

Ansiedade, depressão, resiliência e autoestima em indivíduos com doenças cardiovasculares¹

Isabela Gonzales Carvalho²
Eduarda dos Santos Bertolli²
Luciana Paiva³
Lidia Aparecida Rossi⁴
Rosana Aparecida Spadoti Dantas⁵
Daniele Alcalá Pompeo⁶

Objetivos: analisar as relações entre os sintomas ansiosos e depressivos, resiliência e autoestima com as características sociodemográficas e clínicas; correlacionar resiliência e autoestima com a idade e o tempo da doença; analisar associações entre ansiedade e depressão com as medidas de resiliência e autoestima em indivíduos com doenças cardiovasculares. **Método:** estudo correlacional, realizado em Hospital de Ensino de grande porte do interior do Estado de São Paulo. A população era constituída por pacientes adultos internados com doenças cardiovasculares. Uma amostra consecutiva e não probabilística foi constituída por 120 pacientes. As variáveis de interesse foram avaliadas pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Escala de Resiliência e Escala de Autoestima de Rosenberg. **Resultados:** os sintomas de ansiedade e depressão estavam presentes em 32,5% e 17,5% dos pacientes, respectivamente e foram associados ao sexo feminino ($p = 0,002$; $p = 0,022$). As manifestações de depressão foram associadas à presença de comorbidades ($p = 0,020$). Pacientes mais resilientes não apresentaram sintomas depressivos ($p < 0,001$) e, as mulheres ansiosas, foram menos resilientes ($p = 0,042$). Os maiores escores de autoestima estiveram presentes em pacientes com ansiedade e depressão. Os homens apresentaram maior resiliência e menor autoestima quando comparados às mulheres. **Conclusão:** pacientes com ansiedade e depressão foram menos resilientes e apresentaram maior autoestima.

Descritores: Adaptação; Autoestima; Doenças Cardiovasculares; Ansiedade; Depressão; Enfermagem.

¹ Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo nº 80055620143.

² Enfermeira.

³ PhD, Enfermeira, Hospital das Clínicas, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

⁴ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁶ PhD, Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Carvalho IG, Bertolli ES, Paiva L, Rossi LA, Dantas RAS, Pompeo DA. Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2836. [Access _____]; Available in: _____. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1405.2836>.

mês dia ano

URL

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de óbito no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda da qualidade de vida, limitação nas atividades de trabalho e lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza⁽¹⁾.

No Brasil, como nos outros países, as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de óbitos, com destaque para doenças cardiocirculatórias e respiratórias crônicas, e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda⁽¹⁾.

Portadores de doenças cardiovasculares estão expostos a desconfortos físicos, psicológicos e sociais relacionados ao tratamento, que podem influenciar na capacidade de adaptação a um novo estilo de vida⁽²⁾. Além disso, esses encargos podem ocasionar mudanças na dinâmica familiar pela necessidade de maior cuidado ao paciente.

O gerenciamento do autocuidado em condições crônicas é desejável para prevenção de complicações relacionadas à doença. Em estudo realizado com 628 pacientes com insuficiência cardíaca sintomática, constataram-se associações entre elevados níveis de autocuidado e à melhor qualidade de vida e menores taxas de internações. Foi também mostrado que quanto maior o número de comorbidades, menor o envolvimento do paciente com o gerenciamento do seu tratamento⁽²⁾.

A capacidade do paciente de se responsabilizar pela própria terapêutica é afetada por uma série de características pessoais inter-relacionadas, como a motivação, a autoeficácia e a resiliência. Identificar maneiras eficazes de promover o desenvolvimento destas características nesta população pode melhorar a capacidade de enfrentamento e preparar os pacientes para viver melhor com uma doença crônica⁽³⁾.

A resiliência tem sido definida como um processo de negociação, gerenciamento e adaptação para fontes significativas de estresse ou trauma⁽⁴⁾; é a habilidade de um indivíduo se ajustar as adversidades, manter o equilíbrio e continuar a viver de uma maneira positiva⁽⁵⁾.

Pessoas resilientes são menos suscetíveis a agravos⁽⁶⁾ e possuem maior habilidade para atenuar a pressão causada pelo impacto negativo da doença⁽⁷⁾. Pesquisa realizada na Suécia identificou que baixos índices de resiliência durante a adolescência foram

associados a um risco aumentado de doenças no coração na fase adulta⁽⁶⁾.

Pessoas pouco resilientes, possivelmente, apresentam maior exposição ao estresse e enfrentamento prejudicado em face às adversidades, podendo gerar sintomas de ansiedade, depressão, raiva, impulsividade e baixa autoestima.

Dessa forma, a enfermagem deve refletir e elaborar propostas para uma anamnese mais detalhada, que envolva não só os aspectos físicos da doença, mas também os psicossociais. No entanto, pouca atenção tem sido dada à identificação dessas características em ambiente hospitalar.

