

Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

ISSN: 1517-3852

ISSN: 2175-6783

Universidade Federal do Ceará

Pompeo, Daniele Alcalá; Eid, Letícia Palota; Carvalho, Isabela Gonzales; Bertolli, Eduarda dos Santos; Oliveira, Natalia Serafim de  
Autoestima de pacientes com doença arterial coronariana  
Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol.  
18, núm. 6, 2017, Novembro-Dezembro, pp. 712-719  
Universidade Federal do Ceará

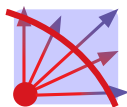
DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600002>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324054583002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](http://redalyc.org)

UABEM  
[redalyc.org](http://redalyc.org)

Sistema de Informação Científica Redalyc  
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal  
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa  
acesso aberto



## Autoestima de pacientes com doença arterial coronariana

### Self-esteem of patients with coronary artery disease

Daniele Alcalá Pompeo<sup>1</sup>, Letícia Palota Eid<sup>2</sup>, Isabela Gonzales Carvalho<sup>1</sup>, Eduarda dos Santos Bertolli<sup>3</sup>, Natalia Serafim de Oliveira<sup>4</sup>

**Objetivo:** avaliar a autoestima de indivíduos com doença arterial coronariana. **Métodos:** estudo transversal, realizado com 77 participantes. Foram utilizados os instrumentos: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e Escala de Autoestima de Rosenberg. **Resultados:** a maioria dos participantes obteve autoestima moderada 48 (62,3%), seguida de baixa 29 (37,7%), sendo influenciada pelas variáveis: sexo ( $p=0,040$ ), escolaridade ( $p=0,009$ ), sintomas ansiosos ( $p=0,010$ ) e depressivos ( $p=0,030$ ). **Conclusão:** pacientes com doença arterial coronariana apresentaram médios e baixos escores de autoestima. Níveis mais elevados de autoestima foram associados ao sexo feminino, maior escolaridade e à presença de sintomas de ansiedade e depressão.

**Descritores:** Doença das Coronárias; Autoimagem; Transtornos de Adaptação.

**Objective:** to evaluate the self-esteem of individuals with coronary artery disease. **Methods:** this is a cross-sectional study, carried out with 77 participants. The instruments used were Hospital Anxiety and Depression Scale and Rosenberg Self-esteem Scale. **Results:** most of the participants had moderate self-esteem, 48 (62.3%), followed by a low self-esteem, 29 (37.7%), being influenced by the variables gender ( $p=0.040$ ), education level ( $p=0.009$ ), anxious symptoms ( $p=0.010$ ) and depressive ( $p=0.030$ ). **Conclusion:** patients with coronary artery disease presented medium and low self-esteem scores. Higher levels of self-esteem were associated with females, higher education level and the presence of anxiety and depression symptoms.

**Descriptors:** Coronary Disease; Self Concept; Adjustment Disorders.

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Goiás. Jataí, GO, Brasil.

<sup>3</sup>Hospital de Base. São José do Rio Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Paulista. São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente: Daniele Alcalá Pompeo

Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416, Vila São Pedro. CEP: 15090-000. São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: danielle.pompeo@famerp.br

## Introdução

Dados estatísticos da *American Heart Association* evidenciaram que, embora tenha-se observado declínio nas taxas de mortalidade atribuídas às doenças cardiovasculares entre os anos de 2003 e 2013, essas doenças responderam por uma a cada três mortes, representando 30,8% do total de óbitos, nos Estados Unidos. Ademais, a doença arterial coronariana isoladamente causou uma em cada sete mortes nesse mesmo período<sup>(1)</sup>.

Desta forma, para se alcançar a meta de redução de mortes atribuíveis às doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral em 20,0% até 2020, torna-se necessária a adoção de medidas preventivas contra os fatores de risco modificáveis, como a hipertensão arterial, diabetes melito, tabagismo, dislipidemia, obesidade, sedentarismo e fatores psicossociais, além da promoção de comportamentos saudáveis e modificação do estilo de vida<sup>(1)</sup>.

Apesar de o governo brasileiro ter elevado o investimento em recursos para a ampliação dos serviços básicos e medidas preventivas, as doenças cardiovasculares ainda respondem por 80,0% do atendimento médico, sendo a terceira causa de internação hospitalar. O impacto da morbidade relacionada a essas doenças atinge, principalmente, adultos jovens, expostos com frequência às mudanças negativas do estilo de vida contemporâneo<sup>(2)</sup>.

