



PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA

Artigos Originais



Autocuidado no pré-operatório de revascularização miocárdica: um estudo descritivo

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

¹ Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Objetivo: relacionar os fatores condicionantes básicos do autocuidado à capacidade de autocuidado no pré-operatório de revascularização miocárdica. **Método:** pesquisa descritiva, transversal, tendo como referencial a Teoria do Autocuidado. Coletaram-se dados de 62 participantes por meio de entrevista individual. Aplicaram-se testes para análise de proporções, para comparação de médias e o modelo de regressão de Poisson. **Resultados:** a capacidade de autocuidado foi de 87,5 ($\pm 10,5$), relacionando-se à renda e à idade dos participantes. **Discussão:** a associação entre os fatores estudados e a capacidade de autocuidado pode revelar uma habilidade para adaptação e enfrentamento de problemas cardiovasculares, que demandam procedimentos cirúrgicos. **Conclusão:** a aplicação da Teoria do Autocuidado é uma possibilidade em indivíduos no pré-operatório de revascularização miocárdica, fortalecendo a integração entre pesquisa, prática e teoria, contribuindo na delimitação, no norteamento e na autonomia do processo de trabalho em Enfermagem.

Descritores: Autocuidado; Teoria de enfermagem; Cuidados Pré-operatórios.

INTRODUÇÃO

O autocuidado vem se destacando frente às Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), que demandam dos indivíduos acometidos o engajamento na atenção a sua própria saúde. Essa exigência advém da complexidade, e por vezes da cronicidade, do processo saúde-doença dessas condições, bem como pela busca de uma qualidade de vida (QV) satisfatória⁽¹⁾.

A busca por QV é uma questão pesquisada sobre diversas óticas. Nesse aspecto, e tendo em vista o cuidado às DANT, tem-se a cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM), um procedimento cirúrgico padrão, realizado para melhorar o prognóstico de indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares isquêmicas e favorecer a prática do autocuidado⁽²⁻³⁾.

Diante da CRVM e de aspectos relacionados ao autocuidado, a Enfermagem, tendo em vista a fase pré-operatória, tem atuado na prevenção de complicações, que podem decorrer do procedimento cirúrgico. Essa atuação também se pauta na educação em saúde, a fim de empoderar os indivíduos sobre aspectos relacionados ao autocuidado⁽⁴⁾.

Nesse contexto, o autocuidado pode ser aprendido ao longo da vida e caracteriza-se como uma ação iniciada e executada pelo indivíduo em seu próprio benefício, conforme o modelo teórico de Dorothea Orem⁽⁵⁻⁶⁾.

Esse modelo é constituído por três construtos teóricos inter-relacionados: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit do Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem⁽⁵⁻⁶⁾, que podem fundamentar o cuidado de Enfermagem no pré-operatório da CRVM. Também podem fornecer subsídios à prevenção de complicações cirúrgicas, direcionando a busca por déficits e o empoderamento sobre práticas de autocuidado⁽⁴⁻⁶⁾.

O empoderamento sobre tais práticas exige o conhecimento e o reconhecimento dos

denominados fatores condicionantes básicos do autocuidado (FCB), além da capacidade de autocuidado (CAC) dos indivíduos no pré-operatório da CRVM⁽⁴⁻⁶⁾.

Os FCB influenciam a capacidade para efetivação do autocuidado e incluem características como idade, sexo, aspectos socioculturais e apoio familiar. Já a CAC é descrita como a habilidade que os indivíduos têm de voluntária e deliberadamente engajar-se em ações direcionadas à sua saúde e ao seu bem-estar⁽⁶⁾.

A pesquisa sobre ambos os aspectos pode favorecer ações de educação em saúde, promovendo a autoconfiança e o autoconhecimento que são necessários ao transoperatório da CRVM⁽⁴⁻⁶⁾. Desse modo, este estudo objetivou relacionar os FCB à CAC de indivíduos no pré-operatório da CRVM.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, com corte transversal e abordagem quantitativa⁽⁷⁾, realizado no Pronto-Socorro Universitário Cardiológico de Pernambuco, da Universidade de Pernambuco, situado na cidade de Recife/PE, referência para atendimento em cardiologia nas regiões Norte e Nordeste do Brasil.