Identificaram-se, em revisão de literatura, estudos que avaliaram a resiliência de pacientes com doenças cardiovasculares congênitas⁽⁸⁻⁹⁾ e insuficiência cardíaca congestiva⁽¹⁰⁾. Há escassez de publicações que investigam a resiliência, por meio de escalas validadas no Brasil, nessa população, principalmente, relacionada à autoestima e à ansiedade e depressão. Esses resultados podem favorecer o fortalecimento de estratégias multiprofissionais, com foco no aumento da resiliência e das habilidades emocionais, para auxiliar o paciente a enfrentar o estresse advindo da doença cardíaca.

Portanto, os objetivos deste estudo foram: 1) analisar associações entre os sintomas de ansiedade e depressão e as características sociodemográficas e clínicas; 2) verificar associações entre as medidas de resiliência e autoestima e as variáveis sociodemográficas e clínicas; 3) correlacionar as medidas de resiliência e autoestima com a idade e o tempo da doença; 4) analisar associações entre os sintomas ansiosos e depressivos com as medidas de resiliência e autoestima em indivíduos com doenças cardiovasculares.

Método

Trata-se de um estudo correlacional, de corte transversal, desenvolvido em Unidade de Internação Clínica e Cirúrgica destinada à especialidade cardiovascular, com capacidade para 77 leitos, de um Hospital de Ensino do interior do Estado de São Paulo. O hospital é uma instituição pública de grande porte, pactuado com 102 municípios da região Noroeste do Estado de São Paulo, com um total de 629 leitos, 53.000 atendimentos mensais e 262 transplantes realizados no ano de 2015, incluindo o de coração.

A população foi constituída por pacientes com doenças cardiovasculares de etiologia clínica ou cirúrgica, internados no referido hospital, independente do sexo e com 18 anos ou mais. Os critérios de exclusão foram: não conseguir comunicar-se verbalmente e não possuir

condições cognitivas que possibilitassem a participação no estudo, verificada por meio da capacidade de informar sua idade ou data de nascimento, endereço residencial, dia da semana e do mês. Os participantes que atenderam aos critérios de inclusão foram selecionados por meio de amostragem consecutiva e não probabilística ($n = 120$) e a coleta de dados realizada no período de 01/10/2014 a 31/01/2015.

Para a coleta dos dados foram utilizados quatro instrumentos: caracterização sociodemográfica (sexo, idade, presença de companheiro, escolaridade, renda e atividade laboral), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD-S*)⁽¹¹⁾, Escala de Resiliência^(5,12) e Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)⁽¹³⁾.

A HADS é de fácil manuseio e rápida execução, podendo ser realizada pelo próprio paciente ou pelo entrevistador. Possui 14 itens, sendo sete para avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada item contempla quatro respostas de 0 a 3, totalizando uma pontuação máxima de 21 pontos para cada subescala. Quanto maior o valor, maior a presença de sintomas de ansiedade (HADS-A) ou de depressão (HADS-D)⁽¹¹⁾.

A Escala de Resiliência mensura os níveis de adaptação psicossocial em face a eventos de vida importantes. Possui 25 itens descritos de forma positiva com respostas tipo likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Subdivide-se em três dimensões: 1) Resolução de ações e valores: 14 itens que envolvem ações relacionadas à energia, persistência, disciplina, concepção de valores, ações voltadas para dar sentido à vida, como amizade, realização pessoal, satisfação e significado da vida; 2) Independência e determinação: seis itens que investigam a capacidade de resolver situações difíceis, lidar com várias situações ao mesmo tempo, aceitar as adversidades e aceitar situações que não podem mudar; 3) Autoconfiança: cinco itens que enfocam a crença de que a pessoa pode resolver seus problemas e que eles dependem mais dela do que dos outros, realizar ações contra a sua vontade mantendo o interesse em coisas que considera importante⁽¹²⁾. Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência⁽¹²⁾.

A EAR⁽¹³⁾ é composta por 10 itens com quatro possibilidades de respostas: 1 concordo fortemente, 2 concordo, 3 discordo, 4 discordo fortemente. A medida da autoestima é obtida pela soma dos valores das respostas aos itens da escala, depois da recodificação dos cinco itens com pontuação reversa. A somatória das respostas pode variar de 10 a 40, com maiores valores indicando elevada autoestima⁽¹³⁾.

Todas as escalas foram traduzidas e adaptadas para uso no Brasil e possuem consistência interna, mensurada por meio do Alfa de Cronbach, satisfatórias: HADS-A: 0,68 e HADS-D: 0,77⁽¹¹⁾; Escala de Resiliência: 0,80⁽¹²⁾; EAR: 0,98⁽¹³⁾.

A coleta de dados teve início com a consulta do censo de pacientes da unidade de internação para constatação da doença cardíaca. Após os esclarecimentos sobre a pesquisa e a concordância em participar, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e iniciada a entrevista, aplicada verbalmente pela entrevistadora.

