



Capacidade de autocuidado e qualidade de vida no pré-operatório de revascularização miocárdica*

Self-care agency and quality of life in the preoperative period of coronary artery bypass graft surgery

Capacidad de autocuidado y calidad de vida en el preoperatorio de revascularización miocárdica

Raul Amaral de Araújo¹, Telma Marques da Silva¹, Vânia Pinheiro Ramos¹

Como citar este artigo:

Araújo RA, Silva TM, Ramos VP. Self-care agency and quality of life in the preoperative period of coronary artery bypass graft surgery. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(2):230-236. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200008>

* Extraído da dissertação "Capacidade de autocuidado e qualidade de vida em indivíduos no pré-operatório de revascularização miocárdica", Universidade Federal de Pernambuco, 2013.

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PB, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze basic self-care conditioning factors and quality of life associated with health, relating them to self-care capacity among individuals in the preoperative period of coronary artery bypass graft surgery. **Method:** Descriptive study with a quantitative approach, theoretically and methodologically anchored in the Self-care Deficit Nursing Theory. Data were collected between March and August 2013, using the Self-care Assessment Scale and the Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey. **Results:** There was a correlation between self-care capacity and quality of life in the preoperative period of coronary artery bypass graft surgery. **Conclusion:** Among participants of this study, a reduction in quality of life may have occurred due to the presence of noncommunicable diseases; nevertheless, individuals sought the best ways to care for themselves.

DESCRIPTORS

Myocardial Revascularization; Self-Care; Quality of Life; Preoperative Care; Nursing Theory.

Autor correspondente:

Raul Amaral de Araújo
Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Prótese e Cirurgia
Buco-Facial
Av. Prof. Moraes Rego, 1235
Cidade Universitária
CEP 50670-901 – Recife, PE, Brasil
raul.amaral@ufpe.br

Recebido: 09/12/2015
Aprovado: 30/03/2016

INTRODUÇÃO

A incidência de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT), concomitantemente ao envelhecimento populacional, tem ocasionado aumento na demanda por serviços especializados, como a Cirurgia de Revascularização Miocárdica (CRM)⁽¹⁻³⁾, a qual prescinde da atuação de enfermeiros na educação em saúde de indivíduos que se submeterão a tal procedimento.

Essa atuação pode ser ancorada em teorias próprias da Enfermagem, a fim de assistir os indivíduos em uma fase marcada por ansiedade, medo e dúvidas referentes ao autocuidado. Nesse cenário, destaca-se a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem⁽⁴⁻⁶⁾.

A supracitada teoria é constituída por três construtos teóricos inter-relacionados: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit do Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem⁽⁵⁾. Esses construtos são permeados por concepções teóricas sobre o autocuidado, a Capacidade de Autocuidado (CAC), além dos Fatores Condicionantes Básicos do Autocuidado (FCB), centralizando o cuidado nos indivíduos, famílias e comunidades⁽⁴⁻⁶⁾.

O arcabouço teórico desenvolvido por Dorothea Orem pode subsidiar estratégias de educação em saúde, desde uma fase diagnóstica, passando por intervenções e suas respectivas avaliações, cujo objetivo é o desenvolvimento humano, bem como a melhor qualidade de vida⁽⁴⁻⁷⁾.

Estudos que utilizaram esse arcabouço teórico em suas premissas^(1,8) destacaram a CAC, que se constitui na habilidade de engajamento em ações de autocuidado, para manutenção da saúde e do bem-estar⁽⁵⁾, fins que foram relacionados à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), por esta enfatizar a percepção sobre saúde e bem-estar nas investigações sobre o processo saúde-doença^(1,3,7-8).

Além da sinergia em comum da CAC e da QVRS para manutenção da saúde e do bem-estar, ambas podem sofrer influência de fatores intrínsecos e extrínsecos aos seres humanos, como idade, sexo, aspectos socioculturais e econômicos. Tais fatores, de acordo com Dorothea Orem, são denominados de FCB^(3,5,7).