Nas últimas décadas, estudos têm mostrado que os fatores psicossociais desempenham papel importante na morbidade e mortalidade das coronariopatias. No entanto, apesar de frequentes, essas condições psiquiátricas são pouco reconhecidas e podem persistir por tempo prolongado, impactando substancialmente na qualidade de vida desses pacientes e interferindo na capacidade de autocuidado e de adaptação a um novo estilo de vida<sup>(3-4)</sup>.

A ansiedade e depressão são os distúrbios psiquiátricos mais presentes nessa população. A literatu-

ra nacional e internacional apresenta inúmeros estudos comprovando a alta prevalência dessas condições em pacientes coronariopatas<sup>(3,5-6)</sup>. Ademais, recente pesquisa mostra evidências de que a ansiedade e a depressão constituem-se causas independentes para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, destacando, ainda, que são tão importantes quanto os demais fatores de risco já consagrados na literatura<sup>(3)</sup>, como tabagismo, obesidade e hábitos de vida pouco saudáveis.

Outros aspectos vinculados à saúde mental também têm sido apontados na literatura como fatores que influenciam o aparecimento dessas doenças, como por exemplo: resiliência<sup>(5)</sup>, estresse e tipo de personalidade<sup>(7)</sup> e emoções negativas<sup>(8)</sup>.

A autoestima é um componente fundamental para a saúde mental. Esse constructo subjetivo é definido como uma atitude de aprovação ou de reprovação de si e engloba o autojulgamento em relação à competência e valor. A baixa autoestima caracteriza-se pelo sentimento de incompetência, inadequação à vida e de incapacidade de superar desafios. Contrariamente, a alta autoestima envolve um sentimento de confiança e competência de si mesmo<sup>(9)</sup>.

Recentes pesquisas sugerem que a elevada autoestima pode estar associada com a melhora do funcionamento do sistema nervoso parassimpático, podendo conferir benefícios cardiovasculares e amortecer os efeitos do estresse e da ansiedade<sup>(10-11)</sup>.

Já a baixa autoestima tem sido associada em alguns estudos à ansiedade e à depressão<sup>(11-12)</sup>. Entretanto, a literatura é escassa a respeito da associação dessa variável com doenças cardiovasculares. Desta forma, conhecer esse cenário pode elucidar estratégias para identificar e fortalecer a autoestima de pessoas acometidas por coronariopatias.

Portanto, o objetivo dessa pesquisa foi avaliar a autoestima de indivíduos com doença arterial coronariana.

## Métodos

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido em Unidade de Internação Clínica e Cirúrgica destinada à especialidade cardiovascular, de um Hospital Escola 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 e 53.000 atendimentos mensais.

A população foi constituída por pacientes com doença arterial coronariana, 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 possibilitem 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=77).

Para a coleta dos dados foram utilizados três instrumentos: caracterização sociodemográfica (sexo, idade, presença de companheiro, escolaridade, renda e atividade laboral), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão *Hospital Anxiety and Depression Scale*<sup>(13)</sup> e Escala de Autoestima de Rosenberg<sup>(9)</sup>.

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão é de fácil manuseio e rápida execução. Possui 14 itens, sendo sete para avaliação da ansiedade e sete para a depressão. Cada item contempla quatro respostas de zero a três, totalizando uma pontuação máxima de 21 pontos para cada subescala. Considera-se ansiedade quando a pontuação for maior ou igual a nove e sem ansiedade quando estiver entre zero a oito pontos. Da mesma forma, considera-se depressão quando a pontuação for maior ou igual a nove e sem depressão quando estiver entre zero a oito pontos<sup>(13)</sup>.

A Escala de Autoestima de Rosenberg foi traduzida e adaptada para uso no Brasil e 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, após redefinição dos cinco itens com pontuação reversa. A somatória das respostas pode variar de 10 a 40, e a autoestima classificada em alta ou satisfatória (maior que 30 pontos), média (de 20 a 30 pontos) e baixa ou insatisfatória (menor que 20 pontos)<sup>(14)</sup>.

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2015, por meio de entrevista, aplicada verbalmente pela entrevistadora.