Os dados foram processados e analisados por meio do programa Minitab 17 (Minitab Inc) e o Statistica 10 (StatSoft Inc). Para a análise descritiva foram utilizadas medidas de posição (média e mediana) e variabilidade (desvio-padrão).

Dados qualitativos foram associados mediante a aplicação do teste qui-quadrado. A idade dos pacientes e o tempo de doença foram comparados com as variáveis de caracterização amostral, variáveis clínicas e fatores de risco, mediante a aplicação do teste t para amostras independentes (quando foram comparados dois grupos amostrais) e da Análise de Variância (ANOVA) (quando comparados mais de dois grupos amostrais).

O teste de correlação de Pearson foi utilizado para análise das variáveis contínuas normalmente distribuídas (resiliência, autoestima, idade e tempo da doença). O nível de significância adotado foi de 0,05.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovada sob o protocolo n. 697.946.

Resultados

Dos 120 portadores de doenças cardiovasculares, 67 (55,8%) eram do sexo masculino e 53 (44,2%) do sexo feminino, com variação de idade entre 26 e 88 anos, média de 58,3 anos e desvio-padrão de 12,2 anos. A maioria era casada ($n = 71$; 59,2%); 49 sujeitos (40,8%) eram ativos no trabalho, sendo que a maioria não exercia atividades profissionais por motivo de afastamento do emprego, ser aposentados ou não trabalhar ($n = 71$; 59,2%).

As coronariopatias foram o diagnóstico médico de 58 pacientes (48,3%), seguida da insuficiência cardíaca congestiva ($n = 43$; 35,8%) e valvopatias ($n = 19$; 15,8%). Quase a metade dos sujeitos relatou possuir a doença há mais de cinco anos (48,3%); a maioria afirmou não possuir comorbidades ($n = 73$; 60,8%) e que a doença interfere em suas atividades de vida diária ($n = 85$; 70,8%).

Em relação aos hábitos de vida, a maioria dos pacientes mencionou não ser tabagista ($n = 103$; 85,5%), não fazer uso de álcool ($n = 97$; 80,8%) e possuir personalidade estressada ($n = 73$; 60,8%).

Os sintomas de ansiedade e depressão estavam presentes em 32,5% e 17,5% dos pacientes, respectivamente. Ao analisar a presença destes

sintomas, segundo o sexo, observa-se que as mulheres apresentaram mais sintomas de ansiedade e depressão do que os homens, sendo estas associações estatisticamente significantes ($p = 0,002$ e $p = 0,022$, respectivamente). Não se constatou associações entre os sintomas de ansiedade e de depressão com as variáveis presença de companheiro e escolaridade, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Sintomas de ansiedade e de depressão entre os participantes, segundo o sexo, a escolaridade e a presença de companheiro. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2014-2015

Variáveis	Ansiedade		Depressão	
	Não	Sim	Não	Sim
Sexo	81 (67,50%)	39 (32,50%)	99 (82,50%)	21 (17,50%)
Feminino	28 (34,57%)	25 (64,10%)	39 (39,39%)	14 (66,67%)
Masculino	53 (65,43%)	14 (35,90%)	60 (60,61%)	7 (33,33%)
Valor p*	0,002		0,022	
Escolaridade	78 (70,27%)	33 (29,73%)	91 (81,98%)	20 (18,02%)
Sem estudo	10 (62,50%)	6 (37,50%)	12 (75,00%)	4 (25,00%)
Fundamental	54 (70,13%)	23 (29,87%)	63 (81,82%)	14 (18,18%)
Médio	8 (66,67%)	4 (33,33%)	10 (83,33%)	2 (16,67%)
Superior	6 (100%)	0 (0,00%)	6 (100%)	0 (0,00%)
Valor p*	0,191		0,410	
Presença de companheiro	81 (67,50%)	39 (32,50%)	99 (82,50%)	21 (17,50%)
Sim	46 (64,79%)	25 (35,21%)	60 (84,51%)	11 (15,49%)
Não	35 (71,40%)	14 (28,60%)	39 (79,60%)	10 (20,40%)
Valor p*	0,445		0,486	

* Valor p referente ao Teste Qui-quadrado

Os valores médios e os desvios-padrão das medidas de resiliência e de autoestima segundo as variáveis sexo, escolaridade e presença de companheiro, estão apresentados na Tabela 2. Encontraram-se diferenças estatisticamente significantes apenas entre as médias das escalas de resiliência ($p = 0,027$) e de autoestima

($p = 0,031$) segundo o sexo dos participantes. Os homens apresentaram escores superiores de resiliência e as mulheres escores superiores de autoestima.

A escolaridade e a presença de companheiro não influenciaram de forma significativa a resiliência e autoestima.