A população do estudo constituiu-se de indivíduos hospitalizados e na fase pré-operatória da CRVM. Determinou-se o tamanho da amostra em 62 participantes, por meio de cálculo amostral para estudos de proporção com população finita, baseado em pesquisa anterior no local do estudo⁽⁸⁾. Arrolaram-se consecutivamente todos os indivíduos acessíveis que atenderam aos critérios de inclusão: aqueles que se submeteram pela primeira vez à CRVM, e em caráter eletivo; ambos os sexos e com idade entre 50 e 70 anos (faixa etária predominante na população pesquisada)⁽⁸⁾.

Excluíram-se pessoas com cirurgia agendada para o dia da coleta de dados; que possuíam comprometimento neurológico ou muscular; em tratamento com psicotrópicos; que apresentaram dificuldade de comunicação ou incapacidade para responder aos questionários durante a coleta de dados.

Os dados foram coletados entre março e agosto de 2013, por meio de entrevista realizada individualmente em ambiente privativo. Elaborou-se um instrumento fundamentado na Teoria do Autocuidado, utilizada como referencial teórico-metodológico deste estudo⁽⁶⁾. Essa teoria é um dos três construtos que compõem o modelo teórico de Dorothea Orem, possuindo como conceito central o autocuidado, além de englobar os FCB e a CAC⁽⁶⁾.

Desse modo, os seguintes dados sobre os FCB foram coletados: idade, sexo, cor autorrelatada, estado civil, escolaridade, situação profissional, renda mensal individual e familiar, número de pessoas da família e classe socioeconômica⁽⁶⁾.

A classe socioeconômica foi definida pelo Critério de Classificação Econômica Brasil, que estima o poder de compra por meio da quantidade de itens possuídos e do grau de instrução do chefe da família. Consideraram-se oito grupos de corte possíveis: A1 (melhor status), A2, B1, B2, C1, C2, D e E (pior status)⁽⁹⁾.

Na coleta de dados também foi empregado um instrumento para avaliar a CAC, denominado *Appraisal of Self-Care Agency Scale* (ASA-A), baseado no modelo teórico de Dorothea Orem⁽⁶⁾. Tal escala foi traduzida e validada no Brasil, demonstrando um coeficiente alfa de Cronbach de 0,85, sendo denominado de Escala para Avaliar a Capacidade de Autocuidado - EACAC⁽¹⁰⁾.

A EACAC contém 24 itens, admitindo respostas do tipo Likert, cuja pontuação varia entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo

totalmente). A pontuação total da escala compreende escores entre 24 e 120 pontos, com altas pontuações indicando uma melhor CAC. As pontuações podem ser categorizadas da seguinte maneira: 24 a 40 = péssima; 41 a 56 = ruim; 57 a 72 = regular; 73 a 88 = boa; 89 a 104 = muito boa; e 105 a 120 = ótima⁽¹⁰⁾.

Um banco de dados foi construído no software EPI INFO 3.5.2 por meio de dupla entrada de dados, para validação das informações coletadas. Os dados foram exportados e analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* versão 18.

Os FCB foram analisados por meio do cálculo das frequências, das médias e dos respectivos desvios-padrões. A análise da CAC fez-se a partir do cálculo dos valores mínimo e máximo, média e desvio-padrão, além dos intervalos de confiança dos escores médios. O coeficiente alfa de Cronbach serviu para a avaliação da consistência interna da EACAC⁽¹¹⁾.

Utilizou-se o teste qui-quadrado para comparar as proporções entre os FCB. O teste t de Student foi empregado para comparação das variáveis entre dois grupos, e a análise de variância (ANOVA) para comparação das variáveis entre três ou mais grupos⁽¹¹⁾.

O modelo de regressão de Poisson serviu para avaliar a relação entre os FCB e a CAC no grupo pesquisado. Aplicou-se o teste de Wald para determinação da significância estatística. Expressou-se a associação de cada fator com a CAC como razão de prevalência (RP) com intervalo de confiança (IC) de 95%. Considerou-se um nível de significância de 5% para todos os testes realizados⁽¹¹⁾.

Esta pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, sob CAAE Nº. 11133712.2.0000.5192. Todos os indivíduos que compuseram a amostra deste estudo aceitaram participar voluntariamente, após esclarecimentos e assinatura de termo de

consentimento, sendo-lhes garantido o sigilo e a liberdade de ser recusar a participar, de solicitar novos esclarecimentos e de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

RESULTADOS

A Tabela 1 sintetiza os dados referentes aos FCB entre os participantes do estudo. Observou-se, por meio da comparação de proporções, o perfil predominante no grupo pesquisado.

