



Federal Fluminense University

AURORA DE AFONSO COSTA
NURSING SCHOOL



Autocuidado en el preoperatorio de revascularización miocárdica: un estudio descriptivo

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

¹ Universidad Federal de Pernambuco

RESUMEN

Objetivo: relacionar los factores condicionantes básicos del autocuidado a la capacidad de autocuidado en el preoperatorio de revascularización miocárdica. **Método:** pesquisa descriptiva, transversal, teniendo como referencial la Teoría del Autocuidado. Se recogieron datos de 62 participantes por medio de entrevista individual. Se aplicaron tests para análisis de proporciones, para la comparación de medias y el modelo de regresión de Poisson. **Resultados:** la capacidad de autocuidado fue de 87,5 ($\pm 10,5$), relacionándose al ingreso y a la edad de los participantes. **Discusión:** la asociación entre los factores estudiados y la capacidad de autocuidado puede revelar una habilidad para la adaptación y enfrentamiento de problemas cardiovasculares, que demandan procedimientos quirúrgicos. **Conclusión:** la aplicación de la Teoría del Autocuidado es una posibilidad en individuos en el preoperatorio de revascularización miocárdica, fortaleciendo la integración entre búsqueda, práctica y teoría, contribuyendo a la delimitación, en el norteamiento y en la autonomía del proceso del trabajo en Enfermería.

Descriptores: Autocuidado; Teoría de Enfermería; Cuidados Preoperatorios.

INTRODUCCIÓN

El autocuidado se está destacando entre las enfermedades No Transmisibles (DANT), que demandan de los individuos afectados la participación en la atención a su propia salud. Esa exigencia viene de la complejidad, y a veces de la cronicidad, del proceso salud - enfermedad de esas condiciones, así como por la búsqueda de una calidad de vida (QV) satisfactoria⁽¹⁾.

La búsqueda por QV es una cuestión investigada sobre diversas ópticas. En ese aspecto, y teniendo en cuenta el cuidado a las DANT, tiene en la cirugía de revascularización miocárdica (CRVM), un procedimiento quirúrgico estándar, realizado para mejorar el pronóstico de individuos afectados por enfermedades cardiovasculares isquémicas y favorecer la práctica del autocuidado⁽²⁻³⁾.

Delante de la CRVM y de aspectos relacionados al autocuidado, la Enfermería, teniendo en cuenta la fase preoperatoria, ha actuado en la prevención de complicaciones, que pueden transcurrir del procedimiento quirúrgico. Esa actuación también se basa en la educación en salud, con el fin de empoderar los individuos sobre aspectos relacionados al autocuidado⁽⁴⁾.

En ese contexto, el autocuidado puede ser aprendido a lo largo de la vida y se caracteriza como una acción iniciada y ejecutada por el individuo en su propio beneficio, conforme al modelo teórico de Dorothea Orem⁽⁵⁻⁶⁾.

Ese modelo es constituido por tres construcciones teóricas interrelacionadas: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit del Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería⁽⁵⁻⁶⁾, que pueden fundamentar el cuidado de Enfermería en el preoperatorio de la CRVM. También pueden otorgar subvenciones a la prevención de complicaciones quirúrgicas, direccionando la búsqueda por déficit y el empoderamiento sobre prácticas de autocuidado⁽⁴⁻⁶⁾.

En el empoderamiento sobre tales prácticas se requiere un conocimiento y el reconocimiento de los denominados factores condicionantes básicos del autocuidado (FCB), además de la capacidad de autocuidado (CAC) de los individuos en el preoperatorio de la CRVM⁽⁴⁻⁶⁾.

Los FCB influyen la capacidad para la efectucción del autocuidado e incluyen características como edad, sexo, aspectos socioculturales y apoyo familiar. Ya la CAC es descrita como la habilidad que los individuos tienen como voluntarios y deliberadamente participan en acciones dirigidas a su salud y a su bienestar⁽⁶⁾.

La investigación sobre ambos aspectos puede favorecer acciones de educación en salud, promoviendo la auto confianza y el autoconocimiento que son necesarios al preoperatorio de la CRVM⁽⁴⁻⁶⁾. De ese modo, este estudio objetivó relacionar los FCB a la CAC de individuos en el preoperatorio de la CRVM.