Tabela 2 - Medidas das variáveis resiliência e autoestima segundo o sexo, a escolaridade e a presença de companheiro dos participantes. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2014-2015

Variáveis	Resiliência	Autoestima
	Média [D.P. (Mediana)]	Média [D.P. (Mediana)]
Sexo		
Feminino ($n = 53$)	127,79[11,26 (130,00)]	20,79[2,08 (21,00)]
Masculino ($n = 67$)	132,30[10,52 (135,00)]	19,92[2,24 (20,00)]
Valor p*	0,027	0,031
Escolaridade		
Sem estudo ($n = 16$)	125,56[11,18 (126,50)]	20,87[1,25 (21,00)]
Fundamental ($n = 77$)	129,75[11,08 (130,00)]	20,31[2,39 (20,00)]
Médio ($n = 12$)	133,75[12,12 (135,00)]	20,08[2,23 (20,00)]
Superior ($n = 6$)	135,17[10,32 (138,50)]	19,50[2,07 (19,50)]
Valor p†	0,166	0,591
Presença de companheiro		
Sim ($n = 71$)	130,92[11,22 (132,00)]	20,48[2,17 (20,00)]
Não ($n = 49$)	129,43[10,81 (129,00)]	20,06[2,25 (20,00)]
Valor p*	0,468	0,315

* proveniente do Teste t para Amostras Independentes; † proveniente do Teste Análise de Variância (ANOVA)

Na Tabela 3 estão apresentados os resultados do teste de associação entre os sintomas de ansiedade e depressão com as variáveis presença de comorbidades (além das DCV), tabagismo e etilismo,

independentemente do sexo. A única associação estatisticamente constatada foi entre as variáveis presença de sintomas de depressão e comorbidades ($p = 0,020$).

Tabela 3 - Sintomas de ansiedade e de depressão entre os participantes, segundo existência de outras comorbidades, tabagismo e etilismo. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2014-2015

Variáveis	Ansiedade		Depressão	
	Não	Sim	Não	Sim
Comorbidade	81 (67,50%)	39 (32,50%)	99 (82,50%)	21 (17,50%)
Não	51 (62,96%)	22 (56,41%)	65 (65,66%)	8 (38,10%)
Sim	30 (37,04%)	17 (43,59%)	34 (34,34%)	13 (61,90%)
Valor p*	0,492		0,020	
Tabagismo	81 (67,50%)	39 (32,50%)	99 (82,50%)	21 (17,50%)
Não	70 (86,42%)	33 (84,62%)	84 (84,85%)	19 (90,48%)
Sim	11 (13,58%)	6 (15,38%)	15 (15,15%)	2 (9,52%)
Valor p*	0,792		0,484	
Etilismo	81 (67,50%)	39 (32,50%)	99 (82,50%)	21 (17,50%)
Não	65 (80,25%)	32 (82,05%)	78 (78,79%)	19 (90,48%)
Sim	16 (19,75%)	7 (17,95%)	21 (21,21%)	2 (9,52%)
Valor p*	0,813		0,186	

* Valor p referente ao Teste Qui-quadrado

A idade do paciente e o tempo da doença não influenciaram na presença dos sintomas de ansiedade ($p = 0,179$; $p = 0,833$) e depressão ($p = 0,861$; $p = 0,855$) nos pacientes avaliados (Valor p referente ao teste t para amostras independentes a $p < 0,05$).

Não houve associação das variáveis clínicas (diagnóstico médico e comorbidade) e dos fatores de risco (tabagismo e etilismo) com os escores de resiliência e autoestima.

A idade e o tempo de doença não apresentaram correlação com os escores de resiliência e autoestima. Os valores referentes à correlação entre resiliência e idade ($r = -0,129$, $p = 0,161$), resiliência e tempo de doença ($r = 0,069$, $p = 0,454$), autoestima e idade ($r = 0,091$, $p = 0,324$), autoestima e tempo de doença

($r = 0,136$, $p = 0,138$) sugerem a falta de correlação significativa entre as variáveis avaliadas ($p > 0,050$).

Nas Tabelas 4 e 5, observa-se que as mulheres com sintomas ansiosos ($p = 0,042$) foram, significativamente, menos resilientes e, nos homens ($p = 0,377$), a ansiedade não foi fator preponderante para ocasionar diferenças significativas na resiliência. Adicionalmente, participantes de ambos os sexos com manifestações depressivas foram menos resilientes ($p < 0,001$; $p < 0,001$). Não houve relação entre a autoestima e a depressão em ambos os sexos ($p = 0,050$; $p = 0,117$).

Mulheres e homens com ansiedade apresentaram maiores escores de autoestima ($p = 0,003$; $p = 0,024$) quando comparados aos participantes sem o sintoma, conforme Tabelas 4 e 5, respectivamente.