Tabela 1 - Fatores condicionantes básicos do autocuidado entre os participantes do estudo. Recife, 2013.

Fatores Condicionantes Básicos	n	%
Idade		
50 a 60 anos	30	48,4
61 a 70 anos	32	51,6
Sexo		
Masculino	42	67,7
Feminino	20	32,3
Cor autorrelatada		
Branca	29	46,8
Preta	7	11,3
Parda	26	41,9
Estado civil		
Casado	47	75,8
Separado/divorciado	8	12,9
Viúvo	7	11,3
Escolaridade		
Não alfabetizado	6	9,7
Somente alfabetizado	3	4,8
1ª a 3ª série do 1º grau	12	19,4
Até a 4ª série do 1º grau	16	25,8
1º ciclo ou da 5ª a 8ª série do 1º grau	13	21
2º ciclo ou 2º grau	12	19,4
Situação profissional		
Aposentado	37	59,7
Conta própria	8	12,9
Empregado	12	19,4
Não remunerado	5	8,1
Renda mensal individual		
Sem renda	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

Renda mensal da família

< R\$ 678,00	13	21
R\$ 678,00 a R\$ 1.356,00	23	37,1
> R\$ 1.356,00	26	41,9

Principal responsável pela renda da família

Sim	41	66,1
Não	21	33,9

Número de pessoas da família

1	4	6,5
2	22	35,5
3	15	24,2
4 ou mais	21	33,9

Classe socioeconômica

B1	1	1,6
B2	4	6,5
C1	8	12,9
C2	34	54,8
D	15	24,2

Fonte: Elaborado pelos autores

A CAC foi categorizada no grupo pesquisado, conforme a Tabela 2. A média dos escores obtidos com a EACAC foi de 87,5 ($\pm 10,5$), indicando uma boa CAC no grupo pesquisado. Analisou-se a consistência interna da EACAC pelo coeficiente alfa de Cronbach, calculado em 0,82.

Tabela 2 - Descrição por categorias da capacidade de autocuidado no grupo pesquisado. Recife, 2013.

Capacidade de Autocuidado	n	%
Péssima	0	0
Ruim	1	1,5
Regular	5	8
Boa	21	33,9
Muito boa	32	51,6
Ótima	3	5

Na Tabela 3, verificou-se a pontuação média e o respectivo desvio-padrão da CAC para cada um dos FCB pesquisados. Não ocorreu significância estatística entre as pontuações médias da capacidade de autocuidado, segundo os fatores pesquisados.

Tabela 3 - Associação entre capacidade de autocuidado e categorias de fatores condicionantes básicos. Recife, 2013.

Fatores Condicionantes Básicos	Capacidade de Autocuidado	p-valor
Idade		
50 a 60 anos	71,4 ± 10,6	0,200*
61 a 70 anos	74,3 ± 6,5	
Sexo		
Masculino	73,5 ± 9,4	0,503*
Feminino	71,8 ± 7,6	
Cor autorrelatada		
Branca	74,0 ± 5,9	0,068†
Preta	65,7 ± 9,8	
Parda	73,7 ± 10,5	
Estado civil		
Casado	74,1 ± 7,8	0,063†
Separado/divorciado	67,6 ± 12,2	
Viúvo	77,2 ± 2,1	
Escolaridade		
Não alfabetizado	73,9 ± 4,5	0,262†
Somente alfabetizado	79,2 ± 3,8	
1ª a 3ª série do 1º grau	73,8 ± 7,2	
Até a 4ª série do 1º grau	70,6 ± 7,5	
1º ciclo ou da 5ª a 8ª série do 1º grau	69,7 ± 9,8	
2º ciclo ou 2º grau	76,5 ± 11,7	
Situação profissional		
Aposentado	74,0 ± 6,6	0,719†
Conta própria	70,7 ± 9,4	
Empregado	71,6 ± 14,3	
Não remunerado	71,8 ± 7,1	
Renda mensal individual		
Sem renda	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	
Renda mensal da família		
< 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 responsável pela renda da família		
Sim	73,4 ± 10,0	0,566*
Não	72,0 ± 6,0	
Número de pessoas da família		
1	72,3 ± 5,3	0,669†
2	71,1 ± 10,1	
3	73,8 ± 9,4	
4 ou mais	74,3 ± 7,5	

Classe socioeconômica

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	

*Teste t de Student. †Análise de Variância

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na Tabela 4, observa-se o ajuste do modelo de Poisson para a CAC segundo a idade e a renda mensal familiar. Esse modelo foi gerado a partir de dois modelos anteriores, para analisar as associações entre uma maior CAC e os FCB, sendo excluídos os fatores escolaridade (p-valor=0,390) e estado civil (p-valor=0,065). Conforme a tabela abaixo, uma maior idade e uma menor renda mensal da família associaram-se a uma maior CAC.