MÉTODO

Se trata de estudio descriptivo, con corte transversal y enfoque cuantitativo⁽⁷⁾, realizado en el Centro de Primeros auxilios, Universitario Cardiológico de Pernambuco, de la Universidad de Pernambuco, situado en la ciudad de Recife/PE, referencia para atendimento en cardiología en las regiones Norte y Nordeste de Brasil.

La población estudiada es constituida por individuos hospitalizados y en la fase preoperatoria de la CRVM. Se determinó el tamaño de la muestra en 62 participantes, por medio del cálculo para estudios de proporción con población finita, basado en una investigación anterior en el local del estudio⁽⁸⁾. Se involucraron consecutivamente todos los individuos accesibles que atendieron a los criterios de inclusión: aquellos que se sometieron por la primera vez a la CRVM, y en carácter electivo; ambos sexos y

con edad entre 50 y 70 años (edad predominante en la población investigada)⁽⁸⁾. Se excluyeron personas con cirugía programada para el día de la colecta de datos; que poseían comprometimiento neurológico o muscular; en tratamiento con psicotrópicos; que presentaron dificultad de comunicación o incapacidad para responder a los cuestionarios durante la colecta de datos.

Los datos fueron colectados entre marzo y agosto de 2013, por medio de entrevista realizada individualmente en ambiente privativo. Se elaboró un instrumento fundamentado en la Teoría del Autocuidado, utilizada como referencial teórico-metodológico de este estudio⁽⁶⁾. Esa teoría es uno de los tres construcciones que componen el modelo teórico de Dorothea Orem, teniendo como concepto central el autocuidado, además de englobar los FCB y la CAC⁽⁶⁾.

De ese modo, los siguientes datos sobre los FCB fueron recogidos: edad, sexo, color autor relatado, estado civil, escolaridad, situación profesional, ingresos mensual individual y familiar, número de personas de la familia y clase socioeconómica⁽⁶⁾.

La clase socioeconómica fue definida por el Criterio de Clasificación Económica Brasil, que estima el poder de compra por medio de la cantidad de artículos de propiedad y del grado de instrucción del jefe de la familia. Se consideraran ocho grupos de corte posibles: A1 (mejor status), A2, B1, B2, C1, C2, D y E (peor status)⁽⁹⁾.

En la colecta de datos también fue empleado un instrumento para evaluar la CAC, denominado *Appraisal of Self-Care Agency Scale* (ASA-A), basado en el modelo teórico de Dorothea Orem⁽⁶⁾. Tal escala fue traducida y validada en Brasil, demostrando un coeficiente alfa de Cronbach de 0,85, siendo denominado de Escala para Evaluar la Capacidad de Autocuidado - EACAC⁽¹⁰⁾.

La EACAC contiene 24 artículos, admitiendo respuestas del tipo Likert, cuya puntuación varía

entre 1 (en desacuerdo totalmente) y 5 (de acuerdo totalmente). La puntuación total de la escala comprende puntajes entre 24 y 120 puntos, con altas puntuaciones indicando una mejor CAC. Las puntuaciones pueden ser categorizadas de la siguiente forma: 24 a 40 = pésima; 41 a 56 = mala; 57 a 72 = regular; 73 a 88 = buena; 89 a 104 = muy buena ; y 105 a 120 = óptima⁽¹⁰⁾.

Un banco de datos fue construido en el software EPI INFO 3.5.2 por medio de dupla entrada de datos, para validación de las informaciones colectadas. Los datos fueron exportados y analizados en el software *Statistical Package for the Social Sciences* versión 18.

Los FCB fueron analizados por medio del cálculo de las frecuencias, de las medias y de los respectivos desvíos-estándar. El análisis de la CAC se hizo a partir del cálculo de los valores mínimo y máximo, media y desvío-estándar, además de los intervalos de confianza de los puntajes medios. El coeficiente alfa de Cronbach sirvió para la evaluación de la consistencia interna de la EACAC⁽¹¹⁾.

Se utilizó el test chi-cuadrado para comparar las proporciones entre los FCB. El test de Student fue empleado para la comparación de las variables entre dos grupos, y el análisis de desacuerdo (ANOVA) para la comparación de las variables entre tres o más grupos⁽¹¹⁾.

El modelo de regresión de Poisson sirvió para evaluar la relación entre los FCB y la CAC en el grupo investigado. Se aplicó el test de Wald para determinación de la significancia estadística. Se expresó la asociación de cada factor con la CAC como razón de prevalencia (RP) con intervalo de confianza (IC) de 95%. Se consideró un nivel de significancia de 5% para todos los test realizados⁽¹¹⁾.