Tabela 4 - Média±desvio padrão (mediana) dos escores de resiliência e autoestima das participantes do sexo feminino em relação à ocorrência de ansiedade e depressão. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2014-2015

	Sexo Feminino	
	Resiliência Média [D.P. (Mediana)]	Autoestima Média [D.P. (Mediana)]
Ansiedade		
Não (n = 28)	130,75[10,93 (132,00)]	20,00[1,72 (20,00)]
Sim (n = 25)	124,48[10,90 (126,00)]	21,68[2,13 (22,00)]
Valor p*	0,042	0,003
Depressão		
Não (n = 39)	131,51[9,34 (132,00)]	20,43[1,98 (20,00)]
Sim (n = 14)	117,43[9,74 (118,50)]	21,78[2,12 (22,00)]
Valor p*	<0,001	0,050

* Valor p referente ao Teste t para Amostras Independentes a $p < 0,05$

Tabela 5 - Média±desvio padrão (mediana) dos escores de resiliência e autoestima dos participantes do sexo masculino em relação à ocorrência de ansiedade e depressão. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2014-2015

Sexo Masculino		
	Resiliência Média [D.P. (Mediana)]	Autoestima Média [D.P. (Mediana)]
Ansiedade		
Não (n = 53)	132,96[10,09 (135,00)]	19,60[2,19 (20,00)]
Sim (n = 14)	129,79[12,07 (129,00)]	21,14[2,07 (21,00)]
Valor p*	0,377	0,024
Depressão		
Não (n = 60)	133,68[10,14 (136,00)]	19,75[2,18 (20,00)]
Sim (n = 7)	120,43[4,83 (121,00)]	21,43[2,37 (21,00)]
Valor p*	<0,001	0,117

* Valor p referente ao Teste t para Amostras Independentes a p < 0,05

Discussão

Os resultados deste estudo mostraram que 32,5% e 17,5% dos pacientes apresentaram sintomas de ansiedade e depressão, respectivamente. Outras pesquisas identificaram percentuais semelhantes⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, destacando que a presença desses sintomas pode aumentar o risco de morbimortalidade, retardar a alta do hospital, promover reinternações e declínio funcional, dificultar a promoção do autocuidado e a adoção de mudanças necessárias para modificação do estilo de vida, resultando na não adesão ao tratamento^(14,16).

O sexo feminino apresentou mais sintomas de ansiedade e depressão do que o masculino, fato que pode estar relacionado à maior exposição das mulheres a fatores estressantes, como: baixo nível socioeconômico, falta de energia, sobrecarga de papel, atributos psicológicos e baixa autoestima. As menores taxas de prevalência em homens podem estar relacionadas à dificuldade de diagnóstico, pois os homens tendem a negar seus sintomas depressivos e compensá-los com atitudes e comportamentos, como raiva, agressividade, comportamento antissocial, uso indevido de álcool e hostilidade⁽¹⁷⁾. Outros estudos também identificaram associações positivas da ansiedade e depressão com o sexo feminino^(15,17).

A depressão é a principal causa de incapacidade mensurada por anos vividos e a quarta principal contribuinte para a carga global de doenças, sendo associada à presença de comorbidades, neste estudo. A prevalência de depressão identificada (17,5%) difere da encontrada na população em geral (cerca de 10,0%)⁽¹⁸⁾. Esse aumento pode ser atribuído à vulnerabilidade desses pacientes em condição crônica ao sofrimento emocional, assim como ao instrumento utilizado, que não mensura o grau de depressão da pessoa (leve,

moderada e grave), mas a presença de sintomas depressivos.

Estudo conduzido na Grécia avaliou 190 pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca, internados em quatro hospitais públicos, e constatou elevados níveis de ansiedade (57,3%) e depressão (41,6%), mensurados pela HADS⁽¹⁴⁾.

Diversos estudos apontam o impacto negativo da depressão em pacientes com doenças do coração^(14-16,19). Um em cada cinco pacientes apresentaram elevados níveis de depressão três meses após episódio de infarto do miocárdio, sendo esse transtorno de humor associado ao aumento do risco de um novo evento cardiovascular ou morte⁽¹⁹⁾. Outros estudos evidenciaram que a depressão pode elevar o risco de mortalidade em pacientes coronariopatas^(15,20).

O mecanismo que explica a associação da depressão com as doenças cardiovasculares ainda é incerto, mas sabe-se que é bidirecional e multicausal, envolvendo a integração de vários processos centrais e periféricos, provocando mudanças no sistema imune⁽²¹⁾, aumento da agregação plaquetária, inflamação, alteração do ritmo cardíaco, elevação dos níveis de catecolaminas e disfunção endotelial⁽¹⁶⁾. Fatores psicológicos, como, por exemplo, a condição de enfrentar a presença de uma doença crônica, com altos índices de mortalidade e bruscas mudanças de estilo de vida, também podem contribuir⁽¹⁶⁾.

Indivíduos avaliados com sintomatologia ansiosa e depressiva pela HADS foram menos resilientes do que os que não apresentavam os sintomas. Essa associação corrobora um estudo alemão realizado com 186 pacientes com insuficiência cardíaca congestiva e 372 controles, em que foi constatado que a resiliência é predominantemente associada a variáveis psicológicas e não à gravidade da doença. Os resultados demonstraram

que a resiliência foi menor em pacientes que possuíam depressão e alexitimia⁽¹⁰⁾.

