

Avaliação do apoio social e da auto-estima por indivíduos coronariopatas, segundo o sexo

GENDER-SPECIFIC EVALUATION OF CORONARY DISEASE PATIENTS' SELF-ESTEEM AND SOCIAL SUPPORT

EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL Y DE LA AUTOESTIMA ENTRE PACIENTES CON CORONARIOPATÍAS SEGÚN EL SEXO

Camila Donida Silvério¹, Rosana Aparecida Spadoti Dantas², Ariana Rodrigues Silva Carvalho³

RESUMO

Este estudo descritivo teve como objetivo avaliar o apoio social e a auto-estima de pacientes coronariopatas internados para tratamento clínico dessa doença. Uma amostra de 80 pacientes, sendo 49 homens, 52 casados e com idade média de 52 anos, foram entrevistados de agosto de 2005 a junho de 2006. Os dados coletados foram analisados por estatística descritiva, e as medidas de apoio social e auto-estima foram comparadas pelo teste de Mann-Whitney, de acordo com o sexo. As consistências internas das escalas foram verificadas, obtendo-se valores que indicam boa consistência interna para ambas. Os resultados indicaram valores elevados de apoio social e auto-estima no grupo estudado. Não constatamos diferenças estatisticamente significantes entre estes valores, segundo o sexo dos pacientes. Essas variáveis têm sido apontadas como favorecedores no processo de reabilitação dos pacientes cardíacos após a alta.

DESCRITORES

Doença das coronárias.
Cardiopatias.
Auto-imagem.
Apoio social.
Reabilitação.

ABSTRACT

The purpose of this descriptive study was to evaluate the social support and self-esteem of coronary disease patients hospitalized for the clinical treatment of this disease. The sample consisted of 80 patients, 49 men, 52 married, and with an average age of 52 years. Interviews took place from August 2005 to July 2006. The collected data were analyzed using descriptive analysis, and the measured social support and self-esteem were compared by the descriptive statistics, and the social support and self-esteem measures were compared using the Mann-Whitney test, according to patient gender. Internal consistency was verified, achieving values that indicate good internal consistency for both scales. The results showed high social support and self-esteem values in the studied group. No statistically significant differences were found between these values, according to patient gender. These variables have been pointed out as aspects that favor the rehabilitation process of heart disease patients after hospital discharge.

KEY WORDS

Coronary disease.
Heart diseases.
Self concept.
Social support.
Rehabilitation.

RESUMEN

Este estudio descriptivo tuvo como objetivo evaluar el apoyo social y la autoestima de pacientes con coronariopatía internados para tratamiento clínico de esa enfermedad. Se utilizó una muestra de 80 pacientes, siendo 49 hombres, 52 casados y con edad promedio de 52 años; fueron entrevistados de agosto 2.005 a junio 2.006. Los datos recolectados fueron analizados con la estadística descriptiva y las medidas de apoyo social y de autoestima fueron comparadas, según el sexo, por la prueba de Mann-Whitney. Las consistencias internas de las escalas fueron verificadas, obteniéndose valores que indican una buena consistencia interna para ambas. Los resultados indicaron valores elevados de apoyo social y autoestima en el grupo estudiado. No constatamos diferencias estadísticamente significativas entre esos valores, según el sexo de los pacientes. Esas variables han sido apuntadas como favorecedores en el proceso de rehabilitación de los pacientes cardíacos después del alta.

DESCRIPTORES

Enfermedad coronaria.
Cardiopatías.
Autoimagen.
Apoio social.
Rehabilitación.

¹ Graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Iniciação Científica (PIBIC/USP - CNPq). Ribeirão Preto, SP, Brasil. ² Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. rsdantas@eerp.usp.br ³ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora Assistente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

A avaliação da auto-estima e do apoio social tem sido apontada como um importante aspecto na assistência de enfermagem voltada aos indivíduos coronariopatas durante a hospitalização e após a alta hospitalar⁽¹⁻²⁾. Entretanto, um aspecto a ser considerado nessa avaliação são as diferenças e semelhanças entre os sexos quando esses indivíduos passam por situações de saúde adversas, como é o caso de um evento coronário isquêmico.