Tabela 4 - Regressão de Poisson para a capacidade de autocuidado, segundo os fatores condicionantes básicos. Recife, 2013.

Fatores Condicionantes Básicos	p-valor*	Razão ajustada RP
Idade		
50 a 60 anos		1
61 a 70 anos		1,46
Sexo	0,939	
Cor autorrelatada	0,417	
Estado civil	<0,001	
Escolaridade	0,002	
Situação profissional	0,4	
Renda mensal individual	0,791	
Renda mensal da família		
< R\$ 678,00		1,8
R\$ 678,00 a R\$ 1.356,00		1,08
> R\$ 1.356,00		1
Principal responsável pela renda da família	0,797	
Numero de pessoas na família	0,722	
Classe socioeconômica	0,395	

*Teste de Wald.

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

O estudo objetivou relacionar os FCB à CAC de indivíduos no pré-operatório da CRVM, fundamentando-se na Teoria do Autocuidado, de Dorothea Orem. Assim, os resultados obtidos a partir dos FCB coadunaram com as descrições presentes na literatura com relação ao perfil predominante no grupo pesquisado⁽³⁻⁴⁾. Porém, destacam-se a baixa escolaridade e a precariedade socioeconômica entre os participantes⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Com relação à CAC, sua média foi maior nos participantes com idade mais avançada, nos homens, nos viúvos, naqueles somente alfabetizados, nos aposentados, nos participantes com renda mensal individual menor que R\$ 678,00 e com renda mensal da família entre R\$ 678,00 e R\$ 1.356,00.

Ressalta-se que as médias elevadas da CAC entre os participantes com as características supracitadas, segundo a teoria adotada, devem ter seu autocuidado potencializado, enquanto os demais indivíduos necessitariam de uma avaliação mais rigorosa quanto à presença de déficits de autocuidado, para que possam receber um suporte adequado, a fim de desenvolver e melhorar essa prática^(1-2,4,8).

Todavia, os resultados obtidos sobre os FCB e a CAC diferiram de estudos que identificaram esses aspectos com indivíduos em tratamento dialítico ou suporte ventilatório em domicílio⁽¹⁾, e em moradias de áreas urbanas com 65 anos ou mais de idade⁽¹⁴⁾.

Nos indivíduos em tratamento dialítico ou suporte ventilatório em domicílio, descreveu-se que a CAC foi maior quando existia suporte social, sentimento de segurança e conhecimento sobre o uso de tecnologias. Entretanto, não ocorreu associação entre a CAC e FCB como idade, sexo, escolaridade e renda⁽¹⁾.

Já no estudo com moradores de áreas ur-

banas com 65 anos ou mais de idade, verificou-se uma elevada CAC entre os participantes. Esse dado foi associado à boa percepção de saúde, prática de atividade física regular e satisfação com a vida⁽¹⁴⁾.

Nesses dois estudos, as médias da CAC foram de 87,7 ($\pm 11,3$)⁽¹⁾ e de 92,4 ($\pm 10,7$)⁽¹⁴⁾. Tendo em vista que a média obtida no grupo pesquisado foi de 87,5 ($\pm 10,5$), pode-se considerar que os indivíduos no pré-operatório de CRVM têm condições de desenvolver e aprimorar práticas de autocuidado.

Esse achado pode ser corroborado porque os dois estudos supracitados foram realizados em países desenvolvidos, com alto índice de desenvolvimento humano. Além disso, os indivíduos pesquisados encontravam-se em situação desfavorável, longe de suas famílias, contando, muitas vezes, apenas com o suporte oferecido pela instituição hospitalar, revelando a capacidade de manter sua saúde e seu bem-estar, mesmo diante do impacto também ocasionado pela doença cardiovascular^(6,15).

Contudo, a CAC deve ser contextualizada à realidade do grupo pesquisado. No caso desta pesquisa, ganha destaque a associação entre a CAC e fatores como idade, renda e escolaridade, sendo que apenas este último fator não apresentou significância estatística na análise multivariada.