Outro estudo que acompanhou 237.980 homens apontou que menores valores de resiliência estão associados ao aumento do risco de desenvolver coronariopatias, destacando que a forma de se enfrentar as adversidades pode estar relacionada ao estilo de vida e fatores ambientais, como por exemplo, o hábito de exercício físico, dieta, índice de massa corporal elevado, tabagismo e suporte social, e às características pessoais, como o tipo de personalidade⁽⁶⁾.

Quanto ao sexo, nosso estudo evidenciou que nos homens a resiliência foi maior do que nas mulheres, apoiando os resultados de uma pesquisa com renais crônicos⁽⁷⁾. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de as mulheres utilizarem mais estratégias de enfrentamento focadas na emoção e, os homens, as focadas no problema⁽²²⁾, em que a pessoa opta por resolver as dificuldades, modificar atitudes, para que possa ser capaz de lidar com pressões habituais, diminuindo ou até eliminando situações geradoras de estresse.

Pessoas resilientes possuem maior motivação e capacidade para resolverem problemas, manterem o equilíbrio e seguirem em frente, de forma positiva⁽³⁻⁴⁾. Os níveis de resiliência dos sujeitos pesquisados foram médios e altos, apoiando os resultados de estudos realizados em Londres com pacientes após correção cirúrgica de tetralogia de Fallot⁽⁹⁾ e na Coreia, em indivíduos com doença cardíaca congênita⁽⁸⁾.

Portanto, a equipe de enfermagem e demais profissionais da saúde devem identificar maneiras eficazes de manter e promover o desenvolvimento dessas características positivas na população para melhorar a capacidade de enfrentamento e preparar os pacientes para a imprevisível tarefa de viver com uma doença crônica.

Os escores da Escala de Autoestima de Rosenberg evidenciaram que os sentimentos que a pessoa tem de si própria em relação ao seu valor, capacidade, importância e sucesso foram moderados (média de 20,31 pontos).

As mulheres apresentaram maiores escores de autoestima quando comparadas aos homens ($p = 0,031$). Níveis elevados de autoestima foram encontrados em uma pesquisa brasileira, realizada em pacientes com coronariopatias, no entanto não foi observada diferença significativa entre os sexos masculino e feminino⁽²³⁾.

Uma meta-análise de 80 estudos evidenciou que a baixa autoestima é fator preditor de depressão,

independentemente do sexo e idade dos indivíduos⁽²⁴⁾. Em nosso estudo, os maiores escores de autoestima foram em pacientes que apresentaram sintomas ansiosos, não corroborando os resultados encontrados na literatura⁽²⁴⁾.

As evidências apontam que há uma maior robustez na relação entre depressão e autoestima do que ansiedade e autoestima, fato que pode estar relacionado às vulnerabilidades cognitivas específicas de cada evento. Na depressão, o indivíduo faz constantes avaliações negativas de si mesmo, do mundo e do futuro e, na ansiedade, antecipa ameaças físicas ou psicológicas⁽²⁴⁾. Há necessidade de novas pesquisas que investiguem se há associação entre a ansiedade e a autoestima, controlando-se variáveis que podem interferir nesse processo.

Outros estudos comprovaram que a autoestima elevada pode estar associada à redução de doença coronariana⁽²⁰⁾ e melhora da qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca⁽²⁵⁾. Condições psicológicas positivas, como a autoestima, podem causar um efeito cardioprotetor, evitando inflamação sistêmica e aterosclerose, ao contrário das condições psicológicas negativas, como a depressão e a desesperança⁽²⁴⁾.

Indivíduos com níveis mais baixos de autoestima são mais sensíveis às críticas de outros e se preocupam com a forma com que os outros o veem e o julgam, evitando assim, se expor demais e proteger sua autoestima. Como consequência, podem se sentir solitários, tristes, tímidos, incapazes de realizar suas tarefas e de obter prazer por coisas que antes eram prazerosas; podendo assim levá-los a percepção negativa de seu próprio valor, condição que pode elevar o risco de desenvolver sintomas depressivos⁽²⁴⁾.

A autoestima parece ser um fator facilitador para a prevenção das doenças cardiovasculares. Desta forma, enfermeiros e outros profissionais de saúde devem planejar uma abordagem focada na pessoa. Uma avaliação de saúde voltada para os aspectos biopsicossociais do paciente cardíaco no ambiente hospitalar poderá contribuir para a identificação precoce de sintomas ansiosos e depressivos, baixa autoestima e resiliência prejudicada, com o intuito de promover estratégias individuais e em grupo para o tratamento dessas condições.

Este estudo foi limitado pelo tempo e delineamento transversal, não sendo possível o acompanhamento em longo prazo para avaliar a resiliência e a autoestima em cada fase da doença cardiovascular. Além disso,

apenas aqueles pacientes internados no hospital escolhido participaram da pesquisa; portanto, nossos resultados não podem ser generalizados para outros ambientes clínicos.

