

Conjugalidade após infarto agudo do miocárdio*

Conjuality after acute myocardial infarction

Graziela Carolina Garbin Zamarchi¹
Ciomara Ribeiro Silva Benincá²

Resumo

As repercussões da ocorrência do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) se estendem à alta hospitalar ao articularem tratamento crônico e modificações no estilo de vida, podendo promover a mobilização da rede de suporte do paciente. O objetivo do estudo foi compreender as possíveis modificações e reverberações do IAM na trama conjugal. A pesquisa qualitativa descritiva utilizou questionário sociodemográfico e entrevista individual semiestruturada com oito sujeitos, sendo quatro pacientes internados com critérios definidos para IAM há no mínimo seis meses e os respectivos cônjuges. Os resultados, analisados pelo método fenomenológico, reverteram-se em três categorias que traduzem a experiência da conjugalidade permeada pelo IAM: 1) O papel do suporte marital (revisão dos papéis, dinâmica e estruturas das díades); 2) A dimensão da atividade sexual (impacto significativo e carência na abordagem da equipe); e 3) A importância dos rearranjos do estilo de vida (reverberação dos cuidados do tratamento no ajustamento conjugal). Concluiu-se que a rede de apoio do infartado deve ser urgentemente incluída nas intervenções e educação em saúde da equipe multiprofissional, dado o impacto do evento cardíaco na dinâmica conjugal e a necessidade de favorecer um melhor ajustamento psicossocial à doença.

Palavras-chave: infarto do miocárdio; educação em saúde; relações conjugais.

Abstract

The repercussions of the occurrence of Acute Myocardial Infarction (AMI) extend beyond hospital discharge articulating chronic treatment and changes in lifestyle, and may promote the mobilization of the patient's support network. The goal of the study was to understand the possible changes and reverberations of AMI in the conjugal plot. The descriptive qualitative research used a sociodemographic questionnaire and a semi-structured individual interview with eight people: four patients hospitalized with defined criteria for AMI for at least six months, and their respective spouses. The results, analyzed by the phenomenological method, were reverted in three categories that reflect the experience of conjuality permeated by the AMI: 1) The role of marital support (review of the roles, dynamics and structures of the dyads); 2) The dimension

¹ Universidade de Passo Fundo – Passo Fundo/RS – graelazamarchi@hotmail.com

² Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo/RS – ciomarabeninca@upf.br

* Agência de fomento: Ministério da Educação (MEC).

of sexual activity (significant impact and lack of approach to the team); and 3) The importance of lifestyle rearrangements (reverberation of treatment care in marital adjustment). We concluded that the support network of the heart attack patient must be urgently included in the interventions and health education of the multiprofessional team, given the impact of the cardiac event on the marital dynamics and the need to favor a better psychosocial adjustment to the disease.

Keywords: myocardial infarction; health education; conjugal relations.

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de morte no mundo e correspondem a aproximadamente 30% dos óbitos em âmbito brasileiro (Rocha, 2017). Em meio a elas, evidencia-se o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), refletindo em importante agravo à saúde (Baracioli, Arantes & Nicolau, 2015).

Como implicações consideráveis ao paciente, tem-se a redução da capacidade funcional, limitação na participação social, impacto na autonomia, comprometimento da qualidade de vida e redução da atividade sexual (Niehues, González & Vieira, 2016). Ainda que o IAM se qualifique enquanto uma ocorrência aguda que requer internação hospitalar, os reflexos perduram no domicílio, onde os integrantes da rede familiar também são influenciados na maneira de agir e viver (Garcia, Budó, Schwartz, Girardon-Perlini, Barbosa, Moreira, 2016).

Nesse sentido, é requerida uma atenção crônica e permanente posterior à resolução da fase aguda e crítica do evento, amparada nas vertentes medicamentosa e não medicamentosa. Quanto a esta última, a modificação do estilo de vida com enfoque nos hábitos alimentares e atividade física regular, é concebida como ponto-chave na terapêutica e na prevenção secundária (Vieira, da Silva Souza, Cavalcante, de Carvalho & de Almeida, 2017).

A reverberação psicossocial a partir das modificações exigidas é implacável e acaba por mobilizar vários suportes, sobretudo, aqueles provenientes da família. O cônjuge é um componente fundamental desta rede, podendo vivenciar a necessidade de adaptação às mudanças no estilo de vida e aos novos papéis desempenhados. Em conjunto, pode emergir dificuldades ligadas à fragilização da comunicação e distanciamento do parceiro na tentativa de proteger de preocupações. Ainda, inclui-se a falta de apoio emocional e instrumental, fadiga, falta de sono, reações emocionais distintas e estresse psicológico a partir da experiência de risco de vida do paciente, somadas ao isolamento social (Tulloch et al., 2020; Mroz, Bętkowska-Korpała, Gierowski, Kolpa & Janusz, 2017).

A conjugalidade, enquanto objeto deste estudo, pode ser compreendida como a constituição de realidades diferentes e complexas que interagem entre o casal na própria relação em si, e com o contexto socio-histórico, cultural e econômico em que estão inseridos, resultando na construção deste terceiro elemento (Porreca, 2019). Na vivência de enfermidade, fatores como a mudança de rotina e redistribuições de papéis sociais, podem intervir expressivamente na convivência do casal. Logo, o modo como se encontra configurado o processo de conjugalidade, a história prévia e a qualidade do relacionamento podem ser determinantes no enfrentamento da doença e das suas consequências (Schirmer, Miranda & Duarte, 2014).

Em trabalho de Vieira et al. (2017), constatou-se que um dos fatores associados ao tratamento não medicamentoso bem-sucedido após IAM é o suporte proveniente do núcleo familiar. Os autores destacam que durante o enfrentamento e recuperação do evento cardíaco a família se torna a mais importante rede de apoio social frente às modificações complexas. Sinalizam, ainda, a importância do suporte da esposa que passa a assumir o papel de realizar as mudanças alimentares e de cobrar do cônjuge o seguimento das orientações médicas.