Desse modo, entende-se que o conhecimento sobre CAC, QVRS e FCB de indivíduos no pré-operatório de revascularização miocárdica é importante, e pode subsidiar a ação de enfermeiros, seja na educação em saúde ou na prática clínica^(1-2,5,8). Entretanto, são raros os estudos que agreguem esses três fatores relacionados aos cuidados à saúde.

Diante disso, este estudo objetivou analisar os fatores condicionantes básicos do autocuidado e a qualidade de vida relacionada à saúde, associando-os à capacidade de autocuidado em indivíduos no pré-operatório de revascularização miocárdica.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo com corte transversal, e abordagem quantitativa⁽⁹⁻¹⁰⁾, realizado no Pronto-Socorro Universitário Cardiológico de Pernambuco Professor Luiz Tavares, da Universidade de Pernambuco, que é uma instituição hospitalar do sistema público de saúde, referência em

cirurgias cardiovasculares para as regiões Norte e Nordeste do Brasil, situando-se na cidade de Recife-PE.

A amostra do estudo foi calculada por equação para estudos de proporção com população finita, considerando-se pesquisa anterior no local deste estudo⁽¹¹⁾. Os participantes foram arrolados por amostragem não aleatória e intencional⁽⁹⁻¹⁰⁾, constituindo uma amostra de 62 indivíduos.

Na amostra do estudo foram incluídos os indivíduos que se submeteriam pela primeira vez à cirurgia de revascularização miocárdica, em caráter eletivo; de ambos os sexos; e com idade entre 50 e 70 anos, por esta ser a faixa etária predominante na população pesquisada⁽¹¹⁾. Foram excluídos os indivíduos com problemas neuromusculares; em uso de psicotrópicos; e com dificuldade ou incapacidade de comunicação.

A coleta de dados ocorreu entre março e agosto de 2013, sendo realizada individualmente e em ambiente privativo, por meio de entrevista, devido à baixa escolaridade da população pesquisada⁽¹¹⁾.

Na coleta de dados empregaram-se três questionários: (1) sobre informações sociodemográficas e clínicas relacionadas aos FCB; (2) sobre a QVRS – *Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey* (SF-36); (3) sobre a CAC – *Appraisal of Self-Care Agency scale* (ASA-scale). O SF-36⁽¹²⁾ e a ASA-scale⁽¹³⁾ foram traduzidos e validados para o contexto brasileiro.

Os dados relacionados aos FCB foram coletados por um instrumento elaborado pelos autores do estudo, sendo pré-testado para determinar sua utilidade na coleta de dados válidos à pesquisa⁽⁹⁾. Esse instrumento constituiu-se por informações sobre idade, sexo, etnia/raça autodeclarada, união consensual, escolaridade, situação profissional, renda mensal da família e classificação socioeconômica. Tais informações podem influenciar tanto a CAC quanto a QVRS^(5,7).

A classificação socioeconômica foi realizada por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil, que tem por finalidade estimar o poder de compra das pessoas e famílias, dividindo-as em cinco grupos: A (*melhor status*), B, C, D e E (*pior status*). Essa estimativa é dada pela quantidade de itens possuídos em casa e pelo grau de instrução do chefe da família⁽¹⁴⁾.

Os dados clínicos abordados foram as comorbidades presentes; o peso e a altura para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), considerando-se IMC < 25 kg/m² sem excesso de peso; IMC ≥ 25 kg/m² e < 30 kg/m², sobrepeso; e IMC ≥ 30 kg/m², obesidade⁽¹⁵⁾; e a manifestação clínica que desencadeou a CRM.

A QVRS foi avaliada através do SF-36, um instrumento genérico constituído por 36 itens agrupados em oito domínios (ou subescalas), os quais podem ser agrupados em dois componentes, gerando escores entre zero e 100, que demonstram a percepção de saúde⁽¹²⁾, tendo sua validade evidenciada por coeficientes alfa de Cronbach que variaram entre 0,59 e 0,85⁽¹⁶⁾.

A CAC, variável dependente neste estudo, foi avaliada por meio da ASA-scale, que compreende 24 itens voltados para a operabilidade do autocuidado, admitindo-se

respostas tipo Likert, com pontuações que variam de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente)⁽¹³⁾.