As mulheres com doença arterial coronária (DAC) têm desvantagens clínicas, físicas e sociais se comparadas aos homens e isso pode influenciar a percepção da sua recuperação depois de eventos cardíacos⁽³⁾. Embora neste estudo estejamos utilizando o sexo como referencia biológica dos pacientes cardíacos, sabemos que fatores sociais, psicológicos, culturais e biológicos contribuem para o conceito de gênero e esses fatores podem influenciar o comportamento na doença e no seu processo de reabilitação⁽³⁾.

Há uma crença no potencial do apoio social como fator que ajuda a diminuir o estresse e favorecer os mecanismos de enfrentamento dos doentes crônicos, como nos casos dos coronariopatas. No entanto, a falta de consistência e clareza na sua conceituação tem sido um grande problema na interpretação dos resultados obtidos nos estudos. Apoio social tem sido definido de várias maneiras e englobando diferentes componentes, entre eles os chamados estruturais e funcionais⁽⁴⁾.

O componente estrutural analisa o nível de integração *versus* o de isolamento da pessoa em uma rede social. O componente funcional, por sua vez, refere-se à extensão em que as relações sociais podem cumprir determinadas funções. Duas categorias de apoio funcional têm prevalecido na literatura: a instrumental ou material e a emocional ou de estima. A primeira categoria refere-se à disponibilidade de ajuda, que auxilia a pessoa no manejo ou resolução de situações práticas ou operacionais do cotidiano, como apoio material, financeiro ou das atividades diversas do dia-a-dia. Já o apoio emocional ou de estima consiste de comportamentos que contribuem para que a pessoa se sinta cuidada e/ou estimada, como escutar, ser ouvido, prover atenção ou companhia. Alguns estudos incluem ainda, o apoio informacional, que corresponde aos conselhos e informações recebidas e que auxiliam o indivíduo a avaliar e a lidar com situações difíceis e estressantes⁽⁵⁻⁶⁾.

Na relação entre apoio social e sexo do indivíduo, os estudos têm obtido resultados controversos. Por exemplo, em estudo que avaliou a recuperação de pacientes após infarto do miocárdio, considerando o sexo dos sujeitos, foi constatado que as mulheres tiveram uma maior adaptação após a doença e que referiram maior apoio social do que os homens estudados. Tal resultado levou os autores a concluir que há uma relação entre sexo, apoio social e re-

cuperação após eventos cardíacos⁽⁷⁾. Em outro estudo com pacientes cardíacos hospitalizados para o tratamento cirúrgico de cardiopatias, não foi constatada diferenças nas avaliações do apoio social percebido entre os homens e as mulheres participantes do estudo⁽²⁾. Um aspecto a ser considerado quando se avalia essa relação é a idade dos indivíduos. Em geral, as mulheres que vivenciam eventos cardíacos isquêmicos são mais velhas do que os homens, o que pode indicar uma situação pior de apoio social, haja vista que muitas provavelmente podem estar viúvas e ter pouco acesso a um cuidador para enfrentar essa nova situação de saúde⁽³⁾.

Ao lado do apoio social, outro aspecto que tem sido considerado como determinante da recuperação dos cardiopatas é a auto-estima dos indivíduos acometidos. Ainda são escassos os dados da literatura que possam explicar as diferenças e semelhanças entre a auto-estima e os resultados relacionados à saúde, principalmente com o enfoque relacionado ao sexo⁽⁸⁾. A auto-estima de indivíduos com doenças cardíacas tem sido estudada com relação a diversos aspectos, dentre eles a qualidade de vida. Elevada auto-estima tem sido associada a baixos níveis de depressão e tensão, favorável recuperação social e física e elevada qualidade de vida após eventos cardíacos. Os indivíduos com doença arterial coronariana precisam, muitas vezes, mudar comportamentos (deixar de fumar, controlar estresse, mudar a dieta alimentar) e assumir novas tarefas (praticar exercícios físicos e usar medicamentos). A auto-estima tem sido considerada como um fator que influencia nas mudanças de comportamentos. Um indivíduo com baixa auto-estima, provavelmente, teria uma menor expectativa com relação ao seu desempenho em promover e manter a mudança necessária para a sua recuperação⁽¹⁾.

Elevada auto-estima tem sido associada a baixos níveis de depressão e tensão, favorável recuperação social e física e elevada qualidade de vida após eventos cardíacos.