Outro aspecto enredado no cenário conjugal do paciente infartado corresponde à manutenção da atividade sexual posterior ao evento. Mesmo com a notória relação entre

satisfação sexual e o binômio saúde e qualidade de vida, constantemente as manifestações da sexualidade humana são desconsideradas ou omitidas por médicos e profissionais da saúde. A atitude de omissão é, provavelmente, influenciada pela construção socio-histórica que permeia a temática constituída por tabus e preconceitos, como mitos relativos ao desempenho sexual posteriormente ao evento cardíaco (Niehues et al., 2016).

No mesmo sentido, há a preponderância de uma abordagem individual e biológica no cuidado em saúde. Subsiste a carência de uma compreensão ampla de saúde pelo profissional, pois desconsidera a prática sexual como fator relevante ao tratamento ou na qualidade de vida do sujeito. Há também fragilidades nos processos formativo, faltosos quanto à instrumentalização dos profissionais para realização do aconselhamento sexual (Evedove, Dellaroza, Carvalho & Loch, 2021; Firoozjaei, Taghadosi & Sadat, 2021).

Ainda sobre o prejuízo da performance sexual dos pacientes em tratamento das DCVs, Ribeiro (2020) diz caber aos profissionais que o atendem o aconselhamento sobre condutas que auxiliem na redução do esforço físico na atividade sexual na prevenção de episódios de angina e IAM. Neste contexto, salienta o papel do farmacêutico na discussão com a equipe médica acerca da viabilidade de substituição da farmacoterapia corrente por medicamentos de outras classes, dada a possibilidade de interveniência na disfunção erétil. No âmbito da enfermagem, Martini e Sia (2019) também atentam às possíveis implicações na vida sexual e a sequente necessidade de orientação do enfermeiro a respeito da retomada desta atividade.

Já na área da fisioterapia, Karsten (2018) indica a importância da estruturação de programas de orientação multiprofissional e interdisciplinar com abordagem em múltiplos focos, dentre eles, o da sexualidade. Ao psicólogo, cabe o atendimento justificado na necessidade de reconhecer os sentimentos gerados, identificar e desmistificar fantasias, e compreender os significados que o paciente atribuiu, com vistas a elaboração da possível vivência de perda da função sexual. Também, conforme as autoras em seu estudo desenvolvido com psicólogos hospitalares de distintas abordagens teóricas, é indicada a orientação psicoeducacional frente os mecanismos do pensamento e conduta que prejudicam a saúde mental e a manutenção da qualidade de vida do paciente (Knebel & Marin, 2018).

Nessa ótica, Garcia et al. (2016) reiteram a necessidade da realização de estudos vinculados às perspectivas de cuidado estabelecidas na família frente ao IAM, com o intuito de amparar o cotidiano de trabalho com famílias, visto a busca crescente de inserção deste grupo nos serviços de saúde e nas políticas públicas. Com a mesma intenção, o presente trabalho investiga as possíveis modificações e reverberações do IAM na trama conjugal buscando compreender as conjunturas implicadas e possíveis impactos gerados nos diversos componentes da dinâmica conjugal, como afetividade, convivência, atividade sexual, comunicação e autonomia. Ainda, objetiva apreender fatores intervenientes e recursos encontrados pelos casais no decurso do adoecimento, de modo a favorecer o enfrentamento e a subsidiar na manutenção do vínculo e da relação.

Método

O estudo seguiu a proposta metodológica qualitativa descritiva, pois busca especificar as características e o fenômeno submetido à análise (Sampieri, Collado & Lucio, 2013). A pesquisa foi desenvolvida em hospital de referência macrorregional no norte do Rio Grande do Sul para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Participaram da pesquisa quatro pacientes do sexo masculino e suas esposas ou companheiras, localizados através do prontuário eletrônico conforme critérios diagnósticos definidos para IAM há no mínimo seis meses. Os casais escolhidos intencionalmente também atenderam ao critério de ter uma relação marital estável anterior ao evento cardíaco do paciente.

Além disso, tanto o paciente quanto o cônjuge deveriam apresentar aparente condição de se comunicar verbalmente, compreender as instruções e responder as perguntas.

Vale ressaltar que, o critério de pelo menos seis meses transcorridos após o IAM se justifica no fato de que, em meio ano, possivelmente paciente e família tenham retomado a rotina e realizado adaptações frente à condição vivida, viabilizando a compreensão dos impactos sequentes ao adoecimento. Já a preferência por pacientes do sexo masculino considera a prevalência do IAM na população brasileira, que apresenta taxas mais elevadas nos homens em comparação com as mulheres (Troncoso, Oliveira, Leporaes, Eira & Pinheiro, 2018).

A partir da identificação dos possíveis participantes, realizou-se o convite à beira leito aos pacientes de forma individual e privativa, e, aos cônjuges, em sala das dependências do hospital reservada para esta finalidade. Diante da concordância na participação, foi combinado um horário para a realização da entrevista no mesmo espaço com um tempo médio de quarenta minutos de duração, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta pesquisa respeita as normativas das pesquisas com seres humanos. sob o CAAE 30625620.5.0000.5342, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo/RS, sob parecer número 4.050.856.

