p. 1-23, 2008. Suplemento 1.

FERNANDES, R. de C. L.; ROZENTHAL, M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 3 n. 30. 192-200, 2008.

FERNANDEZ, M. R.; GIR, E.; HAYASHIDA, M. Sexualidade no período climatérico: situações vivenciadas pela mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p.129-135, jun. 2005.

FILIPPETTO, B. M. et al. Terapia não-hormonal no manejo das ondas de calor no climatério. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 7-12, jan. 2009.

FLEURY, H. J. Sexualidade: menopausa e andropausa. **Revista Brasileira de Psicodrama**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 85-98, 2004.

FREEMAN, E. W.; SHERIF, K. Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: asystematic review. **Climacteric**, New York, v. 10, n. 3, p.197-214, 2007.

GALTER, C.; RODRIGUES, G. C.; GALVÃO, E. C. F. A percepção do paciente cardiopata para vida ativa após recuperação de cirurgia cardíaca. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 255-258, 2010.

GARCIA ,R. P. **Cuidado familiar após infarto agudo do miocárdio**. 2013. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Porto Alegre, 2013.

GERRIG, R. J.; ZIMBARDO, P. G. **A psicologia e a vida**. 16. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GOMES, A. M. A. de. Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva. **Estudos de Religião**, São Paulo, v. 25, n, 40, p. 81-109, jan./jun. 2011.

GOMES, M. P. **Antropologia**: ciência do homem, filosofia da cultura. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2011.

GUIMARAES, A. C.; BAPTISTA, F. Atividade física habitual e qualidade de vida de mulheres na meia idade. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 17, n. 5, p. 305-309, set./out. 2011.

HEINEMANN, L. A. et al. The Menopause Rating Scale (MRS): A methodological review. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 2, p. 45, Sep. 2004.

HEINEMANN, L. A.; POTTHOFF, P.; SCHNEIDER, H. P. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 1, n. 1.p. 28-30, 2003.

HERAS, M. Cardiopatía isquémica em La mujer: presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. **Revista Espanhola de Cardiologia**, v. 59, n. 4, p. 371-381, abr. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil: tábua completa de mortalidade: 2010. 2011.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/notastecnicas.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

JURKIEWICZ, R. **Vivência de perdas**: relação entre eventos significativos, luto e depressão, em pacientes internados com doença arterial coronariana. 2008. 198 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

KARADEMAS, E. C. Illness cognitions as a pathway between religiousness and subjective health in chronic cardiac patients. **Journal of Health Psychology**, London, v. 15, n. 2, p. 239-247, Mar. 2010.

KELLY, B. Menopause as a social and cultural construction. **Xavier University of Louisiana's Undergraduate Research Journal**, St Louis, v. 8, n. 2, p. 29-39, Apr. 2011.

LANGDON, E. J. Comentários sobre “Doença versus Enfermidade na Clínica Geral”, de Cecil G. Helman. **Campos: Revista de Antropologia Social**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 113-117, 2010.

LEÃO, P. A. et al. Causas do infarto do miocárdio: a compreensão da paciente mulher. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 28-32, out./dez. 2011. Suplemento.

LELOUP, J. Y.; HENNEZEL, M. **A arte de morrer**: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

LOCKYER, L. Women's interpretation of cardiac symptoms. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, Inglaterra, v. 7, n. 3, p. 161-162, Sep. 2008.

LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 103-108, 2005.

LORENZI, D. R. S. et al. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 287-293, mar./abr. 2009.

LORENZI, D. R. S. et al. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 12-19, 2005.

LORENZI, D. R. S.; BARACATE, C. Climatério e qualidade de vida. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, p. 899-903, dez. 2005.

LUCIO, J. M. G. **Representações sociais de adultos jovens que vivenciam a doença aterosclerótica coronariana**. 2005. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MACEDO FILHO, R.; REGINO, F. A. **O empoderamento das mulheres do sertão: uma experiência de associativismo e desenvolvimento rural**. 2006. Disponível em: <<http://www.alasru.org/wp-content/uploads/2011/06/01-GT-Fabiane-Alves-Regino-Y-Renato-Macedo-Filho1.doc>>. Acesso em: 1 abr. 2013.