A tradução e a validação da *ASA-scale*, denominada Escala para Avaliação da Capacidade de Autocuidado (EACAC), mostrou um coeficiente alfa de Cronbach de 0,85⁽¹³⁾, e em indivíduos com problemas cardiovasculares, esse coeficiente variou entre 0,77 e 0,85⁽¹⁷⁾.

Um banco de dados foi construído no software EPI INFO 3.5.2, por meio de dupla entrada para validação dos dados inseridos. Os dados foram exportados e analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18, empregando-se frequências, intervalos (valor mínimo e máximo), média e desvio-padrão. Também foram descritos os intervalos de confiança e os escores médios da EACAC e dos oito domínios do SF-36.

O coeficiente alfa de Cronbach foi utilizado para avaliar a consistência interna do SF-36 e da EACAC, a fim de comprovar a confiabilidade destes instrumentos na amostra pesquisada⁽¹⁰⁾.

O teste qui-quadrado foi usado para comparar proporções entre os FCB pesquisados. Utilizaram-se do teste t de Student e do teste de Mann-Whitney para comparações entre dois grupos. O teste de Kruskal-Wallis e a Análise de Variância (ANOVA) foram empregados para comparações entre três ou mais grupos. Essas comparações envolveram os escores da EACAC e dos oito domínios do SF-36.

Na análise da associação entre os escores dos oito domínios do SF-36 com os escores da EACAC, aplicou-se o coeficiente de correlação de Pearson, sendo observada sua significância. Consideraram-se os seguintes graus de correlação: perfeito (+1 ou -1), forte (+0,9 a +0,7 ou -0,9 a -0,7), moderado (+0,6 a +0,4 ou -0,6 a -0,4) e fraco (+0,3 a +0,1 ou -0,3 a -0,1)⁽¹⁰⁾.

Aplicou-se a regressão de Poisson com variância robusta para a busca de fatores associados aos escores da EACAC. A seleção dos fatores que contribuíam independentemente para explicar a CAC realizou-se pela análise de regressão múltipla. O efeito de cada fator foi expresso como Razão de Prevalência (RP) com Intervalo de Confiança (IC) de 95%. A significância estatística foi determinada pelo teste de Wald. Considerou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) em todos os testes.

Neste estudo, respeitaram-se os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. A execução do estudo ocorreu após aprovação por comitê de ética em pesquisa do Pronto-Socorro Universitário Cardiológico de Pernambuco Professor Luiz Tavares, da Universidade de Pernambuco, Parecer nº 194.388. Todos os indivíduos arrolados aceitaram participar voluntariamente do estudo, depois de prestados os devidos esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Entre os participantes da pesquisa, verificou-se idade média de 60,69 ($\pm 6,71$) anos, além de uma renda mensal média dos participantes de R\$ 896,80, salientando-se que não houve participantes na classe socioeconômica A e E. Os demais FCB estudados encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Fatores condicionantes básicos do autocuidado entre os participantes do estudo – Recife, PE, Brasil, 2013.

Variável	n	%	p-valor [†]
Idade (60,69 \pm 6,71)			
50 a 60 anos	30	48,4	0,799
61 a 70 anos	32	51,6	
Sexo			
Masculino	42	67,7	0,005
Feminino	20	32,3	
Etnia/raça autodeclarada			
Branca	29	46,8	0,001
Preta	7	11,3	
Parda	26	41,9	
União consensual			
Casado	47	75,8	<0,001
Separado/divorciado	8	12,9	
Viúvo	7	11,3	
Situação profissional			
Aposentado	37	59,7	<0,001
Conta própria	8	12,9	
Empregado	12	19,4	
Não remunerado	5	8,1	
Escolaridade			
Sem educação formal	9	14,5	<0,001
Primário	41	66,1	
Secundário	12	19,4	
Classe socioeconômica			
B	5	8,1	<0,001
C	42	67,7	
D	15	24,2	
Renda mensal da família[‡]			
< R\$ 678,00	13	21,0	<0,001
R\$ 678,00 a R\$ 1.356,00	23	37,1	
> R\$ 1.356,00	26	41,9	

[†]Teste qui-quadrado. [‡]Durante o ano de 2013, o salário mínimo vigente no Brasil foi de R\$ 678,00. Nota: (n = 62).