A coleta de dados no período de junho a setembro de 2020 foi realizada mediante aplicação de questionário e roteiro de entrevista semiestruturada. O questionário elaborado exclusivamente para o estudo teve por finalidade a obtenção de dados que propiciassem a caracterização dos participantes como idade, situação laboral, escolaridade, tempo da união do casal, filhos, histórico do adoecimento cardíaco e organização familiar. Tais informações foram tabuladas e descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - *Características Sociodemográficas dos Casais Participantes*

Casal	Paciente – idade/ profissão/escolaridade	Cônjuge – idade/ profissão/escolaridade	Tempo união estável	Filhos do casal	Tempo IAM
1	62 anos/Auxílio-doença/ Ensino. Fundamental	70 anos/Aposentada/ Ens. Fund.	30 anos	2	3 anos
2	60 anos/Comerciante/ Ens. Fund.	55 anos/Comerciante/ Ens. Fund.	15 anos	2	6 meses
3	46 anos/Auxílio-doença/ Ens. Fund.	42 anos/Atendente de Creche/Ens. Superior. Incompleto	24 anos	2	1 ano e 6 meses
4	60 anos/Agricultor (Afastado desde IAM)/ Ens. Fund. Inc.	70 anos/Aposentada/ Ens. Fund. Inc.	30 anos	1	8 meses

Como se pode observar, a idade dos pacientes variou entre 46 e 62 anos (M= 57); dos cônjuges, entre 42 e 70 anos (M= 59). A escolaridade se apresentou predominantemente entre Ensino Fundamental Completo (5) e Incompleto (2) e Ensino Superior Incompleto (1). Quanto à profissão, havia aposentados (3), beneficiários do auxílio-doença (2), atendente de creche (1) e comerciantes (2). Sobre o tempo de união marital, obtiveram-se períodos entre 15 e 30 anos.

A entrevista semiestruturada teve tópicos norteadores sobre temáticas vinculadas à relação conjugal e ao evento cardíaco: experiência de adoecimento, rotina após infarto, componentes da dinâmica conjugal, como afetividade, convivência, atividade sexual, comunicação e autonomia. As entrevistas foram gravadas digitalmente e posteriormente transcritas com a devida preservação do sigilo e do anonimato, bem como da autenticidade da fala, com excertos aqui reproduzidos entre aspas.

As entrevistas foram analisadas qualitativamente pelo método fenomenológico. Este é um recurso apropriado para pesquisar o mundo vivido do sujeito, focalizando descritivamente o significado da sua experiência em uma dada situação. Convém assinalar que a entrevista é um importante recurso neste método de trabalho ao possibilitar acesso à essência da realidade estudada e a percepção de como os sujeitos experienciam certa condição comum a eles. Para tal, são apontados três elementos fundamentais: a redução fenomenológica, traduzida na reflexão sobre os preconceitos existentes no pesquisador; a intersubjetividade, ou seja, a relação instaurada entre sujeito-pesquisador a fim da compreensão do fenômeno; o retorno ao vivido, no qual o pesquisado retoma sua história (Andrade & Holanda, 2010).

Já para a análise do fenômeno posto, Bastos (2017) propõe quatro momentos: transcrição e leitura das entrevistas, formando um sentido para o conjunto das afirmações. Após, a nova leitura das entrevistas, evidenciando as Unidades de Significado. Na sequência, o procedimento de reflexão para elaborar categorias pela redução sintética. Por último, a análise e interpretação da síntese de todas as unidades de significado, dadas pela produção entre o ponto de vista do pesquisador e o da literatura, repercutindo na constituição da estrutura do fenômeno.

Resultados

Os relatos analisados fenomenologicamente deram origem às seguintes categorias: A- O papel do suporte marital; B- A dimensão da atividade sexual; e C- A importância dos (re) arranjos do estilo de vida após o IAM. Elas estão delimitadas nas tabelas numeradas de dois a quatro, ilustradas por excertos de fala dos participantes com a finalidade de representar a espontaneidade dos depoimentos em seus próprios termos identificados como paciente e cônjuge e identificadas por números conforme as quatro díades conjugais. Da mesma forma, a interpretação de cada categoria de análise também ocorre em dois sentidos: na vertical permite a comparação entre indivíduos na mesma condição existencial, a saber, paciente ou cônjuge; na horizontal resgata a interação da díade que se converte na comparação com outros casais que também experienciam uma conjugalidade permeada pelo IAM.

Categoria A – O Papel do Suporte Marital

Esta categoria trata das percepções sobre o suporte marital no enfrentamento do infarto e das mudanças suscitadas pelo adoecimento. O suporte relacionado às práticas de cuidado desenvolvidas pelos cônjuges no decurso na fase de recuperação foi salientado pela totalidade dos pacientes como o principal fator de auxílio.

O suporte da rede familiar extensa no enfrentamento do adoecimento foi percebido por um casal, nomeado através da compreensão e apoio recebidos e sequente minimização do sofrimento gerado. Na mesma linha, destacaram a importância dos vínculos familiares fortalecidos, da convivência e do auxílio da rede nos cuidados. Assinalaram que o processo de aceitação da Doença Arterial Coronariana (DAC) necessitou ocorrer por toda rede familiar, perpassando o paciente. A Tabela 2 apresenta os relatos que caracterizam essa categoria.

Tabela 2 - O Papel do Suporte Marital

	Paciente	Cônjuge	Interpretação
1	“Até fornecer o medicamento é ela que faz. Da minha parte eu vou deixando.”	“A comida dava até na colher. Quando precisava, eu pegava os remédios na farmácia e deixava tudo em ordem para que ele não se preocupasse quase com nada.”	Dependência assumida pelo paciente e validada pelo cônjuge que responsabiliza-se integralmente pelos cuidados e tratamento.