MAZZETTI, L. **As estações da vida**. São Paulo: Editora Educacional, 2007.

MEAD, G. H. **On social psychology**. Chicago: The University Chicago Press, 1977.

MEDEIROS, S. F.; MEDEIROS, M. M. W. Y.; OLIVEIRA, V. N. Climacteric complaints among very low income women from a tropical region of Brazil. **Medical Journal**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 214-218, 2006.

MEDEIROS, S. L.; PADIAL, R. Doença arterial coronária no climatério e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 45-56, jan./abr. 2007.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A.M. **Expanded source book qualitative data analysis**. 2 nd. ed. Michigan: Sage Publication, 1994.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MUNIZ, R. M.; ZAGO, M. M. F.; SCHWARTZ, E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 25-32, 2009.

MUSSI, F. C.; FERREIRA, S. L.; MENEZES, A. de. Vivências de mulheres à dor no infarto do miocárdio. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 170-178, 2006.

NORRIS, C. M. et al. Sex differences in prodromal symptoms of patients with acute coronary syndrome: a pilot study. **Progress in Cardiovascular Nursing**, Philadelphia, v. 23, n. 1, p. 27-31, winter, 2008.

OLIVEIRA, D. M.; JESUS, M. C. P.; MERIGHI, M. A. B. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 519-526, set. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Investigação sobre a menopausa nos anos noventa**. Genebra, 1996. (Série de Informes Técnicos).

PASCHOAL, M. A.; POLESSI, E. A.; SIMIONI, F. C. Avaliação da variabilidade da frequência cardíaca em mulheres climatéricas treinadas e sedentárias. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 778-786, 2010.

PEREIRA, Q. L. C.; SILVA, C. B. D. C. A.; SIQUEIRA, H. C. L. Processo de viver de mulheres climatéricas usuárias do SUS. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 224-231, abr./jun. 2008.

PEREIRA, Q. L. C.; SIQUEIRA, H. C. H. O olhar dos responsáveis pela política de saúde da mulher climatérica. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 366–371, 2009.

PERÉT, F. J. A. et al. **Ginecologia e obstetrícia**: manual para concursos/TEGO. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

POLISSENI, A. F. et al. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 117-123, mar. 2009.

POTSCH, A. A.; BASSAN, R. O atendimento e o tratamento pré-hospitalar do infarto agudo do miocárdio. In: TIMMERMAN, A.; FEITOSA, G. S.(Eds.). **Síndromes coronárias agudas**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. p. 231-242.

RODRIGUES, W. C. **Metodologia Científica**. 2007. Disponível em: http://www.ebras.bio.br/autor/aulas/metodologia_cientifica.pdf. Acesso em: 13 julho. 2014.

RIBEIRO, C. Família, saúde e doença: o que diz a investigação. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v. 23, p. 299-306, 2007.

RICHARDSON, W. **Ambulatory use of physicians' services in response to illness episodes in a low-income neighborhood**. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago. 1971. (Research Series, 29).

RODRIGUES, A. M; SEIDL, E. M. F. Apoio social em pacientes coronarianos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 18, p. 279-288, 2008.

RODRIGUES, G. R. S. **Representações sociais de mulheres sobre seu corpo após a revascularização do miocárdio: repercussões para a sexualidade**. 2013. 133f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

ROMALDINI, C. C. et al. Fatores de risco para aterosclerose em crianças e adolescentes com história familiar de doença arterial coronariana prematura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 135-140, 2004.

SANTOS, C. A. M. dos. **Estudo observacional descritivo transversal da mulher climatérica**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Universidade da Beira Interior, Corvilhã, 2011.

SANTOS, C. G. dos; TRENCH, B. Menopausa ou menopausas? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 91-100, jan./abr. 2005.