No entanto, os resultados obtidos possibilitaram a compreensão de algumas características emocionais relevantes para pacientes com doenças cardiovasculares, permitindo que enfermeiros e outros profissionais da saúde ampliem suas possibilidades de atuação, com intervenções destinadas às condições psicossociais para que o paciente conviva melhor com sua doença e adote um estilo de vida mais positivo. Ademais, elucida a necessidade de futuros estudos clínicos que testem programas de fortalecimento de habilidades cognitivas e emocionais e que produzam novas evidências científicas para implementação na prática.

Conclusão

Em conclusão, nossos resultados mostraram algumas características psicossociais presentes em pacientes com doenças cardiovasculares. As mulheres apresentaram mais sintomas ansiosos e depressivos e maior autoestima e os homens foram mais resilientes.

Pacientes de ambos os sexos com sintomas depressivos e mulheres com ansiedade foram associados a menores escores de resiliência. Os níveis de autoestima foram superiores em homens e mulheres com ansiedade.

O estudo tem importantes implicações para a prática clínica e para a pesquisa em enfermagem, pois aponta caminhos para aperfeiçoar a abordagem ao paciente em ambiente hospitalar e direciona estudos futuros sobre as intervenções voltadas ao melhor enfrentamento das adversidades e promoção da percepção positiva de si mesmo.

Referências

1. Malta DC, Silva JB Jr da. Brazilian Strategic Action Plan to Combat Chronic Non-communicable Diseases and the global targets set to confront these diseases by 2025: a review. *Epidemiol Serv Saúde*. [Internet]. 2013 [Access Nov 10, 2015]; 22(1):151-64. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742013000100016&script=sci_arttext. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>.
2. Buck HG, Dickson VV, Fida R, Riegel B, D'Agostino F, Alvaro R, et al. Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. *Int J Nurs Stud*. [Internet].

2015 [Access Nov 10, 2015];52(11):1714-22. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915002230>. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.06.018.

3. Leppin AL, Gionfriddo MR, Sood A, Montori VM, Erwin PJ, Zeballos-Palacios C, et al. The efficacy of resilience training programs: a systematic review protocol. *Syst Rev*. [Internet]. 2014 [Access Oct 26, 2015];3:20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3946765/pdf/2046-4053-3-20.pdf>. doi: 10.1186/2046-4053-3-20.

4. Windle G, Bennett KM, Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health Qual Life Outcomes*. [Internet] 2011 [Access Oct 26, 2015];4:9:8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3042897/pdf/1477-7525-9-8.pdf>. doi: 10.1186/1477-7525-9-8.

5. Wagnild GM, Young H. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Meas*. 1993;1(2):165-78.

6. Bergh C, Udumyan R, Fall K, Almroth H, Montgomery S. Stress resilience and physical fitness in adolescence and risk of coronary heart disease in middle age. *Heart*. [Internet] 2015 [Access Nov 10, 2015];101(8):623-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4396533/pdf/heartjnl-2014-306703.pdf>. doi: 10.1136/heartjnl-2014-306703.

7. Ma LC, Chang HJ, Liu YM, Hsieh HL, Lo L, Lin MY, et al. The Relationship between Health-Promoting Behaviors and Resilience in Patients with Chronic Kidney Disease. *Scientific Wld J*. [Internet] 2013 [Access Nov 11, 2015];25;2013:124973. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3621294/pdf/TSWJ2013-124973.pdf> doi: 10.1155/2013/124973.

8. Bang JS, Jo S, Kim GB, Kwon BS, Bae EJ, Noh CI, et al. The mental health and quality of life of adult patients with congenital heart disease. *Int J Cardiol*. [Internet] 2013 [Access Nov 10, 2015];170(1):49-53. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167527313018172>. doi: 10.1016/j.ijcard.2013.10.003.

9. Frigiola A, Bull C, Wray L. Exercise capacity, quality of life, and resilience after repair of tetralogy of Fallot: a cross-sectional study of patients operated between 1964 and 2009. *Cardiol Young*. [Internet] 2014 [Access Nov 10, 2015];24(1):79-86. Available from: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FCTY%2FCTY24_01%2FS1047951112002296a.pdf&code=6f6e01252aa5a0815eecd461067b11c3. doi: 10.1017/S1047951112002296.