	Paciente	Cônjuge	Interpretação
2	“Ela me ajuda em tudo! Se eu preciso ir ao médico, ela está sempre me acompanhando, me ajuda no trabalho.”	“Essa responsabilidade de levar para o médico, alimentação e brigar para não comer, não forcejar. Se ele não puder trabalhar, eu trabalho. O que está ao meu alcance, eu faço!”	Dependência do paciente e monitoramento do cônjuge que assume a manutenção do tratamento e a responsabilidade com a preservação da atividade econômica do casal.
3	“Ela me apoia muito. Se eu fizer esforço ela me repreende. Quando fico com dor e reclamo, ela pergunta se tomei os remédios. Ela me apoia bastante!”	“Escutar, incentivar! Eu fico preocupada se ele tem dor, peço para o meu filho ter mais paciência com ele.”	Apoio e acompanhamento sobre os cuidados e tratamento assumido pelo cônjuge que também reorganiza as relações familiares para propiciar um ambiente acolhedor e tolerante com as dificuldades decorrentes do adoecimento.
4	“Ela é meu braço direito! Ela me ajuda da melhor forma possível, tudo em meu benefício, sempre conversando para me deixar mais tranquilo. Até hoje ela sempre me fala que é assim, de tal jeito que eu tenho que fazer.”	“Todos os cuidados eu faço. Fico sempre alerta com ele, que é muito dependente de mim. Muitas vezes tomo à frente! Ele quer varrer, eu digo não, deixa comigo. A relação melhorou bastante, porque conversei com ele. Ele trabalhava; agora eu não deixo. Tenho que estar de olho. Às vezes ele se porta como uma criança e eu digo não é assim!”	Infantilização do paciente e autoritarismo do cônjuge com o estabelecimento de medidas superprotetoras, de cuidado e imposição de restrições que incentivam a percepção de incapacidade do infartado.

Como se pode observar, todos os participantes enfatizaram a importância e a exacerbação do cuidado com a saúde e o tratamento após o evento, assim como todas as esposas se colocam no papel de controle e acompanhamento das atividades cotidianas na prevenção e terapêutica da DAC. Os pacientes no geral também reconhecem e aceitam a importância do suporte marital mediante a condição de dependência e a necessidade de reorganizar a vida para dar conta dos cuidados decorrentes do evento cardíaco. Porém, dentre todas as díades aqui representadas, o casal 4 traz de forma mais contundente a revisão de papéis que reverbera na dinâmica conjugal que se caracteriza, entre outros aspectos, pelo controle da esposa sobre o paciente que se reconhece na condição de incapaz para o autocuidado e impotente na manutenção da própria identidade após o IAM.

Categoria B – A Dimensão da Atividade Sexual

Esta categoria diz respeito às percepções dos entrevistados sobre a importância da atividade sexual na manutenção da relação conjugal após o IAM. Nesse sentido, a totalidade dos pacientes e cônjuges dimensionaram como significativo o impacto do evento cardíaco na prática da atividade sexual. Foram relatados sinais como diminuição na frequência, menor energia, impotência, ejaculação precoce, insegurança e medo frente às restrições de esforços físicos, como retratado na Tabela 3.

Tabela 3 - *A Dimensão da Atividade Sexual*

	Paciente	Cônjuge	Interpretação
1	“É, isso muda, mas não que atinja a convivência. Um compreende o outro. Diminuí não sei por quê. Até agora não entrei, assim, para me conscientizar (...) quando internei ninguém falou sobre isso, talvez fosse bom porque daí já estaria mais consciente.”	“Mudou bastante! Ele ficou com menos energia, mas eu entendo porque ele me entende também.”	Distanciamento do casal e minimização do impacto gerado na convivência e na dinâmica conjugal, com a compreensão das limitações e dificuldades como estratégia de enfrentamento.

Paciente	Cônjuge	Interpretação
2 “Atrapalhava um pouco porque a gente fica um pouco mais para trás do que era. A cabeça ficou um pouquinho mais lenta, porque a parte sexual, tudo vai da mente da pessoa. (...) Não, nenhum profissional falou, às vezes é importante, tudo ajuda.”	“Rotina sexual muito reduzida. Frustra bastante! Ele se questiona bastante sobre isso. Não sei se é para todos os infartados ou de cada idade. Quando ele teve o primeiro IAM, não afetou porque era mais novo; mas agora, tudo vem junto e misturado.”	Diferenciação no dimensionamento do impacto da diminuição da atividade sexual na vida conjugal, sendo minimizado pelo paciente e valorizado pela esposa que manifesta significativa insatisfação.
3 “Quanto a isso, normal. Temos cuidados quanto aos esforços. Diminui um pouco na frequência. (...) Não tive orientação profissional, de repente estamos fazendo alguma coisa errada.”	“Ficou mais dependente de mim, mais carinhoso. Nunca mais foi como era. Acho que é a medicação. Para ele, como homem, é frustrante. Para mim, entre aspas, está bom. Não vou cobrar, mas se ele tivesse uma conversa com um profissional, seria importante, ainda quando infartou, porque ninguém falou dessa dificuldade.”	Tentativa de negação ou minimização dos impactos do problema sexual na dinâmica conjugal, denotando dificuldade de aceitação do problema e fragilidade da comunicação conjugal referente à necessidade de ajuda especializada.
4 “Mudou, não consigo mais ter uma relação. Pensei em procurar um médico; quando fiquei doente, ele (médico) não falou, e é um problema. Estamos como bons amigos. É diferente, porque vai passando a vida e vai mudando tudo e a gente fica com aquilo na cabeça: o que está acontecendo comigo?”	“Devido à medicação ele fica preocupado. Eu disse para ele que isso é assim mesmo, que não se incomode porque eu estou muito bem e não faço questão. Não me faz problema nenhum.”	Reconhecimento das consequências da DAC na atividade sexual do casal, remodelando unilateralmente a conjugalidade para uma convivência fraternal de companheirismo e amizade, que embora frustre as expectativas do paciente, ajusta-se às necessidades da esposa.

Os pacientes, na sua integralidade, parecem não considerar a mudança da prática sexual um aspecto importante a ser considerado na dinâmica conjugal. Nenhum dos maridos demonstrou preocupação com a expectativa da esposa ou com sua eventual insatisfação diante da nova realidade imposta. Elas, entretanto, embora aleguem compreender a diminuição da libido e da frequência do ato sexual como decorrentes do adoecimento cardíaco do paciente, não necessariamente aceitam, mas se conformam e se ajustam à situação. Duas delas, embora cientes das consequências do IAM, relatam frustração e insatisfação diante da atual realidade.