SANTOS, D. A. M. dos. et al. Prevalência de isquemia miocárdica na cintilografia em mulheres nos períodos pré/pós-menopausa. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 101, n. 12, p. 487-494, 2013.

SANTOS, L. V. et al. Síndrome do climatério e qualidade de vida: uma percepção das mulheres nessa fase da vida. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, p. 20-26, jan./jun. 2007.

SAUERBRONN, J. F. R.; AYROSA, E. A. T. Sobre convergência e a prática metodológica do interacionismo interpretativo na pesquisa acadêmica de marketing. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 14, n. 5, p. 854-870, set./out. 2010.

SELLI, L. Dor e sofrimento na tessitura da vida. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 297-300, abr./jun. 2007.

SERRANO JUNIOR, C. V. et al. Depressão, estado emocional e doença arterial coronária. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 19-23, 2012. Suplemento.

SILVA, J. R. de; ASSIS, S. M. B. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.10, n.1, p.146-152, 2010.

SILVA, J. R. de; ASSIS, S. M. B. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 146-152, 2010.

SILVA, M. N. M. da et al. Depressão em mulheres climatéricas: análise de mulheres atendidas ambulatorialmente em um hospital universitário no Maranhão. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 150-154, 2008.

SJOSTROM-STRAND, A.; FRIDLUND, B. Women's descriptions of symptoms and delay reasons in seeking medical care et the time of a first myocardical infraction: a qualitative study. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 45, n. 7, p. 1003-1010, Sep. 2008.

SMANIO, P. E. P. Doença cardiovascular em mulheres diabéticas assintomáticas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 305-311, mar. 2007.

SMANIO, P. E. P. Fisiologia do sistema cardiovascular: o gênero feminino importa? **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 4, p.466-473, 2009. Suplemento.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOARES, A. L. de M. **Experiência vivida do cardiopata**: um estudo crítico-cultural com foco no estigma, 2005. 152 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz de doença coronariana crônica angina estável. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 83, p. 3-43, set. 2004. Suplemento.

SOLIMENE, M. C.; RAMIRES, J. A. F. Indicações de cinecoronariografia na doença arterial coronária. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 203-209, 2003.

SOUZA, R. H. S. **Sentimentos e percepções do cliente em pré-operatório de cirurgia cardíaca**. 2004.106 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

STEIN, R.; HOHMANN, C. B. Atividade sexual e coração. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 86, n. 1, p. 61-67, Jan. 2006.

TAVARES, P. A. P. T. **História familiar de doença coronária, cuidados e comportamentos em saúde**. 2008. 78 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2008.

TEDOLDI, C. L. Questões de gênero: prevenção cardiovascular em mulheres. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 18, n. 20, p. 1-10, set./dez. 2010.

TEIXEIRA, M. Z. Distúrbios do climatério e tratamento homeopático. **Homeopatatia Brasileira**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 29-43, 2002.

TOH, S. et al. Coronary heart disease in postmenopausal recipients of estrogen plus progestin therapy: does the increased risk ever disappear? **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 152, n. 4, p. 211-217, Feb. 2010.

VALADARES, A. L. et al. Depoimentos de mulheres sobre a menopausa e o tratamento de seus sintomas. **Revista da Associação de Medicina Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 299-304, 2008.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 161-171, jan./mar.2010.

VALENÇA, C. N.; NASCIMENTO FILHO, J. M.; GERMANO, R. M. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 273-285, jun. 2010.

VARELA, R.; SALEMA, E. B.; BARTIOTTI, C. B. Infarto agudo do miocárdio em mulheres. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 12, n. 110, jul. 2007. Disponível em:<<http://www.efdeportes.com/efde110/infarto-agudo-domiocardio-em-mulheres.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

VERAS, A. B.; NARDI, A. E. Como diagnosticar e tratar depressão na mulher. **Revista Brasileira de Medicina**, p. 154-163, 2008. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3854>. Acesso em: 10 jan. 2014.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, abr. 2009.

VIDAL, C. R. P. M. **Mulheres no climatério: desconhecimento, relacionamentos e estratégias**. 2009. 102 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

VILLELA, W. V. Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção de integralidade. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 48, p. 26-30, nov. 2009.