Assim, os fatores citados, apesar de precários no grupo pesquisado, são importantes para o planejamento do cuidado de Enfermagem, como também à aquisição, ao desenvolvimento e à manutenção do autocuidado em indivíduos com problemas cardiovasculares⁽¹⁶⁾.

Particularmente quanto à escolaridade, estudos destacaram que um maior autocuidado associou-se à maior escolaridade, comunicação e entendimento. Essas características favoreceram a obtenção de práticas de autocuidado⁽¹²⁻¹³⁾, revelando a importância da escolaridade dos

indivíduos no planejamento das intervenções de Enfermagem.

No grupo pesquisado ainda se destacou que uma maior idade e uma menor renda mensal familiar associaram-se a uma maior CAC. Isto pode mostrar que, nesse grupo em particular, houve o desenvolvimento de habilidades adaptativas e de enfrentamento ao processo de adoecimento cardiovascular, mesmo tendo em contrapartida um desfavorecimento socioeconômico^(3,16).

A referida associação necessita ser aprofundada, preferencialmente por estudos com maior poder estatístico ou que abordem qualitativamente fatores intrínsecos e extrínsecos aos indivíduos, os quais poderiam potencializar a adaptação e o enfrentamento em situações críticas - caso exemplificado pela resiliência.

Contudo, verifica-se a plausibilidade de articulação entre promoção, prevenção e reabilitação em indivíduos no pré-operatório de revascularização miocárdica⁽¹⁵⁾ a partir do reconhecimento dos FCB e da CAC, fundamentando-se em teoria própria da Enfermagem⁽⁶⁾.

Os fatores pesquisados favoreceram uma visão holística do grupo estudado, determinando suas especificidades e necessidades; assim, forneceram subsídios para atuação frente à inserção social e historicidade dos participantes, descentralizando essa atuação do corpo biológico e de tecnologias médicas^(6,15).

Dessa forma, vislumbra-se a necessidade da educação em saúde para os indivíduos no pré-operatório da CRVM, salientando-se a singularidade e a autonomia desses indivíduos nas práticas de autocuidado^(4,16-17).

Todos podem adquirir uma maior CAC ao longo da vida, e em menor ou maior grau, e ser capazes de realizar ações para o autocuidado, o que poderia melhorar os resultados nas fases intra e pós-operatória, além de prevenir situações potencialmente fatais⁽⁶⁻¹⁸⁾.

Salienta-se que este estudo possui limitações inerentes ao seu delineamento não experimental pela amostragem não randomizada e pela baixa escolaridade dos participantes, restringindo a aplicação dos resultados obtidos a grupos congêneres. Além disso, as informações advindas dos instrumentos utilizados abordaram aquilo que os pesquisadores queriam conhecer, e não o que os participantes desejavam expressar.

CONCLUSÃO

Na associação entre os FCB e a CAC, destacaram-se os seguintes fatores entre os participantes: idade, estado civil, escolaridade e renda mensal da família. Salientando-se que uma melhor CAC associou-se à idade e à renda da família no grupo pesquisado.

Nesse contexto, existe a possibilidade de aplicação do modelo teórico de Enfermagem de Dorothea Orem em indivíduos no pré-operatório da CRVM, favorecendo a integração entre pesquisa, prática e teoria, e, dessa forma, contribuindo na delimitação, no norteamento e na autonomia do processo de trabalho em Enfermagem.

Essa aplicação poderá ser ancorada tanto nos FCB quanto na CAC, desde que contextualizados ao local e à população alvo. Para o fortalecimento do modelo teórico empregado, enfatiza-se a necessidade da abordagem de outros aspectos contidos nele, para viabilizá-lo na prática clínica da Enfermagem.

A realização de pesquisas que abordem a CAC por meio de métodos mistos também pode ser incentivada a fim de se compreender questões intrínsecas a cada indivíduo, favorecendo o reconhecimento de fatores que estimulem ou dificultem as práticas de autocuidado.

Por fim, mesmo com a precariedade socioeconômica apontada pelos FCB pesquisados, houve o desenvolvimento da CAC no grupo pesquisado, implicando a prática clínica da Enfermagem, o planejamento de intervenções dialogadas que respeitem a historicidade, inserção social e limitações dos indivíduos assistidos em busca de uma melhor qualidade de vida após o procedimento cirúrgico.

REFERÊNCIAS

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 Bra*
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, Brouck-sou 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 os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 03/11/2014
Revisado: 07/10/2015
Aprovado: 08/10/2015