Os casais, por seu turno, relacionaram a diminuição da frequência das relações e o rebaixamento da libido dos pacientes às modificações decorrentes da enfermidade, aos efeitos da medicação e às mudanças fisiológicas resultantes do processo natural de envelhecimento, à influência dos aspectos psicológicos e ao impacto emocional da doença cardíaca. Cabe ressaltar, porém, que mesmo admitindo as mudanças nessa área em direção à redução na frequência da relação sexual após a DAC, não há indícios sobre providências a serem tomadas pois nem todos os entrevistados dimensionam a sexualidade como um aspecto importante na dinâmica conjugal e a redução na atividade como um problema a ser enfrentado e resolvido pelo casal.

Os participantes relataram as estratégias que os auxiliaram no enfrentamento dos impactos vivenciados, sendo o diálogo e a compreensão os mais valorizados para dar conta das diferentes expectativas sobre a relação sexual do casal. Em sua integralidade, referiram não ter recebido nenhuma orientação profissional durante o período da hospitalização pelo IAM ou em caráter ambulatorial. Foi apontada por um cônjuge a devida abertura do diálogo do profissional como um possível facilitador para o casal acerca do assunto.

Da ótica dos casais, embora todos admitam que a atividade sexual é importante na preservação do casamento, as estratégias de enfrentamento do problema da diminuição da frequência e da libido do marido após o IAM diferem entre si. Enquanto as díades 1 e 4 referem que o diálogo e a compreensão são potencialidades estratégicas para administrar as mudanças conjugais decorrentes da doença cardíaca, as demais retratam percepções discordantes e dificuldades comunicacionais que se refletem em evitar o assunto e na decorrente negação do impacto da dificuldade sexual na dinâmica conjugal. Ressalta-se, contudo, que em maior ou menor grau todas as díades apresentaram sinais relacionais onde subsistem fragilidades que se traduzem em minimização das consequências dos problemas sexuais, escassez de estratégias efetivas de enfrentamento do problema e prejuízo na comunicação quando envolve essa temática.

Categoria C - A Importância dos Rearranjos do Estilo de Vida

Esta categoria trata do ajustamento dos hábitos e costumes ao nível individual, conjugal e familiar diante das necessidades impostas pela DAC e o respectivo tratamento, bem como das consequências dos mesmos na autoimagem dos pacientes e cônjuges enquanto díade conjugal.

De acordo com a percepção dos infartados e cônjuges, não se pode negar o impacto do adoecimento no estilo de vida em seu período dito crônico, enfatizando comportamentos vinculados aos esforços físicos, atividades laborais, mudanças de hábitos de vida, forma de pensar a vida, vínculos e ajustamento conjugal, bem como nas formas de enfrentamento implicadas nos aspectos mencionados.

Tabela 4 - *A Importância dos Rearranjos do Estilo de Vida*

	Paciente	Cônjuge	Interpretação
1	“Já não tem mais a mesma linha de vida. A maneira como se sente frágil porque não consigo fazer o que fazia. Antes trabalhava, fazia qualquer atividade; agora caminho pouco e vem um sufoco.”	“A vida conjugal é muito importante! Muitos casais, quando acontece algum problema de saúde, se afastam. Entre nós uniu mais; nos reinventamos a cada dia em todos os sentidos.”	Enquanto para o cônjuge é marcado o impacto das mudanças especialmente pelas limitações impostas, para a companheira permanece uma visão de resignificação e ajustamento conjugal, denotando enfoques distintos para cada membro da díade.
2	“É ruim, mas tem que aceitar. Não fiquei muito contente, não esperava. Não mudou muito, fiquei normal, caminhava, trabalhava sem forcejar, mas ainda forcejava um pouco. Fico contente pois não fiquei sem poder caminhar, pior seria ficar dependendo de outro.”	“Ele era à mil! Serviço, não tinha quem batesse. Hoje ele não dá muita bola, diz para deixar para depois.”	Identifica-se a dificuldade na elaboração do adoecimento, das limitações e dos cuidados advindos do outro, sobressaindo o sentido do trabalho para o sujeito em questão.

Paciente	Cônjuge	Interpretação
<p>3 “Antes era mais ativo, podia caminhar, sair, trabalhar. Agora tenho medo de fazer esforço e acontecer algo. Depois do infarto parei de fumar, de beber, de trabalhar. O importante entre o casal é o apoio e continuar a mesma coisa. Algo sempre muda, mas tem que ser compreendido nas situações do dia a dia, porque não vou mais poder fazer aquilo que fazia.”</p>	<p>“Vendo o problema dele fiquei preocupada comigo. Éramos sedentários e comíamos muito. Agora começamos a caminhar. Não deveria mudar muita coisa, deveria ser como antes, mas trabalhar a cabeça de um infartado é complicado. Para eles nada será como antes! Vejo-me ansiosa, sempre esperando o pior. A parte da morte é complicado! O maior impacto é na vida sexual e na convivência, nós saíamos e já não vamos.”</p>	<p>Nota-se que para o casal é difícil assimilar e incluir as mudanças inerentes e as consequências crônicas geradas pelo evento como um novo padrão. Impera a importância da inclusão da família na mudança de hábitos. O infarto ainda reverberou na convivência e vida social do casal, bem como, no medo da morte iminente.</p>
<p>4 “Gostava de trabalhar. Não posso forcejar, fiquei mais parado. Tenho que ficar em casa e não sou disso. Vou fazer uma coisa e a esposa diz que não pode fazer isso ou aquilo. Vai mudando a característica da pessoa, vai mudando tudo. Nós saíamos... não vamos mais.”</p>	<p>“No domingo a gente comia um churrasco, tomava uma cerveja, agora isso terminou! (...) Mudou a alimentação, as atividades dele em casa, o lazer com as pessoas de fora.”</p>	<p>O evento cardíaco culminou na perda da identidade diante das modificações, em especial das atividades que exigem esforço. Nota-se a limitação para vida de intensas relações, havendo distanciamento de pessoas que fornecem apoio social.</p>

Observa-se o impacto sobretudo pelas limitações físicas para os pacientes, e a dificuldade na elaboração e inserção efetiva dos cuidados agora necessários no estilo de vida da díade, por meio da busca de objeção e rejeição com estas, existindo o desejo de conservação do estilo de vida prévio ao evento cardíaco.

