

Ana Margarida Cardoso Barreiros

**O comportamento no autocuidado da pessoa com
patologia cardíaca**



Ana Margarida Cardoso Barreiros

**O comportamento no autocuidado da pessoa com
patologia cardíaca**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
4.ª Edição

Trabalho efetuado sob orientação da
Professora Doutora Rosa Martins



Dezembro de 2017

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não teria sido possível se não tivesse podido contar com os diversos contributos que, de uma forma constante, imparcial e dedicada, me foram facultados ao longo da sua elaboração. Por este motivo tendo em conta os mais elementares princípios de reconhecimento e gratidão, expresso os meus sinceros agradecimentos:

A Professora Doutora Rosa Martins, orientador desta dissertação, pelo constante e valioso apoio, permanentes críticas construtivas, disponibilidade, pelas orientações fornecidas e pelos assíduos incentivos.

A todos os clientes, que participaram nesta investigação, preenchendo voluntariamente o questionário, possibilitando que a mesma se tornasse uma realidade, o meu obrigado.

A toda a minha família e a todos os meus amigos pelo apoio e compreensão que sempre me deram.

Sinceramente, estou grata a todas as pessoas, e são muitas para as especificar nominalmente, que de uma forma direta ou indireta sempre acreditaram na realização deste trabalho.

A todos, o meu sincero BEM HAJAM...

RESUMO

Enquadramento: Capacitar as pessoas para a gestão da sua saúde e dos sintomas, na presença de doença crónica e para atingir o nível máximo de independência funcional promovendo o autocuidado é um dos desígnios dos profissionais de enfermagem de reabilitação. Nesta perspetiva o desenvolvimento deste estudo parte do pressuposto básico de que a variável autocuidado é influenciada pelas capacidades e limitações em termos de atividades de vida diárias, estratégias de conservação de energia, posições de descanso em fase de descompensação e sinais de alerta.

Objetivo: Avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas ou psicológicas e o comportamento do autocuidado dos doentes com problemas cardíacos.

Metodologia: foi delineado um estudo de natureza quantitativa, não experimental, transversal e *descritivo* e correlacional. A amostra foi constituída por 74 indivíduos com patologia cardíaca, que frequentam a consulta externa de Cardiologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu. O instrumento utilizado para a recolha de dados integra um questionário sociodemográfico e clínico, escala de apoio social (Matos e Ferreira), questionário de estado de saúde (SF-36V2) e a escala europeia do comportamento do autocuidado na insuficiência cardíaca.

Resultados: prevalece o sexo masculino (com cerca de 71 anos de idade, casados ou a viver em união de fato e a patologia cardíaca que predomina é a insuficiência cardíaca, seguida do EAM com IC e por último a Angina com IC. Existe relação significativa entre as variáveis sociodemográficas com o comportamento do autocuidado. Quando aumenta o apoio social diminui o comportamento adequado dos utentes face ao seu autocuidado e quando o comportamento no autocuidado diminui aumento a saúde mental e física contudo é mais significativa na saúde física.

Conclusão: o comportamento no autocuidado em doentes com patologia cardíaca sofre influência de variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas.

Palavras – Chave: Autocuidado, comportamento, patologias cardíacas, Reabilitação Cardíaca

ABSTRACT

Background: Empowering people to manage their health and symptoms, in the presence of chronic disease, and to reach the maximum level of functional independence promoting self-care is one of the goals of rehabilitation nursing professionals. In this perspective the development of this study starts from the basic assumption that the self-care variable is influenced by the capacities and limitations in terms of daily life activities, energy conservation strategies, rest positions in the decompensation phase and warning signs.

Objective: To evaluate the relationship between sociodemographic, clinical and psychological variables and the self-care behavior of patients with heart problems.

Methodology: a quantitative, non-experimental, cross-sectional and descriptive and correlational study was delineated. The sample consisted of 74 individuals with cardiac pathology, who attend the external consultation of Cardiology of the Tondela-Viseu Hospital Center. The instrument used to collect data includes a socio-demographic and clinical questionnaire, social support scale (Matos and Ferreira), health status questionnaire (SF-36V2) and the European scale of self-care behavior in heart failure.

Results: male patients (about 71 years of age, married or living in a real union) predominate, heart failure predominates, followed by MI with HF and finally, angina with HF. Between the sociodemographic variables and the behavior of self-care. When social support increases, the appropriate behavior of the users decreases with regard to their self-care and when the behavior in self-care decreases the increase in mental and physical health, however, it is more significant in physical health.

Conclusion: self-care behavior in patients with cardiac disease is influenced by sociodemographic, clinical and psychological variables.

Keywords: Self - care, behavior, cardiac pathologies, Cardiac Rehabilitation

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	13
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
2. DOENÇAS CARDIOVASCULARES	17
2.1 ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO	18
2.2 ANGINA DE PEITO	20
2.3 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	21
3. AUTOCUIDADO	24
3.1 TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM	25
4. O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA TEORIA DO AUTOCUIDO	28
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	31
5. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	32
5.1 OBJETIVOS DO ESTUDO	32
5.2 TIPO DE ESTUDO E DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	33
5.3 HIPÓTESES	35
5.4 POPULAÇÃO EM ESTUDO E AMOSTRA	36
5.5 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	37
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	43
6.1 ANÁLISE DESCRITIVA	43
6.2 ANÁLISE INFERENCIAL	62
7. DISCUSSÃO METODOLÓGICA	71
8. CONCLUSÃO	75
BIBLIOGRAFIA	70
ANEXO I	85
ANEXO II	93

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Estatísticas relativas à idade -----	43
Quadro 2 – Caracterização das variáveis sociodemográficas em função do género -----	45
Quadro 3 – Caracterização das variáveis clínicas em função do género -----	47
Quadro 4 – Caracterização dos antecedentes em função do género -----	48
Quadro 5 – Dados sobre a medicação habitual em função do género -----	49
Quadro 6 – Estatísticas relativas aos fatores e nota global do apoio social ----	51
Quadro 7 – Análise de regressão linear simples entre a idade com a escala de apoio social -----	51
Quadro 8 – Estatísticas relativas à escala de apoio social em função do estado civil, habilitações literárias e rendimento mensal -----	52
Quadro 9 – Estatísticas relativas à escala de apoio social em função das variáveis clínicas -----	53
Quadro 10 – Estatísticas relativas à escala de apoio social em função da participação em atividades de reabilitação e os antecedentes dos utentes -----	54
Quadro 11 – Estatísticas relativas às dimensões da escala do estado de saúde -----	55
Quadro 12 – Estatísticas relativas às dimensões da escala do estado de saúde em função do sexo dos utentes -----	56
Quadro 13 – Análise de regressão linear simples entre a idade com a Escala de Estado de Saúde -----	57
Quadro 14 – Estatísticas relativas à Escala de Estado de Saúde em função da patologia cardíaca -----	58
Quadro 15 – Estatísticas relativas às dimensões e a nota global a 12 e a 9 itens da escala do Comportamento no autocuidado -----	62

Quadro 16 – Estatísticas relativas ao comportamento no autocuidado (dimensão e nota global) em função do sexo e estado civil -----	63
Quadro 17 – Análise de regressão linear simples entre o comportamento no autocuidado (dimensão e nota global) e a idade -----	64
Quadro 18 – Estatísticas relativas ao comportamento no autocuidado (dimensão e nota global) do rendimento mensal e das habilitações literárias -----	65
Quadro 19 – Estatísticas relativas ao comportamento no autocuidado em pessoas com patologia cardíaca em função das variáveis clínicas -----	67
Quadro 20 - Estatísticas relativas ao comportamento no autocuidado em pessoas com patologia cardíaca e os antecedentes dos utentes -----	68
Quadro 21 – Estatísticas relativas à escala de apoio social em função da participação e a medicação que fazem de forma regular -----	69
Quadro 22 – Análise de regressão linear simples entre o autocuidado em pessoas com patologia cardíaca e o apoio social -----	70
Quadro 23 – Análise de regressão linear simples entre o comportamento do autocuidado em pessoas com patologia cardíaca e o estado de saúde -----	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis-----35