10. Lossnitzer N, Wagner E, Wild B, Frankenstein L, Rosendahl J, Leppert K, et al. Resilience in chronic heart failure. *Dtsch Med Wochenschr.* [Internet] 2014 [Access Nov 11, 2015];139(12):580-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Lossnitzer+N%2C+Wagner+E%2C+Wild+B%2C+Frankenstein+L%2C+Rosendahl+J%2C+Leppert+K+et+al.+Resilience+in+chronic+heart+failure>. doi: 10.1055/s-0034-1369862.
11. Botega NJ, Pereira WA, Bio MR, Garcia Júnior C, Zomignani MA. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) made by 'lay' interviewers in a Brazilian hospital. *Soc Psychiat Epidemiol.* 1995;30(3):127-31.
12. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública.* [Internet] 2005 [Acesso 10 nov 2015];21(2):436-47. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n2/10.pdf>.
13. Dini DM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plast.* [Internet] 2004 [Acesso 10 nov 2015];19(1):41-52. Disponível em: <http://www.rbcp.org.br/imagebank/pdf/19-01-04pt.pdf>.
14. Polikandrioti M, Goudevenos J, Michalis LK, Koutelekos J, Kyristi H, Tzialas D, et al. Factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with heart failure. *Hellenic J Cardiol.* [Internet] 2015 [Access Nov 10, 2015];56(1):26-35. Available from: http://www.hellenicjcardiol.org/archive/full_text/2015/1/2015_1_26.pdf.
15. Watkins LL, Koch GG, Sherwood A, Blumenthal JA, Davidson JRT, O'Connor C, et al. Association of Anxiety and Depression With All-Cause Mortality in Individuals With Coronary Heart Disease. *J Am Heart Assoc.* [Internet] 2013 [Access Nov 10, 2015];19(2):e000068. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647264/pdf/jah3-2-e000068.pdf>. doi: 10.1161/JAHA.112.000068.
16. Mastrogiannis D, Giamouzis G, Dardiotis E, Karayannis E, Chroub-Papavaïou A, Kremeti D, et al. Depression in Patients with Cardiovascular Disease. *Cardiol Res Pract.* [Internet] 2012 [Access Nov 10, 2015];2012:794762. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3398584/pdf/CRP2012-794762.pdf>. doi: 10.1155/2012/794762.
17. Möller-Leimkühler AM. Gender differences in CVD and depression. *Dialogues Clin Neurosci.* [Internet] 2007 [Access Nov 10, 2015];9(1):71-83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181845/pdf/DialoguesClinNeurosci-9-71.pdf>.
18. WHO. [Internet]. Depression [Access May 12, 2016]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.
19. Larsen KK. Depression following myocardial infarction--an overseen complication with prognostic importance. *Dan Med J.* [Internet] 2013 [Access Nov 13, 2015];60(8):B4689. Available from: http://www.danmedj.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=10270994.PDF.
20. Lundgren O, Garvin P, Jonasson L, Andersson G, Kristenson M. Psychological Resources are Associated with Reduced Incidence of Coronary Heart Disease. An 8-Year Follow-up of a Community-Based Swedish Sample. *Int J Behav Med.* [Internet] 2015 [Access Nov 10, 2015];22(1):77-84. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4311061/pdf/12529_2014_Article_9387.pdf. doi: 10.1007/s12529-014-9387-5.
21. Kao CW, Chen TY, Cheng SM, Lin WS, Friedmann E, Thomas SA. Gender differences in the predictors of depression among patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* [Internet] 2013 [Access Nov 17, 2015];13(4):320-8. Available from: <http://cnu.sagepub.com/content/13/4/320.long>. doi: 10.1177/1474515113496493.
22. Bazrafshan MR, Jahangir F, Mansouri A, Kashfi SH. Coping strategies in people attempting suicide. *Int J High Risk Behav Addict.* [Internet] 2014 [Access Nov 15, 2015];9(3):e16265. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4070193/pdf/ijhrba-03-01-16265.pdf>. doi: 10.5812/ijhrba.16265.
23. Silvério CD, Dantas RA, Carvalho AR. Gender-specific evaluation of coronary disease patients' self-esteem and social support. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet] 2009 [Access Nov 13, 2015];43(2):407-14. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a21v43n2.pdf. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200021>
24. Sowislo JF, Orth U. Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Psychol Bull.* [Internet] 2013 [Access Nov 21, 2015];139(1):213-40. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Ulrich_Orth/publication/228064767_Does_Low_Self-Esteem_Predict_Depression_and_Anxiety_A_Meta-Analysis_of_Longitudinal_Studies/links/09e415140f47fc4c8a000000.pdf. doi: 10.1037/a0028931.

25. Cajanding RJ. The Effectiveness of a Nurse-Led Cognitive-Behavioral Therapy on the Quality of Life, Self-Esteem and Mood Among Filipino Patients Living With Heart Failure: a Randomized Controlled Trial. *Appl Nurs Res.* [Internet] 2016 [Access Ago 5, 2016];31:86-93. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0897189716000185/1-s2.0-S0897189716000185-main.pdf?_tid=b6c41386-5d6e-11e6-bc14-00000aab0f26&acdnat=1470664257_54419c6f59de1417016ccb95cd1b4ba8. doi: 10.1016/j.apnr.2016.01.002.

Recebido: 15.12.2015

Aceito: 15.9.2016

Correspondência:

Daniele Alcalá Pompeo
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Departamento de Enfermagem Especializada
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416
Vila São Pedro
CEP: 15090-000, São José do Rio Preto, SP, Brasil
E-mail: dalcala@eerp.usp.br / daniele.pompeo@famerp.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.