Diante do exposto, a finalidade deste estudo foi avaliar o apoio social e a auto-estima de indivíduos com doença arterial coronariana que se encontravam internados para o diagnóstico e/ou tratamento clínico dessa cardiopatia considerando o sexo dos participantes. Para tanto consideramos neste estudo que apoio social é a avaliação da frequência e da satisfação referidas pelo participante com o apoio emocional e instrumental recebidos⁽⁵⁾. Auto-estima foi considerada como a avaliação que o indivíduo faz usualmente de si mesmo e que se expressa em atitudes de aprovação ou não de sua pessoa⁽⁹⁾. Conforme apresentado, tal avaliação poderá servir de subsídio para que os enfermeiros possam melhor planejar o preparo da alta e o seguimento ambulatorial do indivíduo com cardiopatias isquêmicas visando favorecer a sua reabilitação.

OBJETIVOS

Os objetivos propostos foram avaliar e comparar o apoio social e a auto-estima de indivíduos com doença arterial coronariana, internados para diagnóstico e/ou tratamento clínico, segundo o sexo dos participantes.

MÉTODO

Delineamento, local e população do estudo

Trata-se de um estudo observacional, tipo corte transversal, realizado em um hospital de ensino localizado no interior do estado de São Paulo e que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital de ensino em questão sob o Processo nº 3585/2005. A potencial população do estudo constou de pacientes, de ambos os sexos, internados para diagnóstico e/ou tratamento clínico da doença arterial coronariana. Os potenciais participantes foram convidados a participarem do estudo cujos objetivos foram apresentados e, com a concordância dos mesmos, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Uma amostra de conveniência foi composta por aqueles pacientes que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: estar internado para diagnóstico e/ou tratamento clínico da DAC, no período de agosto de 2005 a junho de 2006; ter acima de 18 anos; estar em condições de responder às questões formuladas pelos pesquisadores e concordar em participar do estudo.

Coleta dos dados e instrumentos de medidas

Os dados foram coletados por entrevistas individuais e consulta aos prontuários dos sujeitos. Para avaliação do apoio social utilizamos a versão traduzida para o português⁽⁶⁾ da escala *Social Support Inventory for People who are HIV Positive or Have Aids*⁽⁵⁾. A aprovação para o uso do instrumento traduzido foi concedida pela autora brasileira que realizou a adaptação para o português⁽⁶⁾. O instrumento, em sua versão original e na versão adaptada para o Brasil, mostrou ter validade de constructo e de critério nas populações estudadas⁽⁵⁻⁶⁾. A versão em português também já foi usada em pacientes cardíacos, tendo mostrado boa confiabilidade nesta população, com valores de alfas de Cronbach variando de 0,74 (apoio instrumental) a 0,88 (total)⁽²⁾. Essa escala abrange duas dimensões do apoio social, a instrumental e a emocional. A dimensão instrumental, avaliada em 10 itens, aborda a percepção do indivíduo quanto à disponibilidade e quanto à satisfação com o apoio recebido para: a resolução de questões operacionais relacionadas ao seu tratamento de saúde, atividades práticas do cotidiano, ajuda material e/ou financeira. A dimensão emocional, com 12 itens, avalia a percepção do indivíduo quanto à disponibilidade e quanto à satisfação com o apoio recebido para ser ouvido, ter atenção e informação, companhia e apoio emocional em relação à sua condição de saúde e tratamento. As respostas aos itens são em escala tipo Likert de cinco pontos que avalia a frequência do apoio percebido (1=nunca a 5=sempre) e a satisfação com o mesmo (1=muito insatisfeito a 5=muito satisfeito). Não há um escore único para o instrumento sendo calculado quatro pontuações finais, variando de um a cinco, obtidas pela média aritmética dos pontos nos itens correspondentes, a saber: para a frequência e para a satisfação com o apoio