Em relação aos dados clínicos, o índice de massa corporal médio dos participantes foi de 26,52 ($\pm 3,57$) kg/m², com destaque para os participantes com sobrepeso (50%; $p = 0,001$). Dentre as comorbidades, destacaram-se hipertensão (78,18%) e diabetes (32,72%). O hábito de tabagismo foi referenciado por 28 participantes (50,90%). E o infarto agudo do miocárdio foi a principal causa para realização da CRM (59,8%; $p < 0,001$).

O emprego do SF-36 e da EACAC nos participantes da pesquisa obteve coeficientes alfa de Cronbach de 0,87 e 0,82, respectivamente. No SF-36, o aspecto físico foi o domínio com o menor escore (19,4 \pm 30,2), enquanto a saúde mental possuiu o maior (70,5 \pm 26,1). Na EACAC houve pontuação média de 87,5 ($\pm 10,5$). Além disso, ocorreu correlação fraca entre os domínios do SF-36 com a EACAC (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise descritiva e correlação dos domínios do SF-36 com a capacidade de autocuidado – Recife, PE, Brasil, 2013.

Variável	Média ± DP (Intervalo)	IC (95%)	r	p-valor*
Capacidade de autocuidado	87,5 ± 10,5 (44-95)	85 - 90		
Domínios do SF-36				
Capacidade funcional	38,7 ± 27,2 (0-100)	31,8 - 45,6	0,166	0,197
Aspecto físico	19,4 ± 30,2 (0-100)	11,7 - 27,0	-0,049	0,708
Dor	48,3 ± 30,7 (0-100)	40,5 - 56,1	-0,055	0,669
Estado geral de saúde	66,4 ± 20,6 (17-92)	61,1 - 71,6	0,061	0,638
Vitalidade	58,1 ± 29,0 (0-100)	50,7 - 65,4	0,081	0,532
Aspectos sociais	43,5 ± 31,6 (0-100)	35,5 - 51,6	0,150	0,246
Aspecto emocional	51,6 ± 48,5 (0-100)	39,3 - 63,9	-0,062	0,630
Saúde mental	70,5 ± 26,1 (8-100)	63,9 - 77,1	0,073	0,573

*Teste de Correlação de Pearson.

Observando-se a distribuição dos escores médios da EACAC e dos componentes físico e mental do SF-36, segundo a idade, sexo, união consensual, escolaridade e classe socioeconômica dos participantes, não foi encontrada significância estatística (Tabela 3).

Na análise por domínios do SF-36, verificou-se que os participantes casados tiveram maior escore no aspecto emocional (62,6 ± 46,7; p=0,045). Indivíduos que concluíram o nível secundário obtiveram o maior escore no aspecto social (58,3 ± 32,6; p=0,038), assim como aqueles que possuíam

renda mensal da família superior a R\$ 1.356,00 (54,3 ± 31,8; p=0,033), e aqueles da classe socioeconômica B (70,0 ± 25,9; p=0,008).

Por outro lado, a classe socioeconômica C obteve o maior escore na capacidade funcional (45,7 ± 26,8; p=0,006). Não houve significância estatística entre as demais variáveis com os domínios do SF-36 nem com a EACAC.

Entretanto, os escores da EACAC foram maiores na faixa etária entre 61 e 70 anos, entre os homens, entre os participantes casados, naqueles com maior escolaridade e nos indivíduos pertencentes à classe socioeconômica D.

Tabela 3 – Relação dos fatores condicionantes básicos com os componentes do SF-36 e com a capacidade de autocuidado – Recife, PE, Brasil, 2013.