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Fatores do apoio social e respetivos itens	37
Tabela 2 – Dimensões do estado de saúde e respetivos itens	40
Tabela 3 – Distribuição das respostas na Escala do comportamento no autocuidado.....	60

SIGLAS E ABREVIATURAS

cf – Conforme

cit. in. Citado por

CV – Coeficiente de variação

Dp – desvio padrão

DVC – Doenças cardiovasculares

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAMCST – Enfarte agudo do miocárdio com supra ST

EAMSST - Enfarte agudo do miocárdio sem supra ST

ed. - Edição

Et al. - outros

HTA – Hipertensão arterial

IC – Insuficiência Cardíaca

Med – média

Min – mínimo

Mod – moda

n^o - número

n.s. – não significativo

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

p – nível de significância

pp – intervalo de páginas consultadas

Rc – Reabilitação cardíaca

SCA – Síndrome coronário Agudo

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

SPSS – Statistical Package Social Science

ST – Segmento ST

UCIC – Unidade Cuidados Intensivos Coronários

Vol – Volume

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem um enorme desafio no sistema de saúde atendendo à sua expressiva prevalência e aos recursos que mobilizam o seu tratamento. Mantêm-se consistentemente nas últimas décadas como a principal causa de morte em Portugal e no conjunto da OCDE, apesar de um progressivo decréscimo do seu peso relativo (ACSS, 2012).

Os cuidados de enfermagem têm por finalidade “*ao longo do ciclo vital, prevenir doenças e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida*” (Ordem dos Enfermeiros, 2001; p. 8 e 9).

O autocuidado é um processo de manutenção da saúde e gestão da doença através de práticas consideradas positivas. Assim, o autocuidado desempenha um papel fundamental na saúde dos indivíduos, uma vez que está relacionado com os resultados clínicos (Petronilho, 2012).

Silva *et al.* (2009) definem autocuidado como uma atividade apreendida pelo indivíduo e orientada para um objetivo. É uma ação desenvolvida em situações concretas da vida e que o indivíduo direciona para si ou para regular os fatores que afetam o seu próprio desenvolvimento, atividades em benefício da vida, saúde e bem-estar.

As ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o intuito de manter a vida, a saúde e o bem-estar (Bub *et al.*, 2007).

A teoria geral de Orem proporciona a visão do fenómeno da enfermagem permitindo que a enfermeira, juntamente com o indivíduo implementem ações de autocuidado adaptadas de acordo com as suas necessidades de maneira que a relação de ajuda se expresse no diálogo aberto e promova o exercício do autocuidado.

Neste sentido, essas ações devem capacitar as pessoas para a gestão da sua saúde e dos sintomas, na presença de doença crónica é um dos desígnios dos profissionais de enfermagem. Os enfermeiros de reabilitação trabalham com os clientes para atingir o nível máximo de independência funcional e na realização das atividades de vida diária, promovendo o autocuidado (Hoeman, 2000, p.3).

Assim devem ser criados programas de reabilitação cardíaca que promovam uma recuperação precoce após evento agudo e que visem limitar o impacto da doença cardíaca sobre as capacidades físicas e psicológicas, maximizando a independência funcional, a participação social e profissional, a qualidade de vida e a sobrevivência dos doentes que os integram (Delgado, 2014).

A relevância de conhecer o comportamento no autocuidado de doentes com patologia cardíaca prende-se com o fato de não existir nenhum programa de reabilitação cardíaca no hospital onde a investigadora desenvolve a sua prática clínica e com o aumento de internamentos destes doentes.

A motivação para o desenvolvimento deste estudo parte do pressuposto básico de que a variável autocuidado é influenciada pelas capacidades e limitações em termos de atividades de vida diárias, estratégias de conservação de energia, posições de descanso em fase de descompensação e sinais de alerta. Assim a investigadora considerou pertinente desenvolver esta temática e contribuir para uma melhoria de qualidade de vidas dos doentes com patologia cardíaca. Neste contexto surgiu a seguinte questão de investigação: *Que características sociodemográficas, clínicas e psicológicas influenciam o comportamento no autocuidado da pessoa com problemas cardíacos?* E como objetivo primordial *avaliar o conhecimento do autocuidado dos doentes com patologia cardíaca.*

Uma vez que é de enorme importância refletir e avaliar o comportamento do autocuidado dos doentes com patologia cardíaca, propomo-nos identificar fatores que o influenciam, discutir os resultados e propor estratégias para a melhoria da qualidade de vida destes doentes.

Estruturalmente esta dissertação comporta duas partes. Na primeira parte apresentamos o enquadramento teórico e conceptual acerca da problemática em estudo, onde o primeiro capítulo contextualiza as doenças cardiovasculares, incidindo sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio, angina de peito, Insuficiência Cardíaca e a Reabilitação Cardíaca. Analisamos ainda o conceito de autocuidado e a teoria subjacente a este conceito e a sua relação com a Enfermagem de Reabilitação.

A segunda parte descreve o raciocínio metodológico que sustenta a construção incluindo o desenho de investigação, as hipóteses, as variáveis em estudo e a descrição do instrumento de colheita de dados. Inclui também a descrição do tratamento, apresentação e análise estatística dos dados e a discussão dos resultados, confrontando-os com a literatura científica. Finalizamos com a

apresentação das principais conclusões e sugerindo futuras linhas de investigação que contribuem para o alargamento e compreensão da problemática em estudo.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2. DOENÇAS CARDIOVASCULARES

As doenças cardiovasculares constituem um enorme desafio aos sistemas de saúde atendendo à sua expressiva prevalência e aos recursos que mobilizam o seu tratamento (ACSS, 2012).

Estas são a principal causa de morte nos países desenvolvidos e irão manter-se nessa posição nas próximas décadas. Também nos países em desenvolvimento, este grupo de patologias vai assumir o topo da tabela das causas de morte, até 2030 (Gomes, 2012).

O mesmo autor diz-nos que nos Estados Unidos da América, cerca de 12 milhões de pessoas sofre de doença coronária e cerca de um milhão sofre um enfarte agudo do miocárdio (EAM) a cada ano, resultando em 466000 mortes por esta doença. Também, naquele país, uma em cada seis mortes são devidas a doença coronária e a cada 25 segundos ocorre um evento coronário, resultando numa morte por minuto.

Similarmente na Europa, as DCV representam uma importante causa de mortalidade com particular atenção na doença cardíaca isquémica, onde se verifica um gradiente com zonas de maior mortalidade na Europa Central e de Leste (Gomes, 2012).

Em Portugal, as doenças cardiovasculares lideram as taxas de morbilidade e mortalidade, demonstrando a importância da doença aterosclerótica no panorama da Saúde Pública e a necessidade da implementação de medidas que visam à prevenção primária e secundária.

Em 2007 e de acordo com os dados do agrupamento em grupos de diagnóstico homogéneo ocorreram em Portugal 11909 episódios de internamento hospitalar por EAM dos quais 1303 foram óbitos, 10606 altas hospitalares e 2987 cirurgias coronárias (CNDC, 2009).

No panorama nacional e em 2009, ocorreram 33314 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Sendo que 4967 foram por EAM e 974 pela mesma patologia e na região centro (Silva, 2012).

No Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV), entre o ano de 2006 e 2010, foram registados 2543 indivíduos com patologia cardíaca, que necessitaram de

tratamento em cuidados intensivos coronárias, com um pico 656 indivíduos em 2008 ano que coincide com a implementação da via verde coronária neste hospital. No ano de 2010 deram entrada 590 indivíduos no referido serviço sendo, que a 254 foi diagnosticado EAM e destes 96 indivíduos tinham Enfarte Agudo do Miocárdio com Supra Desnivelamento do Segmento ST e 158 indivíduos tinham Enfarte Agudo do Miocárdio sem Supra Desnivelamento do Segmento ST (Silva, 2012 *cit. in.* SPC (2011)).