Esta pesquisa fue aprobada por el Comité de Ética en Pesquisa, por medio de la Plataforma Brasil, sobre CAAE N°. 11133712.2.0000.5192. Todos los individuos que compusieron la

muestra de este estudio aceptaron participar voluntariamente, después la aclaración y la firma del término de consentimiento, siendo garantizados el sigilo y la libertad de negarse a participar, de solicitar nuevas aclaraciones y de retirar su consentimiento en cualquier fase de la investigación.

RESULTADOS

La Tabla 1 sintetiza los datos referentes a los FCB entre los participantes del estudio. Se observó, por medio de la comparación de proporciones, el perfil predominante en el grupo investigado.

Tabla 1 - Factores condicionantes básicos del auto cuidado entre los participantes del estudio. Recife, 2013.

Factores Condicionantes Básicos	n	%
Edad		
50 a 60 años	30	48,4
61 a 70 años	32	51,6
Sexo		
Masculino	42	67,7
Femenino	20	32,3
Color autorrelatada		
Blanca	29	46,8
Negra	7	11,3
Marrón	26	41,9
Estado civil		
Casado	47	75,8
Separado/divorciado	8	12,9
Viudo	7	11,3
Escolaridad		
No alfabetizado	6	9,7
Solamente alfabetizado	3	4,8
1ª a 3ª serie del 1º grado	12	19,4
Hasta la 4ª serie del 1º grado	16	25,8
1º ciclo o de la 5ª a 8ª serie del 1º grado	13	21
2º ciclo o 2º grado	12	19,4
Situación profesional		
Jubilado	37	59,7
Cuenta propia	8	12,9
Empleado	12	19,4
No pagado	5	8,1

Ingreso mensual individual		
Sin ingreso	5	8,1
< R\$ 678,00	32	51,6
R\$ 678,00 a R\$ 1.356,00	15	24,2
> R\$ 1.356,00	10	16,1
Ingreso mensual de la familia		
< R\$ 678,00	13	21
R\$ 678,00 a R\$ 1.356,00	23	37,1
> R\$ 1.356,00	26	41,9
Principal responsable por el ingreso de la familia		
Sí	41	66,1
No	21	33,9
Número de personas de la familia		
1	4	6,5
2	22	35,5
3	15	24,2
4 o más	21	33,9
Clase socioeconómica		
B1	1	1,6
B2	4	6,5
C1	8	12,9
C2	34	54,8
D	15	24,2

Fuente: Elaborado por los autores

La CAC fue categorizada en el grupo investigado, conforme la Tabla 2. La media de los puntajes obtenidos con la EACAC fue de 87,5 (\pm 10,5), indicando una buena CAC en el grupo investigado. Se analizó la consistencia interna de la EACAC por el coeficiente alfa de Cronbach, calculado en 0,82.

Tabla 2 - Descripción por categorías de la capacidad del auto cuidado en el grupo investigado. Recife, 2013.

Capacidad del Auto cuidado	n	%
Mala	0	0
Muy mala	1	1,5
Regular	5	8
Buena	21	33,9
Muy buena	32	51,6
Óptima	3	5

En la Tabla 3, se encontró la puntuación media y el respectivo desvío estándar de la CAC para cada uno de los FCB investigados. No hubo significancia estadística entre las puntuaciones medias de la capacidad de autocuidado, según los factores investigados.

Tabla 3 - Asociación entre capacidad del auto cuidado y categorías de factores condicionantes básicos. Recife, 2013.