Discussão

O risco cardiovascular no âmbito das características individuais se relaciona às condições de existência enquanto articulação entre as formas de ser, estar e pensar, que são indissociáveis do grupo social de pertença, remetendo ao modo pelo qual o indivíduo vivencia o mundo e, conseqüentemente, se comporta e realiza escolhas (Marques, Mendes e Serra, 2017).

Assim, entende-se que o processo de doença se estende a toda estrutura familiar, ao mesmo tempo em que o paciente se beneficia do suporte da família em relação à manutenção da saúde, tendo a díade conjugal como o principal sistema de apoio (Hutz, Bandeira, Trentini & Remor, 2019). Para tanto, as estratégias terapêuticas devem levar em conta a compreensão e a aceitação de que o tratamento do IAM é crônico, contínuo e à longo prazo (Vieira et al., 2017).

No estudo, os cuidados dos cônjuges aos infartados foram destacados como o principal fator de auxílio no enfrentamento do adoecimento. Preponderantemente, estes cuidados se revelaram de característica assistencial, englobando o fornecimento da terapia medicamentosa e de alimentação adequada, repreensão frente aos esforços físicos contraindicados, busca por atendimento médico e auxílio nas atividades laborais. Nesse mesmo sentido, na pesquisa de Vieira et al. (2017) também foi identificado o suporte positivo do núcleo familiar no contexto do infarto, sobretudo o proveniente da esposa, manifestado em cuidados assistenciais.

Na mesma linha, Garcia et al. (2016) sinalizam que a partir do IAM e dos cuidados decorrentes, as funções e tarefas desempenhadas pelos integrantes do domicílio podem ser afetadas e revistas. Isto indica que a dinâmica familiar e, principalmente, a conjugal, tem suas estruturas mobilizadas a partir do evento. Tais resultados se assemelham aos obtidos neste

estudo, no qual identificou-se que, como resultado da mobilização intensa dos cuidados para com o adoecido, a dinâmica da relação foi modificada, sobretudo nos aspectos de autonomia dos membros e na redistribuição dos papéis sociais desempenhados.

Em se tratando especificamente dos cônjuges, como modo de efetivar o cuidado, observaram-se tentativas de controle do comportamento do paciente, através de práticas autoritárias e infantilizadoras por parte das esposas. Deve-se destacar que o valor das práticas de cuidado deve estar pautado na manutenção do equilíbrio familiar no qual paciente e a família ponderem as ações, evitando a imposição de papéis hierarquizados artificialmente.

Por outro lado, a resistência do infartado aos cuidados necessários e a busca dos familiares em atender todas as necessidades como forma de superprotegê-lo, pode culminar em ações e atitudes controladoras que desestimulam a autonomia do paciente no enfrentamento da doença. Isso posto, vale salientar que na contraposição entre as necessidades do doente e da família, o risco da exacerbação do cuidado representa a descaracterização da pessoa como um ser adulto e um ataque à sua autonomia por meio de práticas autoritárias e infantilizadoras de cuidado, exercidas de modo mais ou menos intencional por familiares aflitos e engajados na proteção da saúde do paciente (Garcia et al., 2016).

No que diz respeito à atividade sexual do casal, todos os participantes sinalizaram o impacto significativo do IAM, revertendo em mudanças importantes na dinâmica conjugal. Os dados apresentados na pesquisa estão em consonância com o estudo internacional de Firoozjaei, Taghadosi e Sadat (2021), no qual os escores de qualidade de vida sexual entre os participantes com IAM não foram favoráveis, assim como os impactos negativos na díade conjugal.

Em acréscimo, a dificuldade do casal em abordar o problema, que foi um elemento comum neste estudo, tende a ser um fator dificultador, retardando ou impossibilitando a busca de ajuda especializada. Quando a comunicação é adequada, favorece a dinâmica da conjugalidade e o enfrentamento das mudanças frente ao adoecimento e tratamento. Todavia, quando há lacunas na comunicação, a relação entre os sujeitos fica deficitária, instaura-se uma falta de expressão e de compartilhamento dos sentimentos e emoções (Schirmer et al., 2014).

Ainda sobre as modificações na intimidade do casal em decorrência da DAC, neste estudo observou-se que, mesmo que as esposas se mostrem compreensivas e dispostas a aceitar uma nova realidade imposta pelo adoecimento, todos os informantes, inclusive os próprios pacientes, demonstraram algum grau de frustração ou descontento na área sexual. Além disso, também surpreendeu que a aceitação imediata da nova condição percebida como decorrente tanto da doença cardíaca quanto do envelhecimento normal seja a estratégia mais comum adotada pelos casais em contraposição à possibilidade de buscar ajuda profissional especializada como alternativa decorrente do diálogo entre o paciente e a esposa.

A atitude de negação ou evitação do assunto que envolve a performance sexual do homem adoecido pode, com efeito, relacionar-se à omissão dos profissionais da saúde que não parecem estar cumprindo o seu papel psicoeducativo e terapêutico. Nos depoimentos analisados, pacientes e cônjuges referem que a temática não recebeu ênfase pelos profissionais quanto à possibilidade da DAC interferir como um fator complicador na atividade sexual.

A esse respeito, Niehues et al. (2016) indicam a carência na abordagem da equipe multiprofissional quanto à manutenção da atividade sexual após eventos cardíacos. Dados semelhantes são encontrados por Firoozjaei, Taghadosi e Sadat (2021), reforçando a falta de conhecimento sexual do sujeito infartado e a negligência nas abordagens profissionais.