Nunes (2016) realizou um estudo sobre os internamentos por DCV na UCIC do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, nos primeiros meses de 2016 e verificou que o sexo masculino é o mais predominante nestas patologias, sendo responsável por cerca de 2/3 de todos os internamentos. Como patologias que aumentam o internamento nesta UCIC temos o EAM com supra (50,68%) e o SCA sem supra (56.63%). Em termos de mortalidade há uma redução desde 2013 até 2016.

Após interpretação destes resultados e conhecendo a importância do enfermeiro de reabilitação na adoção de medidas preventivas (estilos de vida saudáveis, correção de fatores de risco modificáveis e melhoria da qualidade de vida) e na constatação de um aumento significativo do número de indivíduos com doença cardíaca, que necessitam de cuidados intensivos, clínicos ou cirúrgicos que se torna pertinente abordar as patologias cardíacas onde a atuação do enfermeiro de reabilitação é imprescindível.

2.1 ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Em 2007, de acordo com dados resultantes do Agrupamento em Grupos Diagnóstico Homogéneo - GDHs, ocorreram em Portugal 11.909 episódios de internamento hospitalar por enfarte agudo do miocárdio, com 1303 óbitos (10,94%), resultando em 10.606 altas hospitalares após enfarte do miocárdio. Durante este ano foram realizadas 2.987 cirurgias coronárias (600 com cirurgia valvular associada) (CNDC, 2009).

O Enfarte Agudo do Miocárdio pertence ao grupo de doenças designado por Doenças Isquémicas do Coração e é o processo pelo qual o tecido miocárdico é destruído em regiões do coração em virtude da redução do fluxo sanguíneo coronário. O fluxo sanguíneo coronário pode diminuir devido a um estreitamento de uma artéria

coronária, por espasmo súbito (angina de Prinzmetal), por aterosclerose, ou por uma obstrução total de uma coronária causada por um trombo ou êmbolo (Henriques, 2012).

A oclusão do vaso tem como consequência a necrose das células do músculo cardíaco, com conseqüente redução da capacidade do coração para exercer a sua função de bombear sangue para o sistema circulatório. O grau de extensão da necrose celular tem uma relação direta com o prognóstico a curto e longo prazo. O principal objetivo do tratamento é conseguir restaurar rapidamente o fluxo sanguíneo na artéria afetada. Existem dois tipos de abordagem terapêutica do enfarte agudo do miocárdio: a fibrinólise e a angioplastia primária. A fibrinólise consiste na administração de um fármaco que vai atuar ao nível do trombo, conduzindo à sua lise e possibilitando, assim, o restauro do fluxo sanguíneo. A angioplastia primária, também conhecida por angioplastia direta, é uma forma invasiva de tratamento, que obriga a um cateterismo ou restauro do fluxo coronário através de meios mecânicos (Carapeto, 2012).

Com a evolução do conhecimento científico, a intervenção sobre os fatores de risco da aterosclerose prolonga a vida, melhora-a, reduz a incidência de episódos coronários agudos e diminui a necessidade de terapêuticas de revascularização mecânica (Silva, 2012).

A OMS calcula que uma redução ligeira da HTA, consumo de tabaco, dislipidemia e obesidade pode fazer cair a incidência doença cardiovascular para menos de metade. Assim, a prevenção primária e secundária tornam-se fundamentais na luta contra a doença cardiovascular e suas complicações (CNDC, 2009).

Neste contexto torna-se evidente a necessidade de capacitar estes indivíduos para melhorar a sua qualidade de vida após um evento coronário, e um bom modo de o fazer consiste em inseri-los num programa de reabilitação cardíaca.

Colombo e Aguillar (1997) publicam um estudo sobre a qualidade de vida dos doentes com EAM que onde identificaram o seu grupo de trabalho com uma alta prevalência de fatores de risco e que não foram correlacionados com o EAM. O que para os autores serviu de reflexão sobre a necessidade de estabelecer um plano educacional específico para o grupo de trabalho, uma vez que os resultados confirmaram um baixo nível de informação.

No estudo publicado por Goldmeier e Castro (2005) a doentes com EAM, verificaram que no grupo submetido a intervenção de enfermagem houve, ao final de 6 meses, redução no número total de fatores de risco.

Lima e Araújo (2007) no estudo sobre a *prática do autocuidado essencial após a revascularização do miocárdio*, consideram que os doentes devem ser orientados e incentivados a realizar a prática do autocuidado, sendo abordados holisticamente e tendo em consideração o seu contexto de vida, uma vez que os mecanismos individuais para satisfazer as necessidades humanas vão depender da cultura, personalidade, condição económica e da forma como o indivíduo interpreta a gravidade da sua doença.

2.2 ANGINA DE PEITO

A angina de peito é um síndrome clínica que se caracteriza por dor ou desconforto em qualquer das seguintes regiões: tórax, epigástrio, mandíbula, ombro, dorso ou membros superiores, sendo desencadeada ou agravada pelo exercício físico ou stress emocional e que melhora ou alivia com o repouso (César, 2004).

A causa principal da angina de peito corresponde a um desequilíbrio entre o fornecimento de oxigénio ao miocárdio e as exigências de oxigénio. Esta diminuição do fornecimento de oxigénio causa uma obstrução provocada por aterosclerose dos vasos coronário ou das arteríolas intra miocárdicas mais pequenas.

A doença das artérias coronárias é a causa mais frequente da angina de peito. Outras causas incluem anomalias congénitas das artérias, espasmos das mesmas, estenose aórtica, estenose mitral com hipertensão pulmonar, miocardiopatia hipertrófica e hipertensão arterial sistémica.

A angina de peito pode ser classificada como estável ou instável. Os mesmos autores denominam angina de peito estável quando não ocorreu alteração na frequência cardíaca, duração, fatores precipitantes ou alívio durante os 60 dias anteriores. A angina instável marca a transição de uma fase crónica (angina estável) para um estado clínico instável e encontra-se englobada nas síndromes coronárias agudas sem supra desnivelamento de ST.

Os sintomas isquémicos associam-se à não elevação dos marcadores cardíacos (marcadores de necrose) na circulação sanguínea, podendo estar presentes

alterações eletrocardiográficas sugestivas de isquémia (depressão ou elevação do segmento ST ou até mesmo inversão da onda T). Caracteriza-se por uma desproporção entre a oferta e a demanda de oxigénio pelo miocárdio, sendo o mecanismo fisiopatológico mais frequente a rutura da placa aterosclerótica com estreitamento arterial por trombo não oclusivo (Santos, 2012).

Portugal encontra-se na 10ª posição da lista de países representados na Organização Mundial de Saúde com 61 mortes/ano por 100000 habitantes, o que representa 11,4% da taxa de mortalidade global. No entanto, comparando os países europeus, Portugal pertence ao grupo com menor taxa de mortalidade por doença coronária isquémica, juntamente com França, Espanha, Itália, Suíça e Holanda. Segundo o registo nacional de SCA, que incluiu 22482 doentes desde 1 de janeiro de 2002 até 31 de dezembro de 2008, 45,4% dos doentes tiveram EAMCST, 41,4% EAMSST e 13,1% Angina Instável (Gomes, 2012).

2.3 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

O aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população está na origem da prevalência de doenças crónicas, das quais se destaca a insuficiência cardíaca. Estes clientes necessitam de controlar a progressão da doença, preservarem a sua qualidade de vida e autonomia no autocuidado necessitando de integrar um regime terapêutico que vise o tratamento farmacológico e uma componente não farmacológica (Pereira, 2013).

A insuficiência cardíaca coloca obstáculos ao autocuidado, essencialmente limitações físicas, falta de conhecimento, constrangimentos financeiros, dificuldade na obtenção de suporte social e emocional. De um modo mais ou menos progressivo estas pessoas experienciam situações de grande fragilidade no relacionamento familiar, no exercício profissional e no desempenho social pela progressiva limitação da sua capacidade funcional (Mendes, Bastos e Paiva, 2010).

Nascimento e Braga (2015) define IC como sendo a incapacidade do coração em suprir as suas necessidades metabólicas, resultando em incapacidade funcional ou estrutural devido ao baixo débito cardíaco e/ou congestão pulmonar sistémica.