instrumental, e para a frequência e para a satisfação com o apoio emocional. Quanto maior a média obtida, maior a percepção de disponibilidade ou maior no componente correspondente⁽⁵⁻⁶⁾. Em cada sub-escala os participantes podem fornecer ao pesquisador quais são as fontes do apoio percebido considerando as seguintes opções: esposo(a), familiar que mora junto, familiar que não mora junto, amigos, chefe/colegas de trabalho, vizinhos, profissionais da saúde e outra pessoa. As fontes de apoio citadas pelos participantes são avaliadas segundo a porcentagem de citações no grupo investigado⁽⁶⁾. Neste estudo, essa frequência foi calculada considerando o número de pacientes por sexo. No final do instrumento também há uma questão aberta opcional que questionava se o participante tinha recebido algum outro tipo de apoio. Essa questão tem como objetivo identificar outra(s) modalidade(s) de apoio relevante(s) para o participante e está presente na versão em português⁽⁶⁾. Um número reduzido de pessoas respondeu essa questão, sendo que entre aqueles que a responderam, as informações fornecidas reiteravam os aspectos que já haviam sido abordados nos itens anteriores do instrumento, sem o acréscimo de novas informações relevantes.

A auto-estima foi avaliada pela Escala de Auto-estima de Rosenberg, em sua versão traduzida e adaptada para o português⁽⁹⁻¹⁰⁾. Trata-se de uma escala do tipo Likert de quatro pontos (1=concordo fortemente, 2=concordo, 3=discordo, 4=discordo fortemente) contendo 10 itens. A escala permite um escore total, variando de 10 a 40, obtido pela soma dos pontos em cada item, após a reversão de cinco de seus itens⁽¹⁾. Altos valores indicam elevada auto-estima⁽⁹⁾.

Neste estudo, consideramos os valores de alfa de Cronbach acima de 0,70 como sendo aqueles adequados para indicar a confiabilidade dos instrumentos de avaliação no que se refere à consistência interna de seus itens⁽¹¹⁾. Entre os participantes do sexo masculino obtivemos valores acima de 0,70 para as sub-escalas de apoio social que investigam a percepção sobre a satisfação com o apoio instrumental e emocional e de 0,60 a 0,66 para as sub-escalas que avaliam a percepção sobre a frequência dos apoios recebidos e da medida de auto estima. Entre as mulheres, embora em menor número (n=31) do que os homens (n=48), os valores dos alfa não foram adequados para as sub-escalas de apoio social relacionada à percepção sobre a satisfação com o apoio emocional (0,66) e com a frequência do apoio social instrumental (0,52).

Para garantir a compreensibilidade do instrumento de coleta optou-se por realizar, primeiramente, a análise semântica das escalas⁽¹²⁾. Foram entrevistados três sujeitos, potenciais participantes do estudo, questionando-os sobre a compreensibilidade dos itens das escalas e solicitando sugestões para tornar cada item o mais compreensível possível. Essa etapa resultou na manutenção da redação das versões adaptadas. Em seguida, foi realizado um teste piloto com cinco participantes que atenderam aos critérios de inclusão da amostra, com o objetivo de verificar a adequação do instrumento de coleta como um todo, incluindo as

escalas de avaliação do apoio social e auto-estima. Após a conclusão do teste piloto foi constatado que não havia necessidade de serem realizadas alterações no instrumento, estando o mesmo adequado para a coleta dos dados. Diante disso, optou-se por incluir esses cinco sujeitos na amostra final do estudo.

Processamento e análise dos dados

Os dados foram processados no programa de software *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 15.0 e, posteriormente, analisados por meio de estatística descritiva. Para constatar as possíveis diferenças segundo o sexo dos pacientes, quanto às medidas de auto-estima e de apoio social, realizamos o teste de Mann-Whitney. O valor de

significância adotado foi de 0,05. Para a análise da confiabilidade das medidas de apoio social e auto-estima, no que se refere à consistência interna dos instrumentos usados, foram calculados os valores do alfa de Cronbach.

RESULTADOS

Participaram do estudo 79 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão propostos. Desse total, 48 (60,7%) eram do sexo masculino e 31 (39,3%) do sexo feminino.

A caracterização sócio-demográfica dos participantes encontra-se nas Tabelas 1 e 2, bem como os resultados dos testes de associações das variáveis com o sexo.