Os dados foram processados e analisados por meio do programa *Statistical Package for Social Science* versão 19 for Windows IBM Company Copyright 2010. 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 foi comparada com a sintomatologia ansiosa e depressiva mediante a aplicação do teste t para amostras independentes (quando foram comparados dois grupos amostrais). O nível de significância adotado foi de 0,05.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

## Resultados

Dos 77 participantes, 50 (64,9%) eram do sexo masculino, com variação de idade entre 26 a 83 anos (57,4±12,8). A maioria, 44 (57,1%), referiu possuir companheiro e em relação às atividades profissionais, 43 (55,8%) não as exerciam, por motivos de afastamento do emprego, ser aposentado ou não trabalhar.

A maior parte dos entrevistados, 30 (39,0%), afirmou possuir a doença por tempo maior que cinco anos e 22 (28,6%) pelo período de um a cinco anos. Quando questionados sobre a presença de comorbidades, 54 (70,1%) negaram qualquer doença associada. Ademais, a maioria, 64 (83,1%), relatou não ter hábito tabágico, 56 (72,7%) negaram etilismo e 43 (55,8%) referiram possuir personalidade estressada. Grande parte dos pacientes, 53 (68,8%), mencionou que a doença interfere em suas atividades de vida diária.

Sobre os escores de autoestima, 48 (62,3%) participantes obtiveram autoestima moderada e 29 (37,7%) autoestima baixa. Nenhum paciente foi avaliado com elevada autoestima. A autoestima foi influenciada pelas variáveis: sexo ( $p=0,040$ ), escolaridade ( $p=0,009$ ), sintomas ansiosos ( $p=0,010$ ) e depressivos ( $p=0,030$ ). Os maiores escores de autoestima estiveram presentes nas mulheres, com maior escolaridade e com sintomatologia ansiosa e depressiva, conforme Tabela 1.

**Tabela 1** - Autoestima dos participantes, de acordo com variáveis sociodemográficas e clínicas

| Variáveis    | Autoestima    |               | p*    |
|--------------|---------------|---------------|-------|
|              | Baixa<br>n(%) | Média<br>n(%) |       |
| Sexo         |               |               |       |
| Feminino     | 6 (22,2)      | 21 (77,8)     | 0,040 |
| Masculino    | 23 (46,0)     | 27 (54,0)     |       |
| Escolaridade |               |               |       |
| Sem estudo   | 28 (44,4)     | 35 (55,6)     | 0,009 |
| Alfabetizado | 1 (7,1)       | 13 (92,9)     |       |
| Ansiedade    |               |               |       |
| Sim          | 3 (14,3)      | 18 (85,7)     | 0,010 |
| Não          | 26 (46,4)     | 30 (53,6)     |       |
| Depressão    |               |               |       |
| Sim          | 2 (13,3)      | 13 (86,7)     | 0,030 |
| Não          | 27 (43,5)     | 35 (56,5)     |       |

\*Teste Qui-Quadrado

Não foram constatadas associações da autoestima com a presença de um companheiro ( $p=0,497$ ), comorbidades ( $p=0,393$ ), interferência nas atividades de vida diária ( $p=0,319$ ) e personalidade ( $p=0,130$ ).

Os sintomas de ansiedade estavam presentes em 21 (27,3%) participantes e de depressão estavam presentes em 15 (19,5%) deles. Esses sintomas foram associados às seguintes variáveis: sexo, comorbidades, interferência nas atividades de vida diária e personalidade, conforme Tabela 2.

As mulheres apresentaram mais sintomas ansiosos e depressivos quando comparadas aos homens ( $p=0,013$ ;  $p=0,004$ ). Os participantes que possuíam comorbidades associadas à doença cardíaca obtiveram mais sintomas depressivos do que aqueles sem comorbidades ( $p=0,027$ ). Os pacientes que mencionaram que a doença interferia em suas atividades de vida diária foram associados à presença de sintomas depressivos ( $p=0,022$ ). No mesmo sentido, os indivíduos que se autoavaliaram com personalidade estressada apresentaram mais sintomas ansiosos ( $p=0,007$ ) e depressivos ( $p=0,001$ ) quando comparados aos demais.