A IC é uma anormalidade na estrutura ou função cardíacas que conduz à falha do coração para proporcionar oxigénio a uma taxa compatível com as exigências metabólicas dos tecidos (Delgado, 2014).

A prevalência desta patologia está a aumentar em Portugal devido ao envelhecimento da população o que poderá vir a constituir um grave problema de saúde pública.

Um estudo publicado em 2002 sobre a epidemiologia da insuficiência cardíaca e aprendizagem (EPICA) com o objetivo de conhecer indicadores epidemiológicos da IC e contribuir para o treino dos profissionais empenhados no combate e tratamento desta patologia, revelou que a prevalência da IC em indivíduos com idade superior a 25 anos é de 4,36%, 7,63% entre os 60-69 anos, 12,67% entre os 70-79 anos e 16,14% nos que têm mais de 80 anos. (Ceia *et al.*, 2002). O mesmo foi replicado na Região Autónoma da Madeira sendo que as conclusões a que chegaram eram semelhantes ao estudo realizado em Portugal Continental. A prevalência neste local foi de 4,69%, a diferença entre sexos foi mais acentuada, sendo 3,53% nos homens e 5,58% nas mulheres. A prevalência da IC nos indivíduos Madeirenses foi inferior aos de Portugal Continental, nas seguintes faixas etárias: entre 25-49 anos (1,24%), 60-69 anos (7,62%) e com idade superior a 80 anos (14,34%).

Face ao exposto, e para colmatar esta prevalência, é necessário que o tratamento da IC passe por aliviar os sintomas e os sinais, evitar o internamento sucessivo, melhorar a qualidade de vida e o aumento da capacidade funcional (ESC, 2013).

Os sinais e sintomas que caracterizam esta patologia, derivam da falência do ventrículo esquerdo, falência do ventrículo direito como bomba, congestão venosa pulmonar e congestão venosa sistémica (Baptista, 2014).

Quando esta deriva da falência do ventrículo esquerdo, ocorre um aumento de volume de sangue no mesmo, na aurícula esquerda e na circulação pulmonar, as pressões venosas pulmonares aumentam e o débito cardíaco diminui, manifestando-se clinicamente com dispneia (numa fase mais avançada pode ocorrer ortopneia e dispneia paroxística noturna), cansaço fácil a pequenos esforços, tonturas, fraqueza, confusão, congestão venosa pulmonar, hipotensão e morte. Por haver hipoperfusão dos músculos, o indivíduo sente um “peso” nos braços e pernas e uma hipoperfusão cerebral pode provocar alterações do estado psicológico (inquietação, insónias). Com o evoluir da patologia podem ocorrer

situações de ansiedade, agitação, paranoia e medo iminente de morrer (Baptista, 2014).

Na falência do ventrículo direito ocorre um aumento da pressão venosa sistêmica dando origem a estase venosa jugular, hepatomegalia, edema periférico ascendente e ascite. Este edema periférico ascendente é progressivo, surge inicialmente nas pernas, posteriormente nas coxas, seguidamente nos genitais e na parede abdominal. Os doentes reconhecem o ganho ponderal gradual ou mesmo súbito.

Na IC a manutenção do autocuidado torna-se fulcral para a prevenção da sintomatologia associada a esta patologia. Assim o papel do enfermeiro de reabilitação deve ser capacitar a pessoa para a tomada de decisão para o autocuidado, com reflexos de autoconfiança e auto realização.

Mendes *et al.* (2010) constataram que os participantes do seu estudo apresentam baixo nível de preparação e conhecimento para lidarem com as dificuldades impostas pela condição de IC, resignam-se à diminuição progressiva das suas capacidades, sem desenvolverem uma atitude pró-ativa, no sentido de manter ou melhorar as suas capacidades. Verificaram ainda que dependem dos profissionais para o controlo de sinais e sintomas e, por isso, sobreutilizam o sistema de saúde. Estes doentes vivem situações de dependência progressiva dos familiares que, sendo o maior suporte de que dispõem, tendem a substituí-los nas atividades de autocuidado.

3. O AUTOCUIDADO

Em 1958, a Enfermeira Dorothea Elizabeth Orem, promoveu uma reflexão profunda acerca da importância dos indivíduos necessitarem de auxílio da enfermagem nas suas atividades de vida diárias, surgindo assim o conceito de autocuidado. A partir desta reflexão formulou a sua teoria sobre o déficit do autocuidado constituída por três teorias relacionadas: a teoria do autocuidado (descreve e explica o autocuidado), a teoria do déficit do autocuidado (demonstra a importância da enfermagem como auxiliador de cuidados) e a teoria dos sistemas de enfermagem (descreve as relações que se podem estabelecer e manter na prática da enfermagem) (Silva *et al.*, 2009).

O autocuidado é um conceito associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal tornando-se num processo de saúde e bem-estar dos indivíduos, visando a capacidade de tomarem iniciativa, responsabilidade e potenciarem o desempenho das suas atividades de vida diárias.

Silva *et al.*, (2009) definem autocuidado como *“uma atividade do individuo aprendida pelo mesmo e orientada para um objetivo. É uma ação desenvolvida em situações concretas da vida, e que o individuo dirige para si mesmo ou para regular os fatores que afetam o seu próprio desenvolvimento, atividades em benefício da vida, saúde e bem-estar.”*

A Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) define autocuidado como: *“atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e liderar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”*.

Para Ferreira *et al.*, (2015) o autocuidado é um processo de tomada de decisão naturalista, envolvendo a escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica (manutenção do autocuidado) e a resposta as sintomas quando eles ocorrem (maneio do autocuidado).

O autocuidado tornou-se um recurso para a promoção da saúde e gestão bem-sucedida dos processos de saúde-doença. Petronilho (2012) dá importância ao autocuidado como foco de atenção no domínio da saúde devido às alterações dos padrões e prevalência de doenças crónicas associadas ao envelhecimento da população, os cuidados devem ser orientados para a promoção da saúde, os cuidados

de proximidade em contexto domiciliário devem capacitar as famílias para uma melhor adaptação aos desafios de saúde e os cidadãos devem ser capazes de tomar decisões sobre as questões de saúde, estratégias de abordagem e maior motivação para melhorar a sua saúde e bem-estar.

3.1 TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

O modelo do autocuidado proposto por Dorothea Orem, na sua teoria de enfermagem do défice de autocuidado (teoria geral de enfermagem de Orem), foi desenvolvido na década de 1950. Baseia-se na premissa de que os indivíduos podem cuidar de si próprios e que podem obter benefício com o cuidado da equipa de enfermagem quando apresentam incapacidade de autocuidado. Contidas nele e entre si apresentam-se três teorias inter relacionadas: a teoria dos sistemas de enfermagem; a teoria do défice de autocuidado e a teoria do autocuidado (Taylor, 2004, p.213).

Numa análise geral, a teoria dos sistemas de enfermagem engloba a teoria do défice de autocuidado e esta, por sua vez, contém a teoria do autocuidado (Vítor, Lopes e Araújo, 2010, p. 612).

Assim que uma exigência de um determinado cuidado de enfermagem é ativada, um sistema de enfermagem é produzido. Entende-se por sistema de enfermagem, o conjunto de ações e interações entre os enfermeiros e os clientes. Deste modo, para a enfermagem ser legítima, o défice de autocuidado precisa existir (Vítor *et al.*, 2010, p. 612).

Para a compreensão da teoria do autocuidado é necessário definir os vários conceitos com ele relacionados, como os de autocuidado (atividade que os indivíduos praticam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar), ação de autocuidado (capacidade do homem envolver-se no autocuidado) e os fatores condicionantes básicos (idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural e os fatores do sistema de atendimento de saúde). Nesta teoria incorpora-se o conceito dos requisitos de autocuidado, que são: universais, desenvolvimentais e desvio de saúde. Os requisitos universais são comuns aos seres humanos, auxiliando-os em seu funcionamento. Associam-se com os processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. Os requisitos desenvolvimentais ocorrem quando surge a necessidade de adaptação às mudanças que ocorrem na vida do indivíduo. Já os

requisitos por desvio de saúde acontecem quando o indivíduo em estado patológico necessita adaptar-se a tal situação (Diógenes e Pagliuca 2003, p. 288).