WISE, L. A. et al. Lifetime socioeconomic position in relation to onset of perimenopause. **Journal of Epidemiology & Community Health**, London, v. 56, n. 11, p. 851-860, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ZANOTELLI, S. dos S. **Vivências de mulheres acerca do climatério em uma unidade de saúde da família**. 2010. 73 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A Senhora está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada ***“Mulher climatérica e doença arterial coronariana: desvelando sentidos e significados”*** que será desenvolvida pela Profa. Dra. Marli Villela Mamede e Profa. Msc. Líscia Divana Carvalho Silva. Nesta pesquisa nós desejamos compreender o significado do climatério, da menopausa e da doença do coração para a senhora.

Para que o estudo seja realizado, inicialmente será necessário que a senhora me conceda uma entrevista individual, no ambulatório de cardiologia, sobre os sintomas do climatério nos últimos 12 meses (Primeira Fase). Será realizada a seguinte pergunta: Qual dos seguintes sintomas e em que medida a senhora diria que sentiu nos últimos 12 meses? Serão apresentadas algumas queixas (sintomas) que a senhora irá responder se apresentou ou não, e caso tenha apresentado, em que intensidade. Após essa primeira fase, as pesquisadoras farão a seleção das participantes para inclusão na segunda fase, ou seja, a senhora poderá participar de mais uma fase da pesquisa, se selecionada (Segunda Fase).

Para a segunda fase é necessário que a senhora me conceda uma entrevista grupal, que será realizada em duas sessões, com um tempo previsto de uma hora e meia a duas horas para cada sessão. As sessões serão realizadas numa sala reservada do ambulatório de cardiologia, garantindo sua privacidade, na qual eu farei algumas perguntas sobre o climatério e a doença no coração, os sintomas relacionados, suas experiências e vivências e o seu atendimento de saúde. Para facilitar a análise das informações, nessa segunda fase utilizaremos um gravador e asseguramos a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas pela senhora. As fitas das entrevistas permanecerão guardadas com a pesquisadora e, somente ela e sua orientadora terão acesso ao seu conteúdo, sendo o material armazenado em local seguro.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e a senhora tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento da pesquisa. A senhora não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo, a sua participação será muito importante para execução da pesquisa. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e, a qualquer momento, durante ou posteriormente a pesquisa, a senhora poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e ou sobre a pesquisa, o que pode ser feito através dos meios de contato explicados neste Termo.

A senhora não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar desta pesquisa. Ao participar desta pesquisa a senhora não terá nenhum benefício direto.

Entretanto, esperamos que este estudo venha gerar conhecimento para a compreensão do significado do climatério (menopausa) e da doença do coração para a senhora. A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. A senhora não terá nenhum risco a sua saúde, porém existe possibilidade de ocorrência de situação de risco mínimo de ordem emocional aos participantes da pesquisa, relacionados ao envolvimento que naturalmente acontece nos momentos das entrevistas, quando surgem sentimentos que podem estar relacionados às perguntas formuladas. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas. Sua contribuição poderá auxiliar outras mulheres em situação semelhante e trazer benefícios para a sociedade e a comunidade acadêmica.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido terá duas vias numeradas, uma via ficará com a senhora e a outra via ficará com o pesquisador, devendo constar a sua rubrica e a da pesquisadora em todas as páginas das duas vias. Em caso de dúvidas acerca da pesquisa, a senhora poderá entrar em contato com a pesquisadora, na Cidade Universitária da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), no prédio Paulo Freire, localizada na Avenida dos Portugueses, nº 1966, Bacanga- CEP: 65080805, situada no município de São Luís - MA ou através do celular (98) 89179804 (Prof.^a Msc. Lísia Divana Carvalho Silva) ou no e-mail liscia@elo.com.br, ou ainda no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), Rua Barão de Itapary, 227- Centro- São Luís - MA, CEP: 65020-070. Telefone (98) 21091250.