Deve-se considerar, ainda, que além do aspecto da sexualidade, o adoecimento cardíaco compreende modificações na rotina familiar, nas relações estabelecidas, nos papéis desempenhados e no estilo de vida. A alteração nas formas de viver e se relacionar com o mundo vivenciadas no âmbito da família e da sociedade implicam, inevitavelmente, em rearranjos do

estilo de vida. Nos depoimentos retratados, tanto os pacientes infartados quanto os cônjuges indicaram mudanças do status social e, em casos extremos, na condição econômica decorrentes das implicações da DAC. Dentre essas, a impossibilidade do exercício das funções laborais, mesmo que em caráter temporário, tende a reverberar na família como um todo na medida em que o indivíduo infartado pode necessitar em maior ou menor escala do auxílio da rede familiar e social para manter ao sustento financeiro e os gastos com o tratamento, o que incrementa ainda mais o sentimento de impotência e fracasso pessoal (Biasi & dos Santos Thomé, 2018).

Para além dos impactos das limitações no paciente, os participantes também enfatizaram as repercussões no estilo de vida da díade, havendo modificações na convivência e na forma com que se constituem as atividades da vida diária, em alinhamento com as limitações do infartado. O estilo de vida correlacionado à forma de pensar a vida, que se expressa através do medo da morte iminente sequente ao infarto foi apontado como impacto.

Nesse contexto, a limitação do esforço físico tem repercutido significativamente no estilo de vida dos casais, ao modificar hábitos e costumes pelos quais a díade se relaciona e se reconhece, obrigando à revisão de papéis e expectativas sobre a relação conjugal. Para Kreuz e Franco (2017), o adoecimento, seja ele grave ou crônico, inevitavelmente vai envolver a perda do status do ser saudável, instaurando no sujeito o processo de luto envolvendo a vivência de perdas sucessivas e significativas.

Em contrapartida às reações decorrentes das mudanças nas rotinas e nos papéis estabelecidos na dinâmica conjugal, se observou nos depoimentos uma tentativa de resgate e redimensionamento dos vínculos e do ajustamento a um novo modelo relacional após o IAM. Para as díades, o adoecimento parece ter contribuído no fortalecimento dos laços de união entre cônjuges, relacionando este movimento à compreensão e empatia entre ambos diante das restrições impostas pela DAC, bem como à resignificação do trauma vivido. Depreende-se, então, que a dinâmica conjugal, a história compartilhada e a qualidade da relação do casal interferem significativamente na maneira como os sujeitos irão se posicionar frente a uma nova realidade que se apresenta no casamento e que, além das limitações e perdas impostas, pode fortalecer e resignificar os laços amorosos estabelecidos numa trajetória compartilhada (Schirmer et al., 2014).

Conclusão

O presente trabalho investigou as transformações e o impacto na dinâmica marital a partir do adoecimento por IAM. Ainda que o suporte marital expresso pelas práticas de cuidado, notadamente com característica assistencial tenha sido nomeado como o principal fator de auxílio no enfrentamento, a dinâmica dos casais, a disposição dos papéis e as estruturas da díade foram revistas e mobilizadas. Somado a isso, o impacto manifesto na atividade sexual dos casais foi interligado à minimização das consequências, comunicação prejudicada e estratégias escassas de enfrentamento. Já com relação ao tratamento crônico, pode-se observar impasses quanto à elaboração e inserção efetiva dos cuidados, sobressaindo o desejo de conservação do estilo de vida prévio. Conjuntamente, os resultados assinalam que as modificações de hábitos de vida ulteriores e limitações impostas pelo adoecimento reverberam no ajustamento conjugal, culminando em mudanças nos modelos relacionais estabelecidos.

Mesmo enfocando um número reduzido de participantes, como é o estudo qualitativo que pode não contemplar a realidade de todos os infartados e cônjuges, este trabalho pôs em evidência a carência relevante na abordagem da equipe multiprofissional a respeito da manutenção da atividade sexual após o infarto. Quando realizadas, estas práticas de cuidado comumente são direcionadas tão só ao paciente, suprimindo o olhar sistêmico do paciente em seu contexto biopsicossocial e relegando a díade como importante na adaptação do infartado.

Considera-se que os resultados do estudo oferecem subsídios para que os profissionais da saúde contemplem a inclusão da rede de apoio na educação em saúde e fomentem a comunicação acerca do tema. Ao profissional psicólogo, perdura a importância da integração do cônjuge nas intervenções psicológicas, visto o impacto na dinâmica conjugal. Isto pode propiciar um melhor ajustamento psicossocial à doença, com implicações diretas na qualidade de vida, na promoção de saúde, prevenção de agravos e na adesão terapêutica do infartado.