Os requisitos universais do autocuidado comuns a homens, mulheres e crianças são: manutenção e ingestão suficiente de ar, água e alimento; a provisão de cuidados com eliminação e excreção; manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso, entre solidão e interação social; a prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e ao bem-estar humano; a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano, em grupos sociais, conforme o potencial humano, limitações humanas conhecidas e o desejo de ser normal (Taylor, 2004, p. 214).

A teoria do déficit de autocuidado ocorre quando o ser humano se acha limitado para prover autocuidado sistemático, necessitando de ajuda de enfermagem. Constitui a essência da teoria geral de enfermagem de Orem, pois possibilita apontar a necessidade de enfermagem. Orem, identifica cinco métodos de ajuda nesta teoria: agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro (física ou psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação e ensinar o outro (Diógenes e Pagliuca, 2003, p. 288).

A teoria dos sistemas de enfermagem de Orem, considera que para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, são necessárias três classificações de sistemas de enfermagem; sistema totalmente compensatório (quando o ser humano está incapaz de cuidar de si mesmo, e a enfermeira o assiste, substituindo-o, sendo suficiente para ele); sistema parcialmente compensatório (quando a enfermeira e o indivíduo participam na realização de ações terapêuticas de autocuidado) e sistema de apoio-educação (quando o indivíduo necessita de assistência na forma de apoio, orientação e ensino) (Torres, Davim e Nóbrega, 1999, p. 49).

A enfermeira é uma profissional com treino e experiência, que pode proporcionar cuidados de enfermagem às pessoas que necessitam de cuidados especiais beneficiando-as. Os quatro principais conceitos dessa teoria são: ser humano, saúde, sociedade e enfermagem em seu trabalho (Diógenes e Pagliuca, 2003, p. 288-289).

A teoria geral de Orem proporciona a visão do fenômeno da enfermagem permitindo que a enfermeira, juntamente com o indivíduo implementem ações de autocuidado adaptadas de acordo com as suas necessidades de maneira que a relação de ajuda se expresse no diálogo aberto e promova o exercício do autocuidado.

Esta teoria está essencialmente apoiada na premissa segundo a qual todos possuem potencial, em diferentes graus, para cuidar de si mesmo e dos que estão sob sua responsabilidade (Torres *et al.* 1999, p. 49).

Com base na sua teoria, Orem entende o processo de enfermagem como um método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado. Este processo de enfermagem compreende os seguintes passos:

Passo 1 - fase de diagnóstico e prescrição, que determina a necessidade ou não de cuidados de enfermagem. O enfermeiro realiza a colheita de dados do cliente, que posteriormente são reunidos nas áreas das necessidades de autocuidado, de desenvolvimento e de desvio de saúde do cliente, bem como, o seu inter-relacionamento. São também reunidos dados acerca dos conhecimentos, habilidades, motivação e orientação do cliente.

Passo 2 - fase do planejamento dos sistemas de enfermagem e da execução dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação.

Passo 3 - fase da produção e execução do sistema de enfermagem, onde o enfermeiro pode prestar auxílio ao indivíduo (ou família) no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar resultados identificados e descritos de saúde. Este passo inclui a evolução, onde, juntos, cliente e enfermeiro, realizam a avaliação. A evolução é um processo contínuo, e é fundamental que o enfermeiro e o cliente avaliem quaisquer modificações nos dados que afetariam o déficit de autocuidado, o agente de autocuidado e o sistema de enfermagem (Torres *et al.*, 1999, p. 49).

4. O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA TEORIA DO AUTOCUIDADO

O contexto e a realidade em que se desenvolve a intervenção dos enfermeiros de reabilitação fazem com que estes profissionais tenham a qualidade de vida das pessoas como questão central à sua atividade. Capacitar as pessoas para a gestão da sua saúde e dos sintomas, na presença de doença crónica é um dos desígnios dos profissionais de enfermagem. Os enfermeiros de reabilitação trabalham com os clientes para atingir o nível máximo de independência funcional e na realização das atividades de vida diária, promovendo o autocuidado (Hoeman, 2000, p.3).

No seio da equipa, estes profissionais, desenvolvem com os seus pares e as pessoas alvo dos seus cuidados, um conjunto de estratégias que visam potenciar as capacidades de autocuidado e de realização das atividades de vida diária que concorrem diretamente para a qualidade de vida, contribuindo decisivamente para que a pessoa se realize a níveis cada vez mais elevados (Januário, 2013, p.1).

De acordo com as competências do enfermeiro de reabilitação, descritas no Regulamento n.º 125/2011, a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto - estima.

A reabilitação cardíaca é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo a soma das atividades necessárias para influenciar favoravelmente tanto a causa subjacente da doença, quanto melhorar as condições físicas, mentais e sociais de maneira que os doentes possam através de seus próprios esforços, preservar ou reassumir quando perdido, um papel tão normal quanto possível dentro da comunidade.

A Reabilitação Cardíaca tem o intuito de melhorar a capacidade funcional, corrigir os fatores de risco, restabelecer as funções físicas, psicológicas e sociais. Assim a finalidade não é somente prolongar os anos de vida, mas aliviar os sintomas e melhorar as funções gerais.

Estes programas são destinados a limitar os efeitos psicológicos e fisiológicos da doença cardíaca, reduzir o risco de morte súbita ou reenfarte, controlar os sintomas cardíacos, estabilizar ou reverter o processo aterosclerótico e aumentar o status psicossocial e vocacional de doentes selecionados (CNDC, 2009). Estes programas assentam em objetivos classificáveis de curto e longo prazo. Assim consideram-se objetivos a curto prazo: capacitar o doente para voltar as atividades habituais, limitar os efeitos psicológicos da doença cardíaca, diminuir o risco da doença cardíaca e novo enfarte, controlar os sintomas da doença cardíaca. A longo prazo pretende-se identificar e tratar os fatores de risco, estabilizar ou reverter o processo aterosclerótico e melhorar o estado psicológico do doente.

O desenvolvimento e implementação de programas de Reabilitação Cardíaca baseiam-se na evidência científica, justificada em *guidelines* e *position papers*, dos seus benefícios tanto para o doente (melhoria da tolerância ao esforço, de sintomas, de níveis lipídicos, de bem-estar psicossocial, redução de hábitos tabágicos e de stress) como a nível económico (menos reinternamentos, menor recorrência de enfartes e procedimentos de revascularização, menor absentismo laboral), tendo ainda um impacto de 20 a 25% na mortalidade (McMurray *et al.*, 2012).

Henriques (2016) citando a American Heart Association, interpreta a reabilitação cardíaca como um programa supervisionado por profissionais com o intuito de ajudar os indivíduos a recuperar de episódios cardíacos, cirurgia coronária e intervenções coronárias percutâneas das quais a angioplastia. Este programa é constituído por equipas multidisciplinares com serviços de educação e aconselhamento com o objetivo de melhorarem a capacidade física, reduzir sintomas e incidentes cardíacos futuros, e a melhoria da saúde em geral dos indivíduos.

A Direção Geral de Saúde (DGS) estabeleceu como uma das prioridades até 2010, o aumento da percentagem de referência dos utentes após um episódio agudo de doença cardíaca isquémica a unidades de reabilitação de 3% para 30%, com vista a reduzir a taxa de óbitos causada pela mesma (DGS, 2004). Contudo essa meta não foi ainda atingida.

Apesar de todos estes benefícios a RC continua a ser subutilizada (CNDC, 2009). Em Portugal, em 2007, menos de 3% dos doentes elegíveis foram reabilitados, apesar de este valor ter duplicado comparativamente a 2004. Existiam, em 2009, um total de 18 centros de RC (9 públicos e 9 privados), localizando-se 9 na região Norte, 8 na região da Grande Lisboa e 1 na região Sul, permanecendo assim o interior e a

região Centro sem cobertura para estes programas. Cada centro disponibiliza diferentes fases da RC, e nenhum deles englobava todas.