Factores Condicionantes Básicos	Capacidad del Auto-cuidado	p-valor
Edad		
50 a 60 años	71,4 ± 10,6	0,200*
61 a 70 años	74,3 ± 6,5	
Sexo		
Masculino	73,5 ± 9,4	0,503*
Femenino	71,8 ± 7,6	
Color auto reportada		
Blanca	74,0 ± 5,9	0,068†
Negra	65,7 ± 9,8	
Marrón	73,7 ± 10,5	
Estado civil		
Casado	74,1 ± 7,8	0,063†
Separado/divorciado	67,6 ± 12,2	
Viudo	77,2 ± 2,1	
Escolaridad		
No alfabetizado	73,9 ± 4,5	0,262†
Solamente alfabetizado	79,2 ± 3,8	
1ª a 3ª serie do 1º grau	73,8 ± 7,2	
Hasta la 4ª serie del 1º grado	70,6 ± 7,5	
1º ciclo o de la 5ª a 8ª serie del 1º grado	69,7 ± 9,8	
2º ciclo o 2º grado	76,5 ± 11,7	
Situación profesional		
jubilado	74,0 ± 6,6	0,719†
Cuenta propia	70,7 ± 9,4	
Empleado	71,6 ± 14,3	
No pagado	71,8 ± 7,1	
Ingreso mensual individual		
Sin ingresos	71,8 ± 7,1	0,093†
< R\$ 678,00	74,3 ± 7,1	
R\$ 678,00 a R\$ 1.356,00	71,5 ± 10,3	
> R\$ 1.356,00	71,3 ± 12,3	
Ingreso mensual de la familia		
< R\$ 678,00	72,8 ± 5,6	0,358†
R\$ 678,00 a R\$ 1.356,00	74,4 ± 7,6	
> R\$ 1.356,00	71,4 ± 10,9	
Principal responsable por el ingreso de la familia		
Sí	73,4 ± 10,0	0,566*
No	72,0 ± 6,0	
Número de personas de la familia		
1	72,3 ± 5,3	0,669†
2	71,1 ± 10,1	
3	73,8 ± 9,4	
4 o más	74,3 ± 7,5	

Clase socioeconómica

B1	80,0 (±0,0)	0,361†
B2	76,2 ± 16,5	
C1	77,6 ± 8,3	
C2	71,5 ± 7,5	
D	72,2 ± 9,5	

*Test t de Student. †Análisis de Desacuerdo

Fuente: Elaborado por los autores.

En la Tabla 4, se observa el ajuste del modelo de Poisson para la CAC según la edad y el ingreso mensual familiar. Ese modelo fue generado a partir de dos modelos anteriores, para analizar las asociaciones entre una mayor CAC y los FCB, siendo excluidos los factores escolaridad (p-valor=0,390) y estado civil (p-valor=0,065). Conforme la tabla abajo, una edad mayor y un menor ingreso mensual de la familia se asociaron a una mayor CAC.

Tabla 4 - Regresión de Poisson para la capacidad del auto cuidado, según los factores condicionantes básicos. Recife, 2013.

Factores Condicionantes Básicos	p-valor*	Razón ajustada RP
Edad		
50 a 60 años		1
61 a 70 años		1,46
Sexo	0,939	
Color autorrelatada	0,417	
Estado civil	<0,001	
Escolaridad	0,002	
Situación profesional	0,4	
Ingreso mensual individual	0,791	
Ingreso mensual de la familia		
< R\$ 678,00		1,8
R\$ 678,00 a R\$ 1.356,00		1,08
> R\$ 1.356,00		1
Principal responsable por el ingreso de la familia	0,797	
Numero de personas en la familia	0,722	
Clase socioeconómica	0,395	

*Test de Wald.

Fuente: Elaborado por los autores.

DISCUSIÓN

El estudio objetivó relacionar los FCB a la CAC de individuos en el preoperatorio de la CRVM, fundamentándose en la Teoría del Auto-cuidado, de Dorothea Orem. Así, los resultados obtenidos a partir de los FCB son coherente con las descripciones presentes en la literatura con relación al perfil predominante en el grupo investigado⁽³⁻⁴⁾. Sin embargo, se destacaron la baja escolaridad y la precariedad socioeconómica entre los participantes⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Con relación a la CAC, su media fue mayor en los participantes con edad más avanzada, en los hombres, en los viudos, en aquellos solamente alfabetizados, en los jubilados, en los participantes con ingreso mensual individual menor que R\$ 678,00 y con ingreso mensual de la familia entre R\$ 678,00 y R\$ 1.356,00.

Se destacan que las medias elevadas de la CAC entre los participantes con las características anteriores, según la teoría adoptada, deben tener su autocuidado potencializado, mientras los otros individuos necesitarían de una evaluación más rigurosa con relación a la presencia del déficit del autocuidado, para que puedan recibir un soporte adecuado, con el fin de desarrollar y mejorar esa práctica^(1-2,4,8).

Sin embargo, los resultados obtenidos sobre los FCB y la CAC diferido de estudios que identificaron esos aspectos con individuos en tratamiento dialítico o soporte ventilatorio en domicilio⁽¹⁾, y en viviendas de áreas urbanas con 65 años o más de edad⁽¹⁴⁾.