Não se constataram associações significativas entre os sintomas ansiosos e depressivos com as variáveis: escolaridade ( $p=0,148$ ;  $p=0,342$ ), presença de

**Tabela 2** - Sintomas de ansiedade e de depressão dos participantes, de acordo com variáveis sociodemográficas e clínicas

| Variáveis   | Ansiedade   |             | p*    | Depressão   |             | p*    |
|---|-------------|-------------|-------|-------------|-------------|-------|
|   | Sim<br>n(%) | Não<br>n(%) |       | Sim<br>n(%) | Não<br>n(%) |       |
| Sexo  |             |             |       |             |             |       |
| Feminino  | 12 (44,4)   | 15 (55,6)   | 0,013 | 10 (37,0)   | 17 (63,0)   | 0,004 |
| Masculino   | 9 (18,0)    | 41 (82,0)   |       | 5 (10,0)    | 45 (90,0)   |       |
| Comorbidades  |             |             |       |             |             |       |
| Sim   | 8 (34,8)    | 15 (65,2)   | 0,334 | 8 (34,8)    | 15 (65,2)   | 0,027 |
| Não   | 13 (24,1)   | 41 (75,9)   |       | 7 (13,0)    | 47 (87,0)   |       |
| Interferência da doença nas atividades de vida diária |             |             |       |             |             |       |
| Sim   | 17 (32,1)   | 36 (67,9)   | 0,160 | 14 (26,4)   | 39 (73,6)   | 0,022 |
| Não   | 4 (16,7)    | 20 (83,3)   |       | 1 (4,2)     | 23 (95,8)   |       |
| Relato de personalidade estressada                    |             |             |       |             |             |       |
| Sim   | 17 (39,5)   | 26 (60,5)   | 0,007 | 14 (32,6)   | 29 (67,4)   | 0,001 |
| Não   | 4 (11,8)    | 30 (88,2)   |       | 1 (2,9)     | 33 (97,1)   |       |

\*Teste Qui-Quadrado

companheiro ( $p=0,301$ ;  $p=0,361$ ), exercício de atividades profissionais ( $p=0,160$ ;  $p=0,347$ ), tempo as doença ( $p=0,511$ ;  $p=0,815$ ), hábito de tabagismo ( $p=0,709$ ;  $p=0,683$ ) e consumo de bebida alcoólica ( $p=0,875$ ;  $p=0,177$ ). Presença de comorbidades e interferência da doença nas atividades de vida diária não foram associadas estatisticamente com os sintomas ansiosos.

Os resultados do teste t para amostras independentes mostraram que a idade não influenciou os sintomas de ansiedade ( $p=0,067$ ) e depressão ( $p=0,772$ ) nos pacientes avaliados.

## Discussão

Este estudo foi limitado pelo tempo e delineamento transversal, não sendo possível o acompanhamento do paciente em longo prazo para avaliar em que fase da doença cardíaca o paciente inicia decréscimo dos níveis de autoestima e elevação dos sintomas ansiosos e depressivos. No entanto, esses resultados elucidam a necessidade de uma avaliação integral do paciente coronariopata, bem como mostra possibilidades de atuação para prevenir ou minimizar a doença cardíaca.

Os resultados deste estudo mostraram autoestima moderada e baixa em seus participantes. Encontrou-se na literatura elevada prevalência de baixa autoestima em pacientes com doenças crônicas como púrpura trombocitopênica idiopática<sup>(15)</sup> e obesidade<sup>(16)</sup>. Observa-se, então, que os níveis de autoestima podem ser afetados negativamente pela doença crônica e, esse fato, tem relação com as consequências onerosas da doença, diminuição de capacidade de enfrentamento e resiliência prejudicada<sup>(15)</sup>.

Alguns estudos demonstraram que a duração da doença tem efeito direto sobre a autoestima dos pacientes, uma vez que tratamentos em longo prazo afetam negativamente essa variável<sup>(15,17)</sup>. Baixos escores de autoestima, especialmente nas doenças crônicas, tem um impacto negativo sobre as relações interpessoais, os pensamentos, os sentimentos e as atividades de vida diária dos pacientes<sup>(17)</sup>, o que compromete a

sua capacidade de gestão da doença e os tornam mais vulneráveis a eventos agudos.