Eu, _____,
abaixo assinado, declaro que fui devidamente esclarecida sobre a pesquisa e concordo voluntariamente em participar da mesma.

Assinatura da Participante ou Responsável. (Primeira Fase)

Assinatura da Participante ou Responsável. (Segunda Fase)

Assinatura da Pesquisadora/Orientadora
Profa. Doutora Marli Villela Mamede. Docente da Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Tel.: (16)36023394 E-mail: mavima@eerp.usp.br

Assinatura da Pesquisadora/ Entrevistadora
Profa. Msc. Lísia Divana Carvalho Silva. Doutoranda da Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. [Cel.: \(98\) 89179804](tel:(98)89179804) E-mail: liscia@elo.com.br

São Luís, de 2013.

ANEXOS

ANEXO A- Menopause Rating Scale (MRS)

Qual dos seguintes sintomas e em que medida a senhora diria que sentiu nos últimos 12 meses?

QUEIXAS		INTENSIDADE										
		Nenhuma		Leves			Moderadas		Intensas		Muito intensas	
			0	0,1	0,2	0,3	0,4 0,5		0,6 0,7		0,8	0,9 1,0
1. Falta de ar, suores, calores	Fenômenos Vasomotores											
2. Mal estar do coração (batidas do coração diferentes, saltos nas batidas, batidas mais longas, pressão)	Queixas Cardíacas											
3. Problemas de sono (dificuldade em conciliar o sono, em dormir toda a noite e despertar-se cedo)	Insônia											
4. Estado de ânimo depressivo (sentir-se decaída, triste, a ponto das lágrimas, falta de vontade, trocas de humor)	Depressão											
5. Irritabilidade (sentir-se nervosa, tensa, agressiva)	Nervosismo											
6. Ansiedade (impaciência, pânico)	Angústia											
7. Esgotamento físico e mental (caída geral em seu desempenho, falta de concentração, falta de memória)	Menor Capacidade											
8. Problemas sexuais (falta no desejo sexual, na atividade e satisfação)	Sexualidade											
9. Problemas de bexiga (dificuldade de urinar, incontinência, desejo excessivo de urinar)	Queixas urinárias											
10. Ressecamento vaginal (sensação de ressecamento, ardência e problemas durante a relação sexual)	Queixas vaginais											
11. Problemas musculares e nas articulações (dores reumáticas e nas articulações)	Queixas zocomotoras											
Data:												
		Valor médio										

**ANEXO B - Parecer da Comissão de Iniciação Científica (COMIC) do Hospital
Universitário da Universidade Federal do Maranhão**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIRETORIA ADJUNTA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO COMISSÃO CIENTÍFICA - COMIC
---	---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO	Nº do Protocolo: 005482/2012-30 Data de Entrada no COMIC: 29/11/2012 Nº do Parecer: 11/2013 Parecer: APROVADO
NATUREZA DO PROJETO Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado (X) Serviço/HUUFMA () Outros ()	

I - Identificação:

Título: MULHER CLIMATÉRICA E DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA: DESVELANDO SENTIDOS E SIGNIFICADOS		
Pesquisador responsável: Marli Villela Mamede		
Identificação da Equipe Executora: LÍSCIA DIVANACARVALHO SILVA		
Unidade do HUUFMA onde será realizado: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA		
Sector de realização: Serviço de Cardiologia (Ambulatório)		
Cooperação estrangeira: Não	Multicêntrico: Não	Doutorado em Enfermagem EER UFMA(USP)

II – Objetivos

Objetivo Geral

- Compreender o significado da doença arterial coronariana na perspectiva das mulheres climatéricas.

Objetivos específicos

- Descrever a vivência das mulheres com o climatério e a doença arterial coronariana
- Compreender a relação que as mulheres fazem sobre o climatério e a doença arterial coronariana

III - Resumo do projeto: (Enfocando o tipo de pesquisa, objetivo, metodologia, cronograma, análise dos dados, financiamento e relevância).