A inexistência de um centro de reabilitação cardíaca, na nossa área geográfica, limita a qualidade e vida do doente cardíaco, mas se o especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas faz todo o sentido que seja uma área a desenvolver. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem - lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção, complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas. Tendo em conta que a patologia cardíaca influencia o autocuidado e a reintegração das pessoas na família e na comunidade todos os programas de reabilitação cardíaca proporcionam assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.

A preocupação com o conceito de qualidade de vida reporta-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou a um aumento natural da expectativa de vida, Ferreira (2014)

Para a autora citada é compreensível que a qualidade de vida se relacione especificamente com a saúde e a capacidade do doente e seus familiares se ajustarem a uma doença específica e às suas sequelas, isto é, ao impacto da doença na sua vida quotidiana.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

5. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

A metodologia é caracterizada como uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma medição.

É sem dúvida uma explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa. Deste modo a fase metodológica baseia-se em precisar como o fenómeno em estudo será inteirado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação, (Fortin, 2009).

É nesta fase do projeto que se indica: o tipo de investigação realizada, a formulação de hipóteses, as variáveis e sua operacionalização, havendo coerência entre as definições conceptuais e os critérios de mensuração. Refere-se também o processo de seleção da amostra, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos de colheita de dados, bem como indica e justifica as técnicas e medidas estatísticas utilizadas, (Fortin, 2009).

Nesta linha de pensamento, delimitámos um problema a investigar, em função do qual se traçaram os objetivos. Para os atingir, efetivámos uma revisão bibliográfica, que permitiu sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de selecionar o que nos pareceu mais pertinente e atual. O presente estudo tem como objetivo avaliar a *o Comportamento no autocuidado da pessoa com patologia cardíaca*.

Assim, tendo por base o quadro teórico elaborado definimos os procedimentos metodológicos que nos ajudarão a dar resposta às questões que inicialmente formulámos. Iremos deste modo, descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de colheita de dados utilizados e os procedimentos estatístico que se irão realizar.

5.1 OBJETIVOS DO ESTUDO

O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo precisando as variáveis - chave, a população alvo e a orientação da investigação, (Fortin, 2009).

Inclui resultados finais quantificáveis, dentro de certos limites de tempo, (Imperatori, 1999).

Tendo em conta, os aspetos referenciados na fundamentação teórica, consideramos de grande pertinência o estudo do comportamento no autocuidado de pessoas com patologias cardíacas. Além disso pretendemos analisar as variáveis que se relacionam com esse autocuidado (as sociodemográficas, clínicas e psicológicas).

As doenças crónicas, nomeadamente as do foro cardíaco, apresentam-se como uma das principais causas de morte no mundo ocidental, constituindo um peso significativo, quer em termos financeiros quer em termos emocionais, para toda a sociedade. Neste âmbito emergiu a seguinte questão geral de investigação:

Quais as características sociodemográficas, clínicas e psicológicas que influenciam o comportamento no autocuidado da pessoa com problemas cardíacos?

Na procura de respostas para a questão referida anteriormente, foram equacionados os seguintes objetivos:

- Avaliação do comportamento do autocuidado dos utentes;
- Caracterizar sociodemograficamente os doentes com patologia cardíaca;
- Avaliar as características clínicas dos doentes;
- Avaliar o apoio social dos doentes;
- Caracterizar o sono dos doentes cardíacos;
- Determinar o Estado de Saúde dos doentes com patologia cardíaca;
- Identificar se as variáveis sociodemográficas, clínicas ou psicológicas têm efeito no comportamento do autocuidado dos doentes.

5.2 TIPO DE ESTUDO E DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo tem uma análise quantitativa, descritiva, correlacional, de corte transversal e retrospectivo.

Uma das vantagens dos estudos retrospectivos, é a aplicação dos questionários auto-administrados, método a que recorreremos para a colheita de informação. Sampieri, Collado e Lúcio (2003) referem que a utilização deste método tem vantagens sobre as entrevistas face a face, ou entrevistas pelo telefone. No questionário auto-administrado, não existem intermédios, o indivíduo faz apelo à sua memória e com alguma facilidade responde às várias questões, pois não se sente pressionado e inibido pelo entrevistador.

De uma forma sintética pode afirmar-se que o tipo de pesquisa equacionada para esta investigação se caracteriza por ser:

- ✓ Análise quantitativa – pois pretende-se garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação;
- ✓ Não experimental - pois não procuramos manipular as variáveis em estudo, embora seja nossa intenção obter evidências para explicar por que ocorre um determinado fenómeno, (Sampieri *et al.*, 2006).
- ✓ Transversal, pois caracteriza-se pelo fato de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente.
- ✓ *Descritivo e correlacional* - pois se por um lado recolhe informação de maneira independente, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis (Sampieri *et al.* 2006).

Pretende-se, deste modo, descrever as características de uma determinada população utilizando a metodologia quantitativa por se fundamentar no método hipotético dedutivo e pelo qual os dados colhidos fornecem realidades objetivas no que respeita às variáveis em estudo, suscetíveis de serem conhecidas, (Sampieri *et al.*, 2006).

Nesta perspetiva e tendo em conta a revisão teórica, objetivos e as hipóteses, elaboramos uma representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis, (cf. Figura 1).

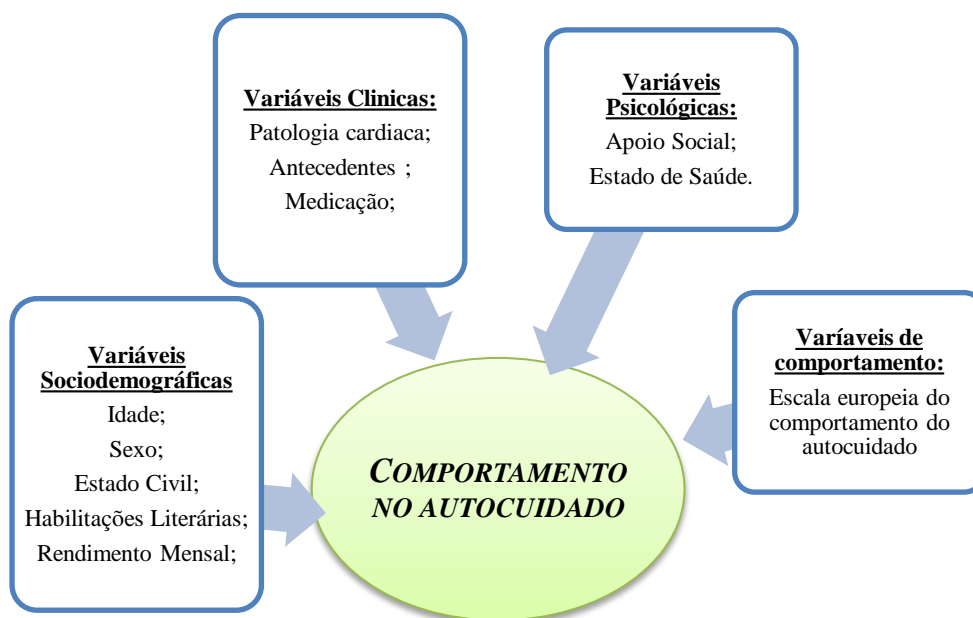


Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis

5.3 HIPÓTESES

Após estes enunciados declarativos que são os objetivos elaborámos hipóteses que emanaram da teoria.

Vários autores apresentam-nos múltiplas definições de hipóteses de investigação, todas elas sustentadas num mesmo princípio: a relação entre variáveis.

Huot (2002, p.384) refere que a *“hipótese é uma proposição que se faz na tentativa de verificar a validade de resposta existente para um problema. É uma suposição que antecede a constatação dos fatos e tem como característica uma formulação provisória; deve ser testada para determinar a sua validade”*.

A formulação das hipóteses contidas neste trabalho teve a sua origem no pensamento/método indutivo. Este método consiste em observações precisas que evoluem para a generalização, (Fortin, 2009).

Relativamente à classificação, estas são classificadas como complexas ou multivariadas, ou seja predizem a relação de associação ou de causalidade entre três ou mais variáveis, (Fortin, 2009).