Os pacientes que sofrem de coronariopatias experienciam, muitas vezes, sentimento de perda de autocontrole, pois a doença exige uma vida mais regrada, com modificações na dieta, exercícios físicos, uso de medicamentos, entre outras imposições. Esse fato constitui fator de risco para a baixa autoestima, e conseqüentemente para a redução da qualidade de vida, aumento da prevalência de depressão e de outras doenças físicas<sup>(4)</sup>.

Recente estudo evidenciou que baixos níveis de autoestima foram associados a maior frequência e duração de hospitalização, redução da qualidade de vida, deficiência funcional, uso prolongado de medicamentos com efeitos colaterais adversos, alterações na aparência e mudanças no estado psicológico dos pacientes<sup>(15)</sup>.

Considerando-se que a gênese das síndromes coronarianas agudas envolve mecanismos fisiopatológicos isquêmicos e que algumas doenças crônicas não controladas são as principais promotoras do processo aterosclerótico, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito<sup>(1)</sup>, o predomínio de baixa e moderada autoestima na população deste estudo pode estar associada, em parte, à presença de doenças cardiovasculares e metabólicas subjacentes.

Nosso estudo encontrou que índices elevados de autoestima estiveram mais presentes em pessoas do sexo feminino, com maior escolaridade e com sintomas de ansiedade e depressão.

A literatura evidencia resultados contrários, demonstrando que os déficits de autoestima foram associados à presença de ansiedade<sup>(10-11)</sup>. Estudo americano conduzido com 858 participantes comprovou a relação causa e efeito dos distúrbios ansiosos no desenvolvimento de doenças cardíacas. A autoestima elevada foi associada à proteção cardiovascular, já que leva a redução da ansiedade, dos níveis pressóricos e da reatividade cardiovascular<sup>(10)</sup>.

Pesquisa longitudinal, conduzida com 1641 pacientes na Holanda, sugere que reduzidos escores

de autoestima estão relacionados a elevados níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva<sup>(11)</sup>. Outra importante investigação também corrobora esses dados, enfocando que a baixa autoestima é preditiva de depressão e ansiedade, estando, ainda, fortemente associada ao sexo feminino<sup>(12)</sup>.

Acredita-se que, neste estudo, embora os maiores valores de autoestima estivessem presentes em pacientes do sexo feminino, e naqueles com sintomas ansiosos e depressivos, vale ressaltar que todos eles apresentaram autoestima moderada e baixa. Nenhum participante foi classificado com elevada autoestima.

Em relação ao nível educacional, a presente pesquisa demonstrou associação positiva entre escolaridade e autoestima. Resultado semelhante foi encontrado em estudo iraniano que demonstrou forte associação entre essas variáveis ( $r=0,36$ ;  $p<0,003$ ), sugerindo que quanto maior os anos de estudo maior a autoestima<sup>(15)</sup>.

Os sintomas de ansiedade e depressão estiveram presentes em 27,3% e 19,5% dos pacientes, respectivamente. Achados similares foram encontrados em outros estudos, que também demonstraram prevalências importantes de sintomas de ansiedade e de depressão na mesma população<sup>(3,5)</sup>.

Nossos dados corroboram os resultados de um grande estudo europeu que envolveu mais de 7589 pacientes hospitalizados por eventos coronarianos<sup>(3)</sup>. Seus achados demonstraram prevalência de 26,3% e 22,4% de ansiedade e depressão, respectivamente, sendo relacionadas positivamente ao sexo feminino, menor nível educacional e estilo de vida mais sedentário<sup>(3)</sup>.

Embora a literatura seja consistente sobre a elevada prevalência de sintomas psicoafetivos em pacientes com coronariopatias, há evidências de baixas taxas de tratamento ansiolítico e antidepressivo nessa população<sup>(3)</sup>, sugerindo que a existência dessas manifestações emocionais em pacientes com doenças coronarianas não é avaliada consistentemente ou valorizada e, portanto, pouco diagnosticada e tratada.

Grande estudo de coorte prospectiva docu-

mentou que a ansiedade está associada ao aumento do risco de doenças cardiovasculares e à mortalidade em participantes inicialmente saudáveis<sup>(6)</sup>. Há ainda evidências de que a presença de sintomas ansiosos e depressivos impacta negativamente nos escores de qualidade de vida nesses pacientes<sup>(4)</sup>.