O climatério e a menopausa não devem ser vistos como o final da vida ou da capacidade produtiva e sim como o fim do período de fecundidade. Segundo BRASIL (2008), o climatério é entendido como uma fase de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher e a menopausa como um marco dessa fase. Trata-se de uma pesquisa básica qualitativa que será realizada no Ambulatório Especializado de Cardiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). A coleta de dados será realizada durante o primeiro semestre do ano de 2013, onde o pesquisador utilizará a técnica de grupos focais. As mulheres selecionadas para o grupo focal serão contatadas por telefone e, em caso de aceite, será feito o agendamento para a entrevista e sessão grupal. Todas as entrevistas e sessões grupais serão registradas através de gravação em áudio e transcritas na íntegra, sendo preservado o caráter espontâneo das falas como a objetividade, fidelidade e produtividade. Serão incluídos no estudo as mulheres com idade de 45 a 65 anos completos, portadora de doença arterial coronariana, confirmada por exame de arteriografia coronária e que apresentarem capacidade cognitiva preservada. Serão excluídas da pesquisa, as mulheres que apresentarem déficits cognitivos aparentes, distúrbios na fala, submetidas à ooforectomia e usuárias de terapia de reposição hormonal. Os resultados serão tratados de acordo com a proposta metodológica. Os pesquisadores envolvidos no projeto comprometem-se a iniciar a coleta de dados apenas a partir da data de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A pesquisa não acarretará ônus para a Instituição e todo investimento será de responsabilidade do pesquisador.

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
 Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís - Maranhão
 Tel: (98) 2109-1250 E-mail: cep@huufma.br

**ANEXO B - Parecer da Comissão de Iniciação Científica (COMIC) do Hospital
Universitário da Universidade Federal do Maranhão (cont.)**

IV - Parecer Consubstanciado

- ☒ **X APROVADO**
- ☐ COM PENDÊNCIA (Em caso de pendência fazer a descrição)
- ☐ RETIRADO (Em caso de retirada descrever o motivo)
- ☐ NÃO APROVADO (Em caso de não aprovado descrever o motivo)

Obs: A avaliação de projetos posteriores estará condicionada à entrega do relatório final (cópia em CD) da pesquisa anterior sob a responsabilidade do investigador principal.

São Luís, 25 de janeiro de 2013

Profa. Dra. Arlene de Jesus Mendes Caldas
Coordenadora da COMIC

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto - USP (EERP-USP)

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 380
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 154/2013

Ribeirão Preto, 05 de junho de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 05 de junho de 2013.

Protocolo CAAE: 11288913.2.0000.5393

Projeto: Mulher climatérica e doença arterial coronariana: desvelando sentidos e significados.

Pesquisadores: Marli Villela Mamede
Líscia Divana Pacheco Carvalho

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Marli Villela Mamede

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**ANEXO D - Distribuição das 40 mulheres segundo valor do escore e média dos
sintomas climatéricos da MRS**