Variável	Componente físico do SF-36	Componente mental do SF-36	Capacidade de autocuidado
Idade			
50 a 60 anos	45,0 ± 28,3	57,4 ± 34,0	85,4 ± 10,6
61 a 70 anos	41,5 ± 26,2	54,5 ± 33,5	88,3 ± 6,5
p-valor	0,337*	0,377*	0,200*
Sexo			
Masculino	45,6 ± 28,25	57,1 ± 34,65	87,5 ± 9,4
Feminino	38,1 ± 24,22	53,52 ± 32,47	85,8 ± 7,6
p-valor	0,337*	0,643*	0,503*
União consensual			
Casado	43,8 ± 27,4	61,1 ± 33,6	88,1 ± 7,8
Separado/divorciado	45,7 ± 32,2	43,4 ± 31,9	81,6 ± 12,2
Viúvo	41,0 ± 18,9	58,2 ± 33,7	82,2 ± 10,5
p-valor	0,369†	0,267†	0,063§
Escolaridade			
Sem educação formal	34,0 ± 18,5	37,3 ± 30,6	89,6 ± 4,8
Primário	45,7 ± 27,7	57,2 ± 33,4	85,3 ± 8,2
Secundário	41,5 ± 28,0	65,3 ± 33,0	90,5 ± 11,7
p-valor	0,435†	0,171†	0,116§
Classe socioeconômica			
B	44,0 ± 28,6	71,2 ± 30,7	89,6 ± 4,8
C	46,3 ± 27,8	59,5 ± 34,4	85,3 ± 8,2
D	43,0 ± 21,8	40,7 ± 28,0	90,5 ± 11,7
p-valor	0,381†	0,135†	0,116§

*Teste de Mann-Whitney. †Teste de Kruskal-Wallis. ‡Teste t de Student. §Análise de variância. Nota: (n = 62).

Na análise do modelo de regressão de Poisson para a EACAC, constatou-se que os fatores idade ($p=0,046$), união consensual ($p<0,001$), escolaridade ($p=0,002$) e renda mensal da família ($p\text{-valor}<0,001$) foram estatisticamente significativos.

Contudo, na Tabela 4, tem-se o ajuste do modelo de regressão para a EACAC segundo a idade e a renda mensal da família, após exclusão da escolaridade ($p=0,390$) e da união consensual ($p=0,065$). Observou-se que a faixa etária de 61 a 70 anos e a renda mensal da família menor que R\$ 678,00 associaram-se a um maior escore na EACAC.

Tabela 4 – Regressão de Poisson para a capacidade de autocuidado, segundo a idade e a renda mensal da família – Recife, PE, Brasil, 2013.

Variáveis	Razão ajustada		
	RP	IC (95%)	p-valor*
Idade			
50 a 60 anos	1,00	-	-
61 a 70 anos	1,46	1,00 - 2,12	0,048
Renda mensal da família[†]			
< R\$ 678,00	1,80	1,26 - 2,58	0,001
R\$ 678,00 a R\$ 1.356,00	1,08	0,76 - 1,54	0,655
> R\$ 1.356,00	1,00	-	-

Teste de Wald. *Durante o ano de 2013, o salário mínimo vigente no Brasil foi de R\$ 678,00.

DISCUSSÃO

A aplicação do SF-36 para avaliar a qualidade de vida mostrou que o componente mental apresentou-se com escores mais elevados que o componente físico, relacionando-se a fatores como indivíduos casados, com maior escolaridade, maior renda mensal da família e melhor classificação socioeconômica.

Isto pode mostrar a relevância desses fatores em um possível favorecimento ao enfrentamento da doença cardiovascular, que se associa a escores maiores no componente mental^(6,18). Em detrimento, os menores escores do componente físico, como verificados em outras pesquisas^(3,18), podem refletir o impacto da doença cardiovascular em aspectos físicos dos indivíduos acometidos.

Nesta pesquisa, também se observou uma correlação apenas fraca entre os domínios do SF-36 e a EACAC. Todavia, pesquisas com portadores de DANT mostraram haver uma associação entre os aspectos supracitados, sendo que a melhor qualidade de vida relacionou-se com a maior capacidade de autocuidado^(1,8).