Referências Bibliográficas

- Andrade, C. C., & Holanda, A. F. (2010). Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27 (2), 259-268. Recuperado em 13 de julho, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000200013>
- Baracioli, L. M., Arantes, F. B. B. & Nicolau, J. C. (2015). Diagnóstico e tratamento das síndromes coronárias agudas sem supradesnivelamento do segmento ST. In: C. C. Magalhães, C. V. Serrano Jr, F. M. Consolim-Colombo, F. Nobre, F. A. H. Fonseca, J. F. M. Ferreira (Eds.). *Tratado de Cardiologia Socesp* (PP. 563-578). São Paulo: Manole.
- Bastos, C. C. B. C. (2017). Pesquisa qualitativa de base fenomenológica e a análise da Estrutura do fenômeno situado: algumas contribuições. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(9), 442-451. Recuperado em 13 de julho, 2020, de <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/156/93>
- Biasi, E. Y., & dos Santos Thomé, G. (2018). Limitações físico-laborais e sofrimento psíquico: o atendimento psicológico a sujeitos que vivenciam a incapacidade laboral. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 39(2), 117-128. Recuperado em 10 de setembro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0383.2018v39n2p117>
- Evedove, A. U. D., Dellaroza, M. S., Carvalho, W. O., & Loch, M. R. (2021). *Mudança na situação conjugal e incidência de comportamentos de proteção à saúde em adultos com 40 anos ou mais: estudo VigiCardio (2011-2015)*. Cadernos Saúde Coletiva. Recuperado em 23 de março, 2022, de <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129030453>
- Firoozjaei, I. T., Taghadosi, M., & Sadat, Z. (2021). Determining the sexual quality of life and related factors in patients referred to the department of cardiac rehabilitation: A cross-sectional study. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 19(3), 261. Recuperado em 21 de março, 2022, de <https://doi.org/10.18502/ijrm.v19i3.8574>
- Garcia, R. P., Budó, M. D. L. D., Schwartz, E., Girardon-Perlini N. M. O., Barbosa, M. S., Moreira, M. S. (2016). Cuidado familiar após infarto agudo do miocárdio. *Ciencia y enfermería* 22(2), 27-37. Recuperado em 12 de setembro, 2020, de https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v22n2/art_03.pdf
- Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Trentini, C. M., & Remor, E. (2019). *Avaliação psicológica nos contextos de saúde e hospitalar*. Artmed Editora.
- Kartsten, M. (2018). Reabilitação (e fisioterapia) cardiovascular no Brasil. *Fisioterapia e Pesquisa*, 25(1), 1-2. Recuperado em 02 de outubro, 2020, de <https://doi.org/10.1590/1809-2950/00000025012018>
- Knebel, I. L., & Marin, A. H. (2018). Fatores psicossociais associados à doença cardíaca e manejo clínico psicológico: percepção de psicólogos e paciente. *Revista da SBPH*, 21(1), 112-131. Recuperado em 01 de outubro, 2020, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v21n1/v21n1a07.pdf>
- Kreuz, G., & Franco, M. H. P. (2017). O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento—Revisão Sistemática de Literatura. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(2), 168-186. Recuperado em 01 de outubro, 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200012&lng=en&nrm=iso&tng=pt
- Marques, M. D. C. M. P., Mendes, F. R. P. e Serra, I. D. C. C. (2017). Estilos de vida: representações sociais construídas por doentes com infarto do miocárdio e familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2). Recuperado em 26 de setembro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62593>

- Martini, I. C. A., & Sia, A. A. (2019). Assistência de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio. *Revista Miríade Científica*, 4(1). Recuperado em 26 de setembro, 2020, de <https://revista.faculadecuiaba.com.br/index.php/miriadecientifica/article/view/50>
- Mroz, S., Bętkowska-Korpała, B., Gierowski, J., Kolpa, M., & Janusz, B. (2017). Marital relations of patients with myocardial infarction from the spouses' perspective. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 19(4). Recuperado em 22 de março, 2022, de <https://doi.org/10.12740/APP/78497>
- Niehues, J. R., Gonzáles, A. I., & Vieira, D. S. R. (2016). Orientação para a atividade sexual após infarto agudo do miocárdio: estamos negligenciando?. *Int. j. cardiovasc. sci. (Impr.)*, 152-154. Recuperado em 20 de setembro, 2020, de <http://www.onlineijcs.org/sumario/29/pdf/v29n2a11.pdf>
- Porreca, W. (2019). *Relação conjugal: Desafios e possibilidades do "nós"*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 35. Recuperado em 23 de março, 2022, de <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35nspe7>
- Ribeiro, L. C. (2020). A importância do cuidado farmacêutico na prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (57). Recuperado em 26 de setembro, 2020, de <https://doi.org/10.25248/reas.e4058.2020>
- Rocha, R. M. (2017). Epidemiologia das doenças cardiovasculares e fatores de risco. In: R. M. Rocha, W. A. Martins (Eds.). *Manual de prevenção cardiovascular*. (PP 10-15). São Paulo: Planmark; Rio de Janeiro: Socerj. Recuperado em 15 de setembro, 2020, de https://socerj.org.br/antigo/wp-content/uploads/2017/05/Manual_de_Prevencao_Cardiovascular_SOCERJ.pdf
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). Metodologia de pesquisa. *Porto Alegre: Penso*.
- Schirmer, L. M.; Miranda, F. V. & Duarte, Í. V. (2014). Mulheres tratadas de câncer do colo uterino: uma análise da questão conjugal. *Revista da SBPH*, 17(1), 99-120. Recuperado em 25 de setembro, 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000100007
- Troncoso, L. T., Oliveira, N. C., Leporaes, R. A., Eira, T. L., & Pinheiro, V. P. (2018). Estudo epidemiológico da incidência do infarto agudo do miocárdio na população brasileira. *Cadernos da Medicina-UNIFESO*, 1(1). Recuperado em 10 de agosto, 2020, <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/957>
- Tulloch, H. E., Bouchard, K., Clyde, M., Madrazo, L., Demidenko, N., Johnson, S. M., & Greenman, P. S. (2020). Learning a new way of living together: a qualitative study exploring the relationship changes and intervention needs of patients with cardiovascular disease and their partners. *BMJ Open*, 10. Recuperado em 22 de março, 2022, em <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032948>
- Vieira, M. B., da Silva Souza, W., Cavalcante, P. F., de Carvalho, I. G. M., & de Almeida, R. J. (2017). Percepção de homens após infarto agudo do miocárdio. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 30(3). Recuperado em 20 de setembro, 2020, em <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.5833>

Graziela Carolina Garbin Zamarchi – Psicóloga. Especialista em Cardiologia pelo Programa de Residência Multiprofissional da Universidade de Passo Fundo.

Ciomara Ribeiro Silva Benincá - Psicóloga. Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora da graduação e pós-graduação na Universidade de Passo Fundo. Tutora no Programa de Residência Multiprofissional em Cardiologia e Atenção ao Câncer da Universidade de Passo Fundo.