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis: idade, tempo de escolaridade e renda familiar e resultados dos testes de associação, segundo o sexo - Ribeirão Preto, SP - 2005-2006

	Intervalo Obtido	Mediana	Média (DP)	p
Idade (em anos)				0,65
Homens*	21-84	58,6	57,20 (12,0)	
Mulheres**	21-81	55,4	56,30 (12,9)	
Escolaridade (em anos)				0,18
Homens*	0 -15	4,0	6,31 (3,7)	
Mulheres**	0 - 11	4,0	4,90 (3,1)	
Renda familiar (em reais)				0,32
Homens*	350 - 3500	1075,00	1155,88 (726,94)	
Mulheres**	350 - 2000	800,00	947,22 (478,19)	

* n=48 ** n= 31 Teste de Mann-Whitney

Na maioria dos casos, em ambos os sexos, constatamos um predomínio de indivíduos casados/morando com alguém, resi-

dindo com uma a três pessoas e na condição de aposentados e sem desempenho de atividades remuneradas (Tabela 2).

Tabela 2 - Frequência das variáveis: estado civil, número de pessoas com quem reside e situação profissional dos participantes, segundo o sexo - Ribeirão Preto, SP - 2005-2006

Variáveis	Masculino*	Feminino**
	N (%)	N (%)
Estado Civil		
Solteiro/ viúvo/ separado	15 (31,3)	12 (38,7)
Casado/vivendo com alguém	33 (68,7)	19 (61,3)
Número de pessoas com quem o paciente reside		
de 1 a 3 pessoas	38 (79,2)	23 (74,2)
4 ou mais pessoas	5 (10,4)	5 (16,1)
mora sozinho	5 (10,4)	3 (9,7)
Situação profissional		
Aposentado sem atividades remuneradas	21 (43,8)	13 (41,9)
Ativo	15 (31,3)	7 (22,6)
Outros	6 (12,5)	1 (3,2)
Aposentado com atividades remuneradas	4 (8,3)	2 (6,5)
Aguardando aposentadoria	2(4,2)	-
Trabalho em casa, sem remuneração	-	8 (25,8)

* n=48 ** n= 31

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) foi uma manifestação clínica freqüente da DAC para ambos os sexos atingindo 62,5% dos homens e 48,4% das mulheres. Dentre os sujeitos estudados, 37 (77,1%) dos homens investigados apresentaram doenças associadas, o que também ocorreu em 22 (71%) das mulheres, sendo que a hipertensão arterial sistêmica foi a doença associada mais prevalente, atingindo 33 (68,8%) homens e 21 (67,7%) mulheres. A média de dias de internação, no momento da entrevista, foi de 6,5 dias para o grupo masculino (DP=5,3) e 8,8 dias para o feminino (DP= 8,0).

A avaliação do apoio social instrumental e emocional foi obtida, segundo a percepção dos sujeitos quanto à freqüência e satisfação, por meio de uma escala com valores variando de um a cinco, com maiores valores indicando melhor avaliação do apoio percebido. Os dados dessas medidas de apoio social e auto-estima, bem como os resultados dos testes de associação encontram-se na Tabela 3. Não constatamos diferenças estatisticamente significantes entre os grupos no que se refere ao apoio social e a auto-estima.

Tabela 3 - Estatística descritiva e consistência interna das escalas de apoio social instrumental e emocional (freqüência e satisfação) e de auto-estima, segundo o sexo - Ribeirão Preto, SP – 2005-2006

Escalas	Homens	Mulheres	p
	Média (DP)	Média (DP)	
EAS* Instrumental			
Freqüência	4,1 (0,9)	4,1 (0,8)	0,79
Satisfação	4,5 (0,7)	4,3 (0,9)	0,20
EAS*Emocional			
Freqüência	4,0 (0,9)	4,3 (0,8)	0,14
Satisfação	4,2 (0,8)	4,4 (0,7)	0,46
EAER*	33,8 (3,9)	32,7 (5,0)	0,53

* Escala de Apoio Social

**Escala de Auto-estima de Rosenberg

Quanto às fontes de apoio social, instrumental e emocional, mencionadas pelos participantes os resultados obtidos estão apresentados na Tabela 4. Gostaríamos de salientar que visando a padronização dos resultados, a por-

centagem relacionada à fonte de apoio *esposa(o)* foi calculada como as demais fontes, sobre o número total de participantes em cada grupo e não considerando a variável estado civil.