A correlação observada neste estudo entre a qualidade de vida e a capacidade de autocuidado, apesar de ser caracterizada como fraca⁽¹⁰⁾, possivelmente se relaciona a um envelhecimento ativo, porém não saudável, na amostra pesquisada. Hipoteticamente, haveria o convívio com DANT, prejudicando a qualidade de vida.

Entretanto, a busca por maior autocuidado não seria inviabilizado, mesmo com o impacto do adoecimento crônico. Assim, poderia ocorrer relação entre a manutenção e o

desenvolvimento da capacidade de autocuidado, uma habilidade que é aprendida ao longo da vida, com as demandas subsequentes ao processo saúde-doença^(1-2,17,19).

Nesse cenário, destaca-se a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, por fomentar a manutenção e o desenvolvimento de práticas voltadas ao autocuidado, favorecendo melhor qualidade de vida. O fomento ao autocuidado e, por consequência, a melhor qualidade de vida, sobressai-se na amostra pesquisada, marcada pelo envelhecimento e pelo acometimento por DANT, apesar do necessário entendimento do contexto onde a Enfermagem realizará suas intervenções^(5,8,19).

Tendo em vista o contexto pesquisado, observou-se que o escore da EACAC variou de acordo com os fatores condicionantes básicos do autocuidado, dentre os quais se destacaram idade, estado civil, escolaridade e renda. Após ajuste da análise multivariada, apenas a idade e a renda continuaram associando-se aos escores obtidos por meio da EACAC.

Esses fatores também se sobressaíram em estudos que avaliaram a capacidade de autocuidado em portadores de doenças crônicas^(1,8,17) e idosos⁽¹⁹⁾, mostrando a importância de características socioeconômicas na manutenção e no desenvolvimento do autocuidado.

Nesse sentido, idade e renda são fatores que influenciam na manutenção e no desenvolvimento do autocuidado⁽¹⁷⁾. Nesta pesquisa, quanto maior a idade e menor a renda, maior foi o escore da EACAC. Por outro lado, estudos anteriores, realizados em contextos socioeconômicos díspares desta pesquisa, mostraram que idades menores e rendas maiores associaram-se a pontuações maiores na avaliação da capacidade de autocuidado^(1-2,8,19).

Assim, estudo desenvolvido na Turquia com portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica mostrou associação entre idades maiores e baixo poder aquisitivo com pior capacidade de autocuidado⁽¹⁾. E uma pesquisa realizada na Holanda com idosos hospitalizados relatou associação entre idades maiores e renda menor com pior autocuidado⁽²⁾.

Em estudo com adultos, que utilizou tecnologia médica avançada em domicílio, como ventilação mecânica e hemodiálise, verificou-se que a capacidade de autocuidado não se associou à idade dos participantes na análise de regressão. Entretanto, ocorreu uma relação linear negativa entre a capacidade de autocuidado e a idade, em que a maior capacidade de autocuidado relacionou-se a idades menores⁽⁸⁾.

Portanto, a associação da idade e da renda com os escores da EACAC entre os participantes do estudo pode refletir estratégias desenvolvidas por cada um dos indivíduos para o enfrentamento das DANT, além da vulnerabilidade social em que estão inseridos⁽²⁰⁻²²⁾. Tal vulnerabilidade é agravada por fatores que podem afetar a capacidade de autocuidado, principalmente a baixa escolaridade, que dificulta, mas não inviabiliza, o desenvolvimento e a manutenção do autocuidado⁽¹⁾.

A escolaridade, neste estudo, não teve significância estatística, apesar de ter sido associada à capacidade de autocuidado em outras pesquisas^(1-2,5,8), sendo mostrado que indivíduos no pré-operatório da CRM com pouca escolaridade possuíam déficit de conhecimento sobre sua condição de saúde e seu tratamento⁽⁶⁾.

Frente ao cenário socioeconômico desfavorável, marcado pela baixa escolaridade, por uma renda precária e por um envelhecimento acompanhado de comorbidades, são constituídos obstáculos a melhores condições de saúde⁽²³⁾.