Face aos objetivos descritos, equacionaram-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – *As variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, e rendimento mensal) dos doentes com patologia cardíaca influenciam o seu comportamento no autocuidado?*

Hipótese 2 – *Existe relação entre as variáveis clínicas e o comportamento no autocuidado nas pessoas com patologia cardíaca.*

Hipótese 3 – *Os utentes com maior apoio social apresentam um autocuidado com maior dependência?*

Hipótese 4 – *O estado de saúde exerce influência no comportamento no autocuidado nas pessoas com patologia cardíaca?*

5.4 POPULAÇÃO EM ESTUDO E AMOSTRA

No planeamento de um trabalho de investigação torna-se necessário definir a população a ser estudada. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p.224) “*uma população é um agregado total de casos que preenchem um conjunto de critérios especificados*”.

A população alvo diz respeito a toda a população no qual o pesquisador está interessado. É formada pelos elementos que cumprem os critérios de seleção, definidos antecipadamente, e para os quais o investigador deseja fazer generalizações (Fortin, 1999).

Existe ainda a população acessível que é representada pela porção da população alvo que está acessível ao investigador como um grupo de sujeitos. Uma amostra consiste num subconjunto dessa população (Polit *et al.*, 2004). Para estimar o tamanho da amostra, o investigador deve avaliar um conjunto de fatores em relação com os resultados previstos do seu estudo e a generalização que deseja fazer. Segundo o autor supracitado, o objetivo é obter uma amostra suficientemente grande para detetar diferenças estatísticas, tendo em conta as questões de economia e tempo.

Quivy e Campenhoudt (2003) referem que nem sempre é possível, ou vantajoso colher dados sobre todas as unidades que compõem a população em estudo, uma vez que obter informações fidedignas sobre um determinado conjunto interrogando apenas alguns elementos que o constituem torna-se uma desvantagem.

De acordo com Polit e Hungler (1995), Almeida e Freire (2000), Fortin (2003), existem dois tipos de amostragem: o probabilístico e o não probabilístico. A amostra probabilística é o único método que permite obter amostras representativas com vista à generalização dos resultados. Na perspetiva de Gil (1999, p.101) as amostras não probabilísticas “*não apresentam matemática ou estatística, dependendo unicamente de critérios do pesquisador, enquanto que as amostras probabilísticas “são rigorosamente científicas”*”.

Várias podiam ser as opções para realizar este estudo, no entanto na delimitação do universo que pretendemos estudar selecionámos a população de utentes com patologia cardíaca seguidos em consulta externa e da especialidade de Cardiologia de um Hospital do Centro do País. É de referir que a escolha do hospital em questão não se prendeu com qualquer problema que tenha sido diagnosticado, mas por facilidade de acesso da investigadora.

A técnica de amostragem para selecionar os indivíduos foi não probabilística acidental. A amostra ficou constituída por 74 indivíduos. Participaram no estudo indivíduos que apresentassem os seguintes critérios de inclusão:

- Concordar participar no estudo. Foi considerado indicativo de concordância de participação voluntária no estudo o preenchimento do instrumento de colheita de dados/Questionário;
- Todos os indivíduos com as seguintes patologias cardíacas: EAM, Angina de Peito e Insuficiência Cardíaca.
- Todos os indivíduos com as patologias anteriores e a frequentar as consultas externas de Cardiologia.

Foram excluídos do estudo todos os indivíduos que não frequentassem as consultas de Cardiologia, os que tiveram patologia cardíaca há menos de um mês e todos os indivíduos com outras patologias cardíacas.

5.5 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados em investigação, são equipamentos concebidos para a obtenção de informação pertinente e necessária. Assim, a seleção

do instrumento de colheita de dados deve estar diretamente relacionada com o problema em estudo, de maneira a permitir a avaliação das variáveis em causa.

Para o nosso estudo, como forma de obtenção de dados e mensuração das diferentes variáveis, foi através de um questionário que permitiu recolher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação.

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

Os dados biográficos visam a caracterização dos utentes que frequentam as consultas de Cardiologia, nomeadamente em termos de idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e rendimento mensal (cf. Anexo I).

Parte II – Caracterização Clínica

Os dados clínicos caracterizam os doentes, nomeadamente ao nível da sua patologia cardíaca, dos antecedentes e da medicação que fazem de forma regular, se sentem dor no dia-a-dia, se já realizaram reabilitação e se sentem que o programa de reabilitação é benéfico para a sua patologia cardíaca (cf. Anexo I).

Parte III – Caracterização Psicológica

A avaliação das variáveis de cariz psicológicas aborda a Escala de Apoio Social Matos e Ferreira (1999), e o Questionário que avalia o estado de Saúde (SF – 36), (Ferreira, 2000), (cf. Anexo I).

- *Escala de Apoio Social*

O apoio social, na opinião de Matos e Ferreira (1999), é caracterizado como um constructo multidimensional que pode influenciar a saúde.

Esta escala engloba um conjunto de dezasseis questões, avaliadas segundo uma escala do tipo “Likert”. Permite cinco possibilidades de resposta (não concordo, concordo pouco, concordo moderadamente, concordo muito, concordo muitíssimo), a que se atribui uma pontuação de um a cinco, correspondendo este último valor a níveis mais elevados de Apoio Social, exceto para os itens 2, 5, 12, 13, 14 e 16, que pela forma como estão formuladas, devem ser cotados inversamente.

Os itens estão formulados para medir as três principais funções do Apoio Social, como este exposto no Tabela 1.

Tabela 1 – Fatores do Apoio Social e respetivos itens

FATORES	ITENS
Apoio informativo	1, 6, 7, 8, 9, 10
Apoio emocional	2, 3, 4, 5, 11
Apoio instrumental	12, 13, 14, 15, 16.

As pontuações podem variar de 16 a 80, sendo os valores médios para a população portuguesa em geral de 64.874 (Dp=8,322), (Matos & Ferreira, 2000).

A escala mostrou ter uma boa fiabilidade, as autoras obtiveram um alfa de Cronbach de 849 para uma amostra de 214 indivíduos. A análise da consistência interna da presente escala nesta investigação, revelou um alfa de Cronbach de 880, equivalente a uma boa consistência interna, e ligeiramente mais elevada que a dos autores.

- *Questionário do Estado de Saúde (MOS Short Form Health Survey 36 Item v2)*

O instrumento SF-36 foi descrito por Ware & Sherbourne, em 1992, e tornou-se o instrumento genérico de qualidade de vida relacionada com a saúde mais usado internacionalmente. Foi adaptado para a língua e população portuguesa por Ferreira em 1998.

O SF-36 (The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey) é considerado uma medida genérica de saúde uma vez que se destina a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e bem-estar de cada um. Além disso não é específico de qualquer nível etário, doença, tratamento ou cultura (Ferreira, 2000).

O presente questionário tem como objetivo medir e avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença; monitorizar doentes com múltiplas

condições, comparar doentes com condições diversas e comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral, foi validado para a população portuguesa por Ferreira (2000).

Inclui 36 itens, em oito dimensões conforme esta expresso na tabela 2.

Tabela 2 – Dimensões do Estado de Saúde e respetivos itens

DIMENSÕES	ITENS	PONTUAÇÃO
Função física	P3(a-j)	1 a 3
Desempenho físico	P4(a-d)	1 a 5
Dor	P7; P8	1 a 5
Saúde geral	P1; P11(a-d)	1 a 5
Vitalidade	P9(a,e,g,i)	1 a 5
Função social	P6; P10	1 a 5
Desempenho emocional	P5(a-c)	1 a 5
Saúde mental	P9(b,c,d,f,h)	1 a 5

Variando de 0 a 100, em que 0 é a pior saúde e 100 a melhor saúde, está incluído um item que avalia a mudança de saúde comparada com o ano anterior. As opções de resposta variam entre duas a seis para cada questão e pode ser completado em aproximadamente dez minutos. As oito dimensões avaliam a saúde nas quatro semanas precedentes à sua administração.