Sujeitos/ Índices	Fenôm. Vasom.	Queixas Cardíacas	Insônia	Depress./	Nervosiz/	Angústia	Menor Capacid.	Sexualid/	Queixas Urinárias	Queixas Vaginais	Dor	Pontuação Média/total
01	0,3	1	0	0	1	1	0,5	1	0	0	0,4	(5,7)0,47
02	0,7	1	0,2	0	0,8	0,5	1	0,7	0,7	0,5	1	(7,1)0,64
03	1	1	0,7	1	1	0,9	0,9	1	0	0	1	(8,5)0,77
04	0	0,5	0,9	0,2	0,1	0,9	0	0,5	0,8	0	0,9	(4,8)0,44
05	0,7	0,9	0	0,4	0,7	1	0,5	0,5	0,9	0,7	0	(6,3)0,57
06	0,6	0,7	0,3	0,3	0,6	0,1	0,7	0,6	0,2	0,4	0,8	(5,3)0,48
07	0,6	0,5	0,2	0,2	0,3	0,5	0,3	0,3	0	0	0,9	(3,8)0,34
08	0,3	0,2	0,3	0,2	0,6	0,6	0	0	0	0	0,6	(2,8)0,25
09	0,5	0,9	0,7	1	0,4	0,6	1	0,5	0,5	0	1	(7,1)0,64
10	1	0,9	0,6	0,9	0,9	1	0,6	0,5	0,8	0,2	0,3	(7,7)0,7
11	0,5	0,4	0,5	0,9	0,7	1	0,5	1	0	0,5	0,5	(6,5)0,59
12	0,9	0,9	0,5	0,7	0,5	0,7	1	0	0,3	0	1	(6,5)0,59
13	0,4	1	0,5	1	1	1	1	0	0,4	0	0,6	(6,9)0,63
14	0,5	0,5	0,4	1	0,3	1	0,3	0,5	0,4	0	0,9	(5,8)0,53
15	1	0,2	0,7	0	0,6	0,1	0,6	1	0	0,5	0,3	(5,0)0,45
16	0,7	0,7	0,6	0,8	0,9	1	0,6	0,5	0,8	0,2	0,3	(7,1)0,64
17	0,2	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0	0,4	0,2	(4,0)0,36
18	0,9	0,6	0	0,8	0,5	1	0,5	0,6	1	0,7	1	(7,6)0,69
19	0,9	0,3	0,5	0,5	0,2	0,7	0,5	0	0	0	0,9	(4,5)0,41
20	0	0	0	0	0,5	0,4	0,3	0	0	0	0,9	(2,1)0,19
21	0,5	0,7	0,3	0,2	0,2	0,1	0,3	0,4	0	0	1	(3,7)0,33
22	0,9	0,9	0,7	0,5	1	1	0,6	0,7	0	0,3	1	(7,6)0,69
23	0,9	1	0,8	0,5	0,8	0,7	0,8	0,9	0,7	0	1	(8,1)0,74
24	0,5	0,8	0,7	0	0,5	0,7	0,7	0,5	0	0	0,6	(5,0)0,45
25	0	0,3	0,9	0	0	0,5	0,9	0,5	0	0	0,6	(3,7)0,34
26	0,6	0,9	0,9	0,5	0,4	0,4	0,4	0	0	0	0,4	(4,5)0,41
27	1	0,2	0,9	0,7	0,1	0,2	0,8	1	1	0	0,9	(6,8)0,62
28	0,7	0,7	1	1	1	1	1	0,7	0,5	0,6	1	(9,2)0,84
29	0,9	0,5	1	1	1	1	1	0	0	0	1	(7,4)0,67
30	1	0,6	0,4	0,9	0,2	0,5	0,3	0,3	0	0	0,3	(4,5)0,41
31	0	0,5	0	0,4	0,5	0,5	0,6	0,3	0,3	0	0,9	(4,0)0,36
32	0,8	0,8	1	1	1	0,5	0,8	1	0	0,5	0,3	(7,7)0,7
33	0,5	0,7	0,5	0,5	0,5	0,5	0,8	0,6	0,6	0	0,4	(5,6) 51
34	0,3	0,2	0	0,6	0	0	0	0	0,2	0	0	(1,3)0,12
35	0,5	0,7	0,2	0	0,3	0,5	0	0,5	0	0	0	(2,7)0,24
36	0	0	0,2	0	0,3	0,3	0	0	0	0,1	0	(0,9)0,08
37	0,4	1	0,3	0,8	1	1	1	0	0	0	1	(6,5)0,59
38	0,6	0,4	0,7	0,9	1	1	1	0	0,3	0,2	0,5	(6,6)0,6
39	0,5	1	0,6	1	0,4	0,5	1	0,5	0,3	0	1	(6,8)0,62
40	0,5	1	0,5	1	0,8	0,9	0,9	1	0,9	0,9	1	(9,4)0,85
Pontuação Média/ Total	(22,8) 0,57	(25,6) 0,64	(19,7) 0,49	(21,9) 0,55	(23,1) 0,58	(26,2) 0,65	(24,1) 0,6	(18,5) 0,46	(11,6) 0,29	(6,7) 0,17	(0,66) 26,4	