Porém, observou-se na amostra pesquisada a habilidade para lidar com tais adversidades, denominada de capacidade de autocuidado. Essas adversidades, de cunho socioeconômico e clínico, podem ter ocasionado adaptações, e um consequente crescimento pessoal e social, refletido na manutenção da capacidade de autocuidado, apesar da qualidade de vida precária, podendo caracterizar um estado de resiliência entre os participantes deste estudo⁽²⁴⁾.

Dessa maneira, são necessárias ações de educação em saúde que potencializem o autocuidado⁽²⁵⁾, favorecendo melhor qualidade de vida, por meio da contextualização socioeconômica de tais ações, as quais podem ser ancoradas em teorias próprias da Enfermagem^(5,22,24). Também são necessárias pesquisas que corroborem os resultados mostrados, aprofundando a discussão sobre a capacidade de autocuidado, bem como sua relação com os fatores condicionantes básicos do autocuidado e a qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Mostrou-se que entre os participantes do estudo houve correlação fraca entre os domínios do SF-36 e a EACAC.

Apesar disso, observou-se a manutenção da capacidade de autocuidado frente a idades maiores e a rendas menores, fatores que poderiam ser desfavoráveis ao autocuidado, mas que no contexto pesquisado podem estar relacionados à resiliência entre os participantes desta pesquisa. Assim, embora a convivência com doenças crônico-degenerativas possa levar a uma redução na qualidade de vida, os indivíduos deste estudo buscaram as melhores maneiras de cuidar de si.

São necessárias outras pesquisas que abordem os conceitos empregados neste estudo e pesquisem outros aspectos da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado. Destaca-se para os estudos futuros o envelhecimento populacional e a convivência com doenças crônico-degenerativas que requerem a manutenção e o desenvolvimento de práticas para o autocuidado, por meio da educação em saúde.

Os enfermeiros podem utilizar em pesquisas ou intervenções futuras a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, conforme a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, partindo da atuação e interação com os indivíduos, a fim de favorecer a integralidade das práticas do cuidar por meio da educação em saúde. O objetivo de se considerar o indivíduo como um ser complexo, e não apenas como um receptor de informações é o seu empoderamento sobre o autocuidado e a promoção de melhorias em sua qualidade de vida.

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores condicionantes básicos do autocuidado e a qualidade de vida relacionada à saúde, associando-os à capacidade de autocuidado em indivíduos no pré-operatório de revascularização miocárdica. **Método:** Estudo descritivo com abordagem quantitativa, ancorado teórico-metodologicamente na Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado. Coleta de dados realizada entre março e agosto de 2013, utilizando-se da Escala para Avaliação do Autocuidado e do *Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey*. **Resultados:** Há correlação entre capacidade de autocuidado e a qualidade de vida no pré-operatório de revascularização miocárdica. **Conclusão:** Entre os participantes do estudo pode ocorrer uma redução na qualidade de vida, tendo em vista a convivência com doenças e agravos não transmissíveis e, mesmo assim, os indivíduos buscam as melhores maneiras de cuidar de si.

DESCRIPTORIOS

Revascularização Miocárdica; Autocuidado; Qualidade de Vida; Cuidados Pré-Operatórios; Teoria de Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores condicionantes básicos del autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud, asociándolos a la capacidad de autocuidado en individuos en el preoperatorio de revascularización miocárdica. **Método:** Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, anclado teórica y metodológicamente en la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado. Recolección de datos llevada a cabo entre marzo y agosto de 2013, utilizándose la Escala para Evaluación del Autocuidado y el *Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey*. **Resultados:** Existe correlación entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida en el preoperatorio de revascularización miocárdica. **Conclusión:** Entre los participantes en el estudio puede ocurrir una reducción en la calidad de vida a la vista de la convivencia con enfermedades y agravios no transmisibles, pero aun así los individuos buscan las mejores maneras de cuidarse.