En los individuos en dialítico o soporte ventilatorio en domicilio, se descubrió que la CAC fue mayor cuando existía soporte social, sentimiento de seguridad y conocimiento sobre el uso de tecnologías. Sin embargo, no ocurrió asociación entre la CAC y FCB como edad, sexo, escolaridad e ingreso⁽¹⁾.

Ya en el estudio con habitantes de áreas urbanas con 65 años o más de edad, se encontró una elevada CAC entre los participantes. Ese dato fue asociado a la buena percepción de salud, práctica de actividad física regular y satisfacción con la vida⁽¹⁴⁾.

En esos dos estudios, las medias de la CAC fueron de 87,7 ($\pm 11,3$)⁽¹⁾ y de 92,4 ($\pm 10,7$)⁽¹⁴⁾. Teniendo en cuenta que la media obtenida en el grupo pesquisado fue de 87,5 ($\pm 10,5$), se puede considerar que los individuos en el preoperatorio de CRVM tienen condiciones de desarrollar y mejorar prácticas de autocuidado.

Ese hallazgo puede ser corroborado porque los dos estudios supra citados fueron realizados en países desarrollados, con alto índice de desarrollo humano. Además de eso, los individuos investigados se encuentran en situación desfavorable, lejos de sus familias, contando, muchas veces, solamente con el soporte ofrecido por la institución hospitalaria, revelando la capacidad de mantener su salud y su bienestar, aun delante del impacto también ocasionado por la enfermedad cardiovascular^(6,15).

Todavía, la CAC debe ser contextualizada a la realidad del grupo pesquisado. En el caso de esta investigación, gana destaque la asociación entre la CAC y factores como edad, ingreso y escolaridad, siendo que solamente este último factor no presentó significancia estadística en el análisis multivariado.

Así, los factores citados, aunque precarios en el grupo investigado, son importantes para la planificación del cuidado de Enfermería, como también a la adquisición, del desarrollo y a la mantención del autocuidado en individuos con problemas cardiovasculares⁽¹⁶⁾.

Particularmente con relación a la escolaridad, estudios destacaron que un mayor autocuidado se asoció a la mayor escolaridad, comunicación y entendimiento. Esas características favorecieron la obtención de prácticas

de autocuidado⁽¹²⁻¹³⁾, revelando la importancia de la escolaridad de los individuos en la planificación de las intervenciones de Enfermería.

En el grupo investigado se destacó que una mayor edad y un menor ingreso mensual familiar se asociaron a una mayor CAC. Esto puede mostrar que, en ese grupo en particular, hubo un desarrollo de habilidades adaptativas y de enfrentamiento al proceso de una enfermedad cardiovascular, aunque tenían en contrapartida una desventaja socioeconómica^(3,16).

La referida asociación necesita ser profundada, preferencialmente por estudios con un mayor poder estadístico o que aborden cualitativamente factores intrínsecos y extrínsecos a los individuos, los cuales podrían potencializar la adaptación y el enfrentamiento en situaciones críticas - caso ejemplificado por la resistencia.

También, se encontró la plausibilidad de articulación entre promoción, prevención y rehabilitación en individuos en el preoperatorio de revascularización miocárdica⁽¹⁵⁾ a partir del reconocimiento de los FCB y de la CAC, fundamentándose en teoría propia de la Enfermería⁽⁶⁾.

Los factores investigados favorecieron una visión holística del grupo estudiado, determinando sus especificidades y necesidades; así, otorgaron subvenciones para actuación frente a la inserción social e historicidad de los participantes, descentralizando esa actuación del cuerpo biológico y de tecnologías médicas^(6,15).

De esa forma, se ve la necesidad de la educación en salud para los individuos en el preoperatorio de la CRVM, destacándose la singularidad y la autonomía de esos individuos en las prácticas del autocuidado^(4,16-17).

Todos pueden adquirir una mayor CAC a lo largo de la vida, y en menor o mayor grado, y ser capaces de realizar acciones para el autocuidado, lo que podría mejorar los resultados en las fases intra y postoperatorias, además

de prevenir situaciones potencialmente fatales⁽⁶⁻¹⁸⁾.

Sobresale que este estudio tiene limitaciones inherentes a su delineamiento no experimental por la muestra no aleatorizada y por la baja escolaridad de los participantes, restringiendo la aplicación de los resultados obtenidos a grupos congéneres. Además de eso, las informaciones derivadas de los instrumentos utilizados abordaron aquello que los investigadores querían conocer, y no lo que los participantes deseaban expresar.