ANEXO E - Distribuição da gravidade dos sintomas climatéricos nas três subescalas

Sintomas Somáticos		Sintomas Psicológicos	Sintomas Urogenitais
01	1,7 POCO SEVERO	2,5 MODERADO	1 POUCO SEVERO
02	2,9 MODERADO	2,3 MODERADO	1,9 POUCO SEVERO
03	3,7 SEVERO	3,8 SEVERO	1 POUCO SEVERO
04	2,3 MODERADO	1,2 POUCO SEVERO	1,3 POUCO SEVERO
05	1,6 POUCO SEVERO	2,6 MODERADO	2,1 MODERADO
06	2,4 MODERADO	1,7 POUCO SEVERO	1,2 POUCO SEVERO
07	2,2 MODERADO	1,3 POUCO SEVERO	0,3 NENHUM
08	1,4 POUCO SEVERO	1,4 POUCO SEVERO	0 NENHUM
09	3,1 SEVERO	3 SEVERO	1 POUCO SEVERO
10	2,8 MODERADO	3,4 SEVERO	1,5 POUCO SEVERO
11	1,9 POUCO SEVERO	3,1 SEVERO	1,5 POUCO SEVERO
12	3,3 SEVERO	2,9 MODERADO	0,3 NENHUM
13	2,5 MODERADO	4 MUITO SEVERO	0,4 NENHUM
14	2,3 MODERADO	2,6 MODERADO	0,9 NENHUM
15	2,2 MODERADO	1,3 POUCO SEVERO	1,5 POUCO SEVERO
16	2,3 MODERADO	3,3 SEVERO	1,5 POUCO SEVERO
17	1,4 POUCO SEVERO	1,8 POUCO SEVERO	0,8 NENHUM
18	2,5 MODERADO	2,8 MODERADO	2,3 MODERADO
19	2,6 MODERADO	1,9 POUCO SEVERO	0 NENHUM
20	0,9 NENHUM	1,2 POUCO SEVERO	0 NENHUM
21	2,5 MODERADO	0,8 NENHUM	0,4 NENHUM
22	3,5 SEVERO	3,1 SEVERO	1 POUCO SEVERO
23	3,7 SEVERO	2,8 MODERADO	1,6 POUCO SEVERO
24	2,6 MODERADO	1,9 POUCO SEVERO	0,5 NENHUM
25	1,8 POUCO SEVERO	1,4 POUCO SEVERO	0,5 NENHUM
26	2,8 MODERADO	1,7 POUCO SEVERO	0 NENHUM
27	3 SEVERO	1,8 POUCO SEVERO	2 MODERADO
28	3,4 SEVERO	4 MUITO SEVERO	1,8 POUCO SEVERO
29	3, 4 SEVERO	4 M MUITO SEVERO	0 NENHUM
30	2,3 MODERADO	1,9 POUCO SEVERO	0,3 NENHUM
31	1,4 POUCO SEVERO	2 MODERADO	0,6 NENHUM
32	2,9 MODERADO	3,3 SEVERO	1,5 POUCO SEVERO
33	2,1 MODERADO	2,3 MODERADO	1,2 POUCO SEVERO
34	0,5 NENHUM	0,6 NENHUM	0,2 NENHUM
35	1,4 POUCO SEVERO	0,8 NENHUM	0,5 NENHUM
36	0,2 NENHUM	0,6 NENHUM	0,1 NENHUM
37	2,7 MODERADO	3,8 SEVERO	0 NENHUM
38	2,2 MODERADO	3,9 SEVERO	0,5 NENHUM
39	3,1 SEVERO	2,9 MODERADO	0,8 NENHUM
40	3,0 SEVERO	3,6 SEVERO	2,8 MODERADO
Total:	Assintomático: 03 Leve: 08 Moderado: 19 Severo: 10	Assintomático: 04 Leves: 13 Moderado: 10 Severo: 13	Assintomático: 21 Leves: 15 Moderado: 4 Severo: 0