A contribuição dos transtornos de depressão e ansiedade para o desenvolvimento e agravamento dessas doenças ainda não está clara. Várias hipóteses foram desenvolvidas para explicar essa associação. Um dos principais fatores elencados é a influência de sintomas ansiosos na elevação dos níveis de pressão arterial, inclusive em seus valores matinais<sup>(18)</sup>, que se constitui em um fator de risco independente para complicações cardiovasculares.

Ademais, comportamentos negativos relacionados ao controle do estresse, como aumento do consumo de álcool e tabaco e a diminuição da realização de exercícios físicos estão associados na literatura científica a maiores taxas de ansiedade, depressão e doenças do coração. O estresse, a ansiedade e a depressão agem como obstáculos a modificação do estilo de vida, dificultando o alcance de metas terapêuticas, conferindo maior risco cardiovascular ao indivíduo<sup>(7-8)</sup>.

No presente estudo as mulheres apresentaram mais sintomas ansiosos e depressivos quando comparadas aos homens. A literatura demonstra diferenças significativas na susceptibilidade à isquemia miocárdica desencadeada pelo estresse emocional de acordo com sexo e idade, com mulheres jovens apresentando maiores evidências dessa condição clínica entre os pacientes com doença coronária. As condições psicossociais prejudicadas se relacionam com aumento de morbimortalidade entre mulheres jovens com doença cardíaca isquêmica<sup>(19)</sup>, mas como o estresse mental, de forma singular, modula o curso das mulheres ainda não está claro.

Há evidências científicas de que as mulheres experimentam emoções, particularmente aquelas com uma valência negativa, como medo, raiva e tristeza, com maior intensidade do que os homens. Além disso, as mulheres muitas vezes se envolvem em estratégias



de enfrentamento centradas na emoção e relatam um impacto negativo maior do que os homens ao estresse, características que são preditivas da sintomatologia ansiosa e depressiva<sup>(8)</sup>.

Nesse estudo, a depressão também mostrou associação positiva com presença de comorbidades corroborando com um estudo que avaliou ansiedade, depressão, resiliência e autoestima em pacientes com doenças cardiovasculares<sup>(5)</sup>. Além disso, as manifestações de depressão também se mostraram mais presentes em pacientes que relataram que a doença arterial coronariana causava interferências em suas atividades da vida diária. Resultado semelhante foi encontrado em estudo recente<sup>(4)</sup>. Acredita-se que esse seja um dos fatores que interfira negativamente na qualidade de vida nesses pacientes.

No mesmo sentido, neste estudo, os indivíduos que se autoavaliaram com personalidade estressada apresentaram mais sintomas ansiosos e depressivos quando comparados aos demais. Recente pesquisa corrobora esses resultados, demonstrando associação positiva entre personalidade estressada e maiores níveis de ansiedade e depressão. Além disso, essa variável se mostrou um preditor independente de eventos cardíacos adversos maiores em pacientes com coronariopatias<sup>(7)</sup>.

Observa-se que as evidências científicas deste estudo e a literatura deixam bem claro sobre a multiplicidade de elementos envolvidos na gênese de doenças cardiovasculares e como os fatores psicológicos podem contribuir para o desenvolvimento, evolução ou reabilitação de patologias cardíacas, demonstrando a importância de compreender esses aspectos e a sua relação com essas enfermidades, para o embasamento de abordagens preventivas.

## Conclusão

Concluiu-se que os níveis de autoestima dos pacientes com doença arterial coronariana avaliados nessa investigação foram médios e baixos. Níveis mais

elevados de autoestima foram associados ao sexo feminino, maior escolaridade e à presença de sintomas de ansiedade e depressão. A sintomatologia ansiosa e depressiva foi relevante na amostra estudada, apresentando associação com o sexo feminino e relato de personalidade estressada. A depressão foi associada com maior frequência de comorbidades e interferência nas atividades de vida diária dos pacientes.

## Colaborações

Pompeo DA contribuiu na concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Eid LP contribuiu na redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Carvalho IG, Bertolli ES e Oliveira NS contribuíram na concepção e projeto, análise e interpretação dos dados.