DESCRIPTORIOS

Revascularización Miocárdica; Autocuidado; Calidad de Vida; Cuidados Preoperatorios; Teoría de Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Yildirim A, Aşilar RH, Bakar N, Demir N. Effect of anxiety and depression on self-care agency and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease: a questionnaire survey. *Int J Nurs Pract*. 2013;19(1):14-22.
2. Cramm JM, Hartgerink JM, Steyerberg EW, Bakker TJ, Mackenbach JP, Nieboer AP. Understanding older patients' self-management abilities: functional loss, self-management, and well-being. *Qual Life Res*. 2013;22(1):85-92.
3. Dessotte CAM, Dantas RAS, Schmidt A, Rossi LA. Health-related quality of life in patients admitted after a first episode of acute coronary syndrome. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2011;19(5):1106-13.

4. Hewitt-Taylor J, Heaslip V, Rowe NE. Applying research to practice: exploring the barriers. *Br J Nurs*. 2012;21(6):356-9.
5. Taylor SG, Renpenning K. *Self-care science, nursing theory, and evidence-based practice*. New York: Springer; 2011.
6. Galdeano LE, Rossi LA, Dantas RAS. Deficient knowledge nursing diagnosis: identifying the learning needs of patients with cardiac disease. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2010;21(3):100-7.
7. Polinder S, Haagsma JA, Belt E, Lyons RA, Erasmus V, Lund J, et al. A systematic review of studies measuring health-related quality of life of general injury populations. *BMC Public Health* [Internet]. 2010 [cited 2015 July 16];10:783. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3019196/>
8. Fex A, Flensner G, Ek AC, Söderhamn O. Self-care agency and perceived health among people using advanced medical technology at home. *J Adv Nurs*. 2012;68(4):806-15.
9. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
10. Agresti A, Finlay B. *Métodos estatísticos para as ciências sociais*. 4ª ed. Porto Alegre: Penso; 2012.
11. Araujo NR, Araújo RA, Bezerra SMMS. Overweight and obesity repercussion in the postoperative of myocardial revascularization surgery. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(2):236-41.
12. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
13. Silva JV. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2013;5(2):426-47.
14. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet]. São Paulo: ABEP; 2012 [citado 2015 jul. 16]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
15. World Health Organization (WHO). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO; 1995.
16. Weng LC, Dai YT, Huang HL, Chiang YJ. Self-efficacy, self-care behaviours and quality of life of kidney transplant recipients. *J Adv Nurs*. 2010;66(4):828-38.
17. Sousa VD, Zauszniewski JA, Zeller RA, Neese JB. Factor analysis of the Appraisal of Self-care Agency Scale in american adults with diabetes mellitus. *Diabetes Educ*. 2008;34(1):98-108.
18. Horst R, Markou AL, Noyez L. Prognostic value of preoperative quality of life on mortality after isolated elective myocardial revascularization. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2012;15(4):651-4.
19. Karagozoglu S, Arıkan A, Eraydin S. The fatigue and self-care agency levels of the elderly people staying in rest homes and the relation between these two conditions. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;54(3):e322-8.
20. Martin LG, Schoeni RF, Andreski PM, Jagger C. Trends and inequalities in late-life health and functioning in England. *J Epidemiol Community Health*. 2011;66(10):874-80.
21. Dowd JB, Zajacova A. Does self-rated health mean the same thing accross socioeconomic groups? Evidence from biomarker data. *Ann Epidemiol*. 2010;20(10):743-9.
22. Lima-Costa MF, Oliveira C, Macinko J, Marmot M. Socioeconomic inequalities in health in older adults in Brazil and England. *Am J Public Health*. 2012;102(8):1535-41.
23. Lopes MJ, Escoval A, Pereira DG, Pereira CS, Carvalho C, Fonseca C. Evaluation of elderly persons' functionality and care needs. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2013 ;21(n.spe):52-60.
24. Ferreira CL, Santos LMO, Maia EMC. Resilience among the elderly cared for by the primary healthcare network in a city of northeast Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(2):328-34.
25. Erdmann AL, Lanzoni GMM, Callegaro GD, Baggio MA, Koerich C. Understanding the process of living as signified by myocardial revascularization surgery patients. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2013;21(1):332-9.