Tabela 4 - Freqüência das fontes de apoio instrumental e emocional mencionadas pelos participantes, de acordo com o sexo - Ribeirão Preto, SP – 2005-2006

Fonte de Apoio	EAS ^a Instrumental		EAS ^a Emocional	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Esposa(o)	37 (77,1%)	16 (51,6%)	35 (72,9%)	17 (54,8%)
Familiar que mora junto	22 (45,8%)	18 (58,1%)	22 (45,8%)	16 (51,6%)
Familiar que não mora junto	35 (72,9%)	20 (64,5%)	35 (72,9%)	21 (67,7%)
Amigos	22 (45,8%)	11 (35,5%)	26 (54,2%)	17 (58,8%)
Chefe/colegas de trabalho	5 (10,4%)	2 (6,5%)	6 (12,5%)	3 (9,7%)
Vizinhos	18 (37,5%)	6 (19,4%)	17 (35,4%)	8 (25,8%)
Profissionais da saúde	4 (8,3%)	3 (9,7%)	17 (35,4%)	12 (38,7%)
Outra pessoa	1 (2,1%)	2 (6,5%)	7 (14,6%)	2 (6,5%)

^a Escala de Apoio Social (N=79)

Observamos que, tanto para os homens quanto para as mulheres, as fontes de apoio citadas foram relativamente as mesmas, nas duas modalidades de apoio, havendo apenas diferença nas fontes *profissionais de saúde* e *outros*. Na categoria *outros*, os participantes fizeram referência, por exemplo, à pessoas de instituições religiosas como fonte de apoio.

As fontes mais citadas de apoio instrumental, pelos homens, foram: a esposa, seguido dos familiares que não moravam junto com a pessoa, enquanto que para as mulheres foram os familiares que moram junto, seguido dos familiares que não residiam com a pessoa. Todavia, no que se refere às fontes de apoio emocional, a esposa e o familiar que não morava junto com a pessoa foram referidas com

a mesma frequência pelos homens. Entre as mulheres, as mesmas citaram o familiar que morava junto, seguido do esposo e dos amigos, na mesma proporção.

DISCUSSÃO

O apoio social dos participantes mostrou-se elevado tanto para a dimensão emocional quanto para a instrumental para ambos os sexos (Tabela 3). Esse resultado difere de alguns estudos que indicaram que o homem tem maior dependência em relação à mulher e também que, devido à idade mais avançada, as mulheres coronariopatas precisam de maior apoio social⁽³⁾. Os homens relataram receber maior apoio das suas esposas enquanto que as mulheres não referiram o mesmo apoio em relação aos maridos⁽³⁾. As mulheres ainda referiram que elas tiveram menor apoio social até um ano após o IAM, em comparação com os homens e que receberam menos assistência nas suas tarefas domiciliares de cuidadores informais.

Cabe salientar que as diferenças entre os instrumentos de avaliação do apoio social usados impedem uma efetiva comparação entre os resultados obtidos. No grupo estudado, não houve diferença entre sexos no que se refere ao estado civil, ou seja, a maioria era casada ou viviam em união consensual. Esse aspecto é importante de ser evidenciado uma vez que a variável *estado civil* poderia ser uma variável de confusão quando analisamos o apoio social segundo o sexo dos indivíduos. Alguns estudos têm sugerido que há uma maior disponibilidade percebida e satisfação com os apoios, em especial o instrumental, por parte das pessoas que tem um companheiro/a⁽¹³⁻¹⁴⁾. Os autores referem que os indivíduos casados ou que vivem com alguém significante possuem maior apoio quando comparados aos que são solteiros, separados ou viúvos. A maior disponibilidade percebida e a satisfação com o apoio instrumental parecem decorrer do fato dessa condição social implicar em maior apoio material e operacional para o tratamento, o que é facilitado pela divisão das despesas e pela proximidade espacial entre o provedor e o receptor do apoio. Outros estudos^(3,15) indicaram que há uma tendência entre as mulheres de perceberem menor apoio informacional e instrumental do que os homens, podendo isso ser explicado conforme a postura e o estilo de comunicação que a mulher assume, ativamente ou passivamente, para receber informações sobre a doença, sua reabilitação e os fatores de risco. As mulheres recebem menos assistência com as tarefas domésticas, e para as mulheres casadas, a carga de trabalho pode ser um fator prejudicial à saúde quando não encontram ajuda para desempenharem essas tarefas. Assim, alguns autores têm defendido a idéia de que o casamento parece ser um fator protetor para os homens, mas não para as mulheres⁽¹⁵⁾. Vale lembrar que, geralmente, os resultados obtidos apontam para uma maior dependência do homem em relação à mulher, quando em recuperação de eventos cardíacos isquêmicos⁽⁶⁾.