## Referências

1. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. AHA Statistical Update: heart disease and stroke statistics-2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2016; 133(4):e38-360. doi:<http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000000350>
2. Villela LCM, Gomes FE, Meléndez JGV. Mortality trend due to cardiovascular, ischemic heart diseases, and cerebrovascular disease. *Rev Enferm UFPE on line [Internet]*. 2014 [cited 2017 Apr 13]; 8(9):3134-41. doi: Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/4949>
3. Pogossova N, Kotseva K, Bacquer D, Von Känel R, Smedt D, Bruthans J, et al. Psychosocial risk factors in relation to other cardiovascular risk factors in coronary heart disease: results from the EUROASPIRE IV survey. A registry from the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol*. 2017; 24(13):1371-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/2047487317711334>



4. Tusek-Bunc K, Petek D. Comorbidities and characteristics of coronary heart disease patients: their impact on health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr. 13]; 14(1):159. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27846850>
5. Carvalho IG, Bertolli ED, Paiva L, Rossi LA, Dantas RA, Pompeo DA. Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016; 24:e2836. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1405.2836>
6. Celano CM, Daunis DJ, Lokko HN, Campbell KA, Huffman JC. Anxiety disorders and cardiovascular disease. *Curr Psychiatry Rep*. 2016; 18(11):101. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-016-0739-5>
7. Du J, Zhang D, Yin Y, Zhang X, Li J, Liu D, et al. The personality and psychological stress predict major adverse cardiovascular events in patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention for five years. *Medicine (Baltimore)*. 2016; 95(15):e3364. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000003364>
8. Victor TA, Drevets WC, Misaki M, Bodurka J, Savitz J. Sex differences in neural responses to subliminal sad and happy faces in healthy individuals: Implications for depression. *J Neurosci Res*. 2017; 95(1-2):703-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jnr.23870>
9. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. *Science*. 1965; 148(3671):804. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.148.3671.804>
10. Edmondson D, Arndt J, Alcántara C, Chaplin W, Schwartz JE. Self-esteem and the acute effect of anxiety on ambulatory blood pressure. *Psychosom Med*. 2015; 77(7):833-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000219>
11. Van Tuijl LA, Jong PJ, Sportel B, Hullu E, Nauta MH. Implicit and explicit self-esteem and their reciprocal relationship with symptoms of depression and social anxiety: A longitudinal study in adolescents. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2014; 45(1):113-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.09.007>
12. Tripkovic I, Roje R, Krnic S, Nazor M, Karin Z, Capkun V. Depression and self-esteem in early adolescence. *Cent Eur J Public Health* [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr. 13]; 23(2):142-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26851429>
13. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 1983 [cited 2017 May. 13]; 67(6):361-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>
14. Dini DM, Ferreira LM, Quaresma MR. Translation into Portuguese, cultural adaptation and validation of the Rosenberg self-esteem scale. *Rev Soc Bras Cir Plast* [Internet]. 2004 [cited 2017 May. 13]; 19(1):41-52. Available from: <http://www.rbcp.org.br/imagebank/pdf/19-01-04pt.pdf>
15. Hemati Z, Kiani D. The Relationship between self-esteem and quality of life of patients with idiopathic thrombocytopenic purpura at Isfahan's Sayed Al-shohada Hospital, Iran, in 2013. *Int J Hematol Oncol Stem Cell Res* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr. 14]; 10(2):79-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27252807>
16. Hill AJ. Obesity in children and the 'myth of psychological maladjustment': self-esteem in the spotlight. *Curr Obes Rep*. 2017; 6(1):63-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s13679-017-0246-y>
17. Ghodusi M, Heidari M, Ali Sheikh R, Shirvani M. The Relation Between Body Esteem With Self Esteem And Perceived Social Support In Multiple Sclerosis Patients – Assessment. *Natl J Integr Res Med* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr. 14]; 7(1):7-11. Available from: <http://www.scopemed.org/?mno=221277>
18. Ozpelit ME, Ozpelit E, Dogan NB, Pekel N, Ozyurtlu F, Yilmaz A, et al. Impact of anxiety level on circadian rhythm of blood pressure in hypertensive patients. *Int J Clin Exp Med* [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr. 14]; 8(9):16252-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4659029/>
19. Dreyer RP, Smolderen KG, Strait KM, Beltrame JF, Lichtman JH, Lorenze NP, et al. Gender differences in pre-event health status of young patients with acute myocardial infarction: a VIRGO study analysis. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2016; 5:43-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/2048872615568967>