CONCLUSIÓN

En la asociación entre los FCB y la CAC, se destacaron los siguientes factores entre los participantes: edad, estado civil, escolaridad e ingreso mensual de la familia. Destacándose una mejor CAC asociada a la edad y a la renta de la familia en el grupo investigado.

En este contexto, existe la posibilidad de aplicación del modelo teórico de Enfermería de Dorothea Orem en individuos en el preoperatorio de la CRVM, favoreciendo la integración entre pesquisa, práctica y teoría, y, de esa forma, contribuyendo en la delimitación, en la dirección y en la autonomía del proceso de trabajo en Enfermería.

Esa aplicación podrá ser anclada tanto en los FCB con relación en la CAC, desde que contextualizados al local y a la población con ese objetivo. Para la fortificación del modelo teórico empleado, se enfatiza la necesidad del enfoque de otros aspectos contenidos en él, para viabilizar en la práctica clínica de la Enfermería.

La realización de investigaciones que enfoquen la CAC por medio de métodos mixtos también puede ser incentivada con el fin de comprender cuestiones intrínsecas a cada individuo, favoreciendo el reconocimiento de

factores que estimulen o dificulten las prácticas de autocuidado.

Por fin, a pesar de la precariedad socioeconómica apuntada por los FCB investigados, hubo un desarrollo de la CAC en el grupo investigado, implicando la práctica clínica de la Enfermería, la planificación de intervenciones dialogadas que respeten la historicidad, inserción social y limitaciones de los individuos asistidos en busca de una mejor calidad de vida después el procedimiento quirúrgico.

CITAS

1. 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 Apr;68(4):806-15.
2. Dessotte CAM, Dantas RAS, Schmidt A, Rossi LA. Qualidade de vida relacionada à saúde de sujeitos internados, decorrente da primeira síndrome coronariana aguda. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011 Oct;19(5):1106-13.
3. Tu JV, Ko DT, Guo H, Richards JA, Walton N, Natarajan MK, et al. Determinants of variations in coronary revascularization practices. *CMAJ*. 2012 Feb;184(2):179-86.
4. 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 Jul-Sep;21(3):100-7.
5. Raimondo ML, Fegadoli D, Méier MJ, Wall ML, Labronici LM, Raimondo-Ferraz MI. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2012 Jun;65(3):529-534.
6. Taylor SG, Renpenning K. *Self-care science, nursing theory, and evidence-based practice*. New York: Springer Publishing; 2011.
7. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
8. Sá MP, Silva DO, Lima EN, Lima RC, Silva FP, Rueda FG, et al. Postoperative mediastinitis in cardiovascular surgery postoperation. Analysis of 1038 consecutive surgeries. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2010 Jan-Mar;25(1):19-24.
9. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [Internet]. Critério de Classificação Econômica Brasil; 2012 [atualizado 2012 Set 11, citado 2012 Set 12]. Disponível em: https://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf.
10. Silva JV. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. *Rev Eletrônica Acervo em Saúde*. 2013 Jun-Dez;5(2):426-47.
11. Agresti A, Finlay B. *Statistical methods for the social sciences*. 4ª ed. Porto Alegre: Penso; 2012.
12. Visaya MA. Hemodialysis patients' perceptions of home hemodialysis and self-care. *J. CANNT J*. 2010 Apr-Jun;20(2):23-8.
13. Macabasco-O'Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, et al. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *J Gen Intern Med*. 2011 Sep;26(9):979-86.
14. Sundsli K, Söderhamn U, Espnes GA, Söderhamn O. Ability for self-care in urban living older people in southern Norway. *J Multidiscip Healthc*. 2012 Mar;5:85-95.
15. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface*. 2010 Sep;14(34):593-606.
16. Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Esc Anna Nery Enferm*. 2010 Set;14(3):611-6.
17. Sena AC, Nascimento ERP, Maia ARCR. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013 Set;34(3):132-7.
18. Araújo RA, Oliveira NB, Barbosa HSC, Bezerra SMMS. Population affected by mediastinitis in a university hospital in Recife-PE: a retrospective study. *Online braz j nurs [periodic online]*. 2012 Dec [cited 2014 oct 23]; 11 (3): 789-99. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3604>.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 03/11/2014
Revisado: 07/10/2015
Aprobado: 08/10/2015