Relacionada à fonte de apoio, acredita-se que as mulheres possam ter um apoio social mais deficiente, pois quando chegam a apresentar eventos cardíacos isquêmicos elas estão em uma faixa etária mais adiantada da vida, geralmente viúva, com menos possibilidades de fontes de apoio. Contudo, não foi possível observar essa variação no presente estudo e podemos ressaltar que os estudos têm apresentado resultados não conclusivos sobre essa questão. Por exemplo, pesquisadores constataram que quanto mais idoso o indivíduo, maiores as chances de apresentar outras doenças associadas e dessa forma, poder vivenciar maiores complicações na recuperação de um evento cardíaco isquêmico, necessitando de um maior apoio social. Os resultados indicaram que os homens mais velhos apresentavam pior apoio social, mas isso não aconteceu entre as mulheres mais velhas, o que gerou surpresa, pois há tendência de as mulheres mais velhas estarem viúvas e dessa forma, necessitando de um maior apoio social⁽¹⁵⁾.

Entre os indivíduos cardíacos, o fato de o coração ser considerado um órgão nobre e que centraliza a vida pode justificar o elevado apoio percebido pelos participantes por parte de seus familiares e amigos. Preservar os doentes de fortes emoções, evitando aborrecimentos e contrariedades são condutas adotadas pelos familiares⁽¹⁶⁾.

Os homens relataram receber maior apoio das suas esposas enquanto que as mulheres não referiram o mesmo apoio em relação aos maridos.

Um dado interessante neste estudo, no que tange à fonte de apoio, foi a elevada porcentagem de participantes que fizeram referência aos familiares que não residiam junto com eles. Esse fato pode ser devido à abrangência de indivíduos que se enquadravam nessa categoria, considerando que todos os indivíduos entrevistados, tanto os que moravam

sozinhos quanto os que moravam com mais de quatro pessoas podiam referir essa fonte de apoio, elevando consideravelmente as citações a essa categoria. Houve ainda sujeitos que fizeram referência ao apoio espiritual, fato que pode estar relacionado com o papel que a religiosidade representa para a sociedade em geral. Estudos comprovam que a religiosidade provê auxílio contra a ansiedade, que está intimamente ligada a um elevado risco de mortalidade em pacientes cardíacos⁽¹⁷⁾.

Constatou-se que a auto-estima dos participantes desse estudo também se mostrou elevada (Tabela 3). Um indivíduo com baixa auto-estima, provavelmente, teria uma menor expectativa com relação ao seu desempenho em promover e manter as mudanças necessárias para sua recuperação⁽¹⁾.

Em estudo anterior, com população semelhante ao presente estudo, realizado no mesmo hospital-escola, os autores encontraram que as mulheres possuíam pior auto-estima, provavelmente associada à idade mais avançada e ao baixo nível de escolaridade⁽¹⁾. Vale ressaltar a vertente cultural que apontava às mulheres dessas faixas etárias avançadas para papéis domésticos, de boa mãe e esposa, o que

pode ter influenciado a auto-avaliação desse grupo no que se refere à sua auto-estima. Em nosso estudo, apesar do grupo feminino ter apresentado pior auto-estima em relação ao masculino, não houve diferença estatisticamente significativa entre as medidas obtidas.

Concordamos com outros pesquisadores sobre a existência de uma relação direta entre apoio social e auto-estima e que a avaliação dessas variáveis é importante para a assistência de enfermagem. Estudos têm demonstrado que entre pacientes crônicos, como os cardiopatas, os que possuem um considerável apoio social e tem uma elevada auto-estima, possuem um menor risco de desenvolverem depressão durante a reabilitação^(4,18).

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Os resultados indicaram elevado apoio social, tanto instrumental quanto emocional, e elevada auto-estima entre os pacientes coronariopatas internados em um hospital-escola no interior do estado de São Paulo, independente do sexo dos sujeitos estudados.

Considerando que o apoio social e a auto-estima têm sido fatores facilitadores para o enfrentamento da doença e recuperação do paciente cardíaco, sugere-se que o enfermeiro inclua a avaliação do apoio social e da auto-estima no planejamento da sua assistência, devendo ficar atento para essas características psicossociais.

O conhecimento da auto-estima do indivíduo cardiopata poderá auxiliar o enfermeiro a planejar de forma mais con-

sistente a assistência a esses indivíduos, indicando aqueles que são mais vulneráveis no período de reabilitação.

Alguns estudos propõem que o profissional da saúde possa apoiar o indivíduo que vivenciou o evento isquêmico com regimes mais flexíveis na sua reabilitação, adequando-os quanto às variações de idade e de sexo. Além disso, citam a inclusão de programas domiciliares de reabilitação, com grupos de auto-ajuda, acompanhamento via telefone, grupos de apoio aos familiares e programas específicos ao gênero.

Atualmente, frente à crise no setor da saúde em que vivemos, o profissional da saúde enfrenta muitos desafios que restringem suas ações frente ao atendimento aos indivíduos coronariopatas, ainda ficando longe do ideal, que poderia ser realizado visando uma melhor reabilitação. Entretanto, pode lançar mão da estratégia de avaliações do apoio social e auto-estima que poderá contribuir na detecção daqueles indivíduos que terão maiores dificuldades para se reabilitar, uma vez que pouco ou nenhum apoio e baixa auto-estima poderão refletir em sentimentos de incapacidade para mudar e manter comportamentos favoráveis à saúde cardiovascular, tais como: praticar exercícios físicos, deixar de fumar e alimentar-se adequadamente.

De acordo com o exposto, conhecendo as características individuais dos sujeitos, de acordo com o sexo e outras variáveis, será possível atendê-los em sua totalidade, enfocando seus pontos vulneráveis e direcionando-os às suas potencialidades, como forma de incentivar mudanças que influenciarão positivamente na sua reabilitação.

REFERÊNCIAS

1. Vargas TVP, Dantas RAS, Gois CFL. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(1):20-7.
2. Moraes TPR, Dantas RAS. Evaluation of social support among surgical cardiac patients: support for nursing care planning. *Rev Lat Am Enferm*. 2007;15(2):323-9.
3. Kristofferson ML, Löfmark R, Carlsson M. Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *J Adv Nurs*. 2003;44(4):360-74.
4. Underwood PW. Social support: the promise and the reality. In: Rice VH, editor. *Handbook of stress, coping and health. Implications for nursing, research, theory, and practice*. Thousand Oaks: Sage; 2000. p. 367-87.
5. Renwick R, Holmes T. Description and validation of a measure of received support specific to HIV. *Psychol Rep*. 1999;84(2):663-73.
6. Seidl EMF. Pessoas vivendo com HIV/Aids: configurando relações entre enfrentamento, apoio social e qualidade de vida [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2001.
7. Riegel B, Gocka MS. Gender differences in adjustment to acute myocardial infarction. *Heart Lung*. 1995;24(6):457-66.
8. Nosek MA, Hughes RB, Swedlund N, Taylor HB, Swank P. Self-esteem and women with disabilities *Soc Sci Med*. 2003;56(8):1737-47.
9. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press; 1965.
10. Dini GM. Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.
11. Fayers PM, Machin D. *Quality of life: assessment, analysis and interpretation*. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2007.

-
12. Pasquali L. Teses referentes a constructo: teoria e modelo de construção. In: Pasquali L, organizador. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP; 1999. p. 37-71.
 13. Dantas RAS. Reabilitação após cirurgia de revascularização do miocárdio [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.
 14. Boutin-Foster C, Charlson ME. Getting to the heart of social support: a qualitative study on the mechanisms of action of social support among patients with coronary artery disease [abstract]. J Clin Epidemiol. 2002;55(6):629.
 15. Conn VS, Taylor SG, Abele PB. Myocardial infarction survivors : age and gender differences in physical health, psychosocial state and regimen adherence. J Adv Nurs. 1991;16(9):1026-34.
 16. Dantas RAS, Stuchi RAG, Rossi LA. A alta hospitalar para familiares de pacientes com doença arterial coronariana. Rev Esc Enferm USP. 2002;36(4):345-50.
 17. Hughes JW, Tomlinson A, Blumenthal JA, Davidson J, Sketch MH, Watkins LL. Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients. Ann Behav Med. 2004;28(3):179-85.
 18. Penninx BWJH, Tilburg TV, Kriegsman DMW, Boeke AJP, Deeg DJH, Eijk JTHM. Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. J Aging Health. 1999;11(2):151-68.