A Função física (10 itens): pretende avaliar como o indivíduo realizou as suas tarefas diárias habituais, como se vestir, tomar banho, andar, subir escadas, etc., no período estudado. Pretendendo captar a quantidade e a qualidade das atividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais do doente. O Desempenho físico (4 itens): tem como objetivo avaliar como a saúde física interfere nas atividades domésticas ou profissionais habituais.

A Dor (2 itens): pretende avaliar não só a intensidade e o desconforto causados pela dor mas também a extensão da forma como interfere nas atividades usuais.

A Saúde Geral (5 itens): tem como objetivo avaliar o conceito de percepção holística da saúde, incluindo não só a saúde atual mas também a resistência à doença e a aparência saudável, tornando-se assim, aos olhos dos inquiridos e em relação às restantes perguntas, menos redundante.

A Vitalidade (4 itens): inclui os níveis de energia e disposição do indivíduo para realizar as suas tarefas diárias. Inclui os níveis de energia e de fadiga. Esta escala permite captar melhor as diferenças de bem-estar.

A Função social (2 itens): avalia quanto as atividades sociais habituais do indivíduo foram afetadas pelo seu estado físico ou emocional das atividades sociais dos inquiridos.

O Desempenho emocional (3 itens): procura avaliar como o estado emocional interfere nas atividades diárias domésticas ou no trabalho, no período estudado.

A Saúde mental (6 itens): pretende avaliar a interferência de sentimentos como ansiedade, depressão, felicidade e tranquilidade no quotidiano do indivíduo, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico;

E a Mudança de saúde (1 item) não constitui por si só uma dimensão, tem como objetivo avaliar a saúde atual, pontuada de 1 (muito melhor) a 5 (muito pior).

Parte IV – Caracterização do Comportamento no Autocuidado

A avaliação do comportamento no autocuidado foi estimado utilizando o *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* – Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (EEAIC). O processo de tradução e adaptação da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*, para o contexto português foi validado por Pereira em 2000.

O processo de validação permite criar 3 dimensões: a primeira dimensão: “Procura de ajuda,” foi constituída pelos itens 3, 4, 5, 8 e 10. Esta dimensão corresponde à forma como os clientes percecionam a sua condição de saúde e lidam com os desafios percebidos. Observamos que os clientes nesta dimensão fazem o que lhes é sugerido, cumprindo as instruções, esboçando pouco ou nenhum questionamento sobre suas ações. Inserem-se nesta dimensão os clientes que esperam muito dos profissionais de saúde, atribuindo-lhes o controlo da sua saúde.

Esta atitude face ao comportamento de autocuidado pode estar associada à postura pessoal face ao envelhecimento, face aos outros e ao futuro. Esta atitude influencia a forma como os clientes percecionam a condição de saúde, como lidam com os desafios percebidos, como interagem com os profissionais de saúde e como se posicionam face ao tratamento negociado.

A segunda dimensão: Atividades de adaptação, é constituída pelos itens 1 e 12 e integra as atividades propostas para o tratamento não-farmacológico, como o hábito de se pesarem e fazerem exercício físico diariamente.

A terceira dimensão foi denominada como “*Compliance*”, que engloba os itens 6 e 9 onde destacamos que a terminologia empregue remete para o grau em que o comportamento do cliente coincide com as orientações dos profissionais de saúde, atribuindo ao cliente uma visão de cumpridor de recomendações propostas. Neste contexto, Conrad (1985) advoga que o termo “*Compliance*” estaria mais centrado na ideologia biomédica, sendo o cliente visto como um cumpridor de recomendações.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, inerente à apresentação de resultados, procurou-se caracterizar não apenas os scores obtidos, pelos sujeitos da nossa amostra, para a variável dependente e independentes em estudo, mas também analisar como estas variáveis se associam entre si, tendo como referência os objetivos que orientaram a presente investigação. A apresentação dos resultados é feita através de quadros e tabelas, onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo. A descrição e análise dos dados obedecem à ordem pela qual foi elaborado o instrumento de recolha de dados.

6.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

A análise da estatística descritiva consiste na delimitação das características da amostra em estudo, da qual provêm os dados colhidos. Permite ainda descrever os valores obtidos através da medida das variáveis (Fortin, 2009).

A apresentação dos resultados surge esquematizada em quadros, acompanhados pelas análises correspondentes.

Pela análise do quadro 1, verificamos que a nossa amostra apresenta idades compreendidas entre os 51 e os 86 anos, com uma média de aproximadamente 71 anos ($dp=10.805$) e com uma dispersão moderada em torno da média (15.13%). Os homens são em média mais velhos face as mulheres, contudo sem evidencia estatística significativa ($p=.456$), (cf. Quadro 1).

Quadro 1 – Estatísticas relativas à idade

Sexo	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk _{erro}	K _{erro}	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Masculino	45	52	86	72.00	10.804	-1.387	-1.266	15.01	34.70	U=418.5 Z=0.745 p=.456
Feminino	21	51	83	70.14	10.960	-0.874	-0.776	15.63	30.93	
Total	66	51	86	71.41	10.805	-1.559	-1.497	15.13		

A distribuição da amostra face ao sexo evidencia um predomínio do sexo masculino face ao feminino (68.2% vs 31.8%). Nos grupos etários que se encontram no quadro 2, a sua representação é idêntica entre os quatro grupos, os mais

representados são os grupos com mais de 79 anos e o que tem idades entre os 66 e os 71 anos com 27.3%.

Quanto ao estado civil, a grande maioria dos doentes da amostra são “casados” ou “vivem em união de facto” (68.2%) e 31.8% são “divorciados, separados ou viúvos”. Devemos ainda realçar que nenhum dos doentes respondeu que era solteiro (cf. quadro 2). Nas mulheres todas estão casadas ou vivem em união de facto, por sua vez nos homens esse valor é quase metade (53.3%), relevando o valor residual ajustado com diferenças significativas ($res=3.8$), ou seja o sexo dos utentes sofre influência do estado civil.

Relativamente às habilitações literárias, 50.0% dos doentes tem o 3º ciclo de escolaridade, 27.3% possui o 2º ciclo, 13.6% o 12º ano ou nível superior e 9.1% o 1º ciclo. Quanto ao género, a maior percentagem quer nos homens e nas mulheres também se encontra no 3º ciclo com valores de 53.3% e 42.9%. Existe maior percentagem de mulheres com nível de habilitações mais baixa no 1º ciclo (28.6% vs 0.0%), contudo sem evidência significativa (cf. Quadro 2).

Por fim, no que concerne ao rendimento mensal, metade da amostra recebe até 500 euros, 45.5% tem um vencimento mensal entre os 500 euros a 1000 euros e apenas 4.5% recebe mais de 1000 euros. O estudo comparativo entre homens e mulheres revela que as mulheres recebem mais face aos homens uma vez que apenas nas mulheres existe representação nos rendimentos acima de 1000 euros (14.2%), contudo sem evidência estatística significativa ($res<2.0$), (cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Caraterização das variáveis sociodemográficas em função do género

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Valores Residuais ajustados	
	n (45)	% (68.2)	n (21)	% (31.8)	N (66)	% (100,0)	Masc.	Fem.
Grupo etário								
<66 anos	9	19.9	6	22.7	15	22.7	-0.8	0.8
Dos 66 aos 71 anos	12	26.7	6	22.7	18	27.3	-0.2	0.2
Dos 72 aos 79 anos	12	26.7	3	14.2	15	22.7	1.1	-1.1
>79 anos	12	26.7	6	22.7	18	27.3	-0.2	0.2
Estado civil								
Casado ou em união fato	24	53.3	21	100.0	45	68.2	-3.8	3.8
Divorciado, separado ou viúvo	21	46.7	0	0.0	21	31.8	Não aplicável	
Solteiro	0	0.0	0	0.0	0	0.0	Não aplicável	
Habilitações literárias								
1º Ciclo	0	0.0	6	28.6	6	9.1	Não aplicável	
2º Ciclo	18	40.0	0	0.0	18	27.3	Não aplicável	
3º Ciclo	24	53.3	9	42.9	33	50.0	0.8	-0.8
12º anos ou mais	3	6.7	6	9.1	9	13.6	-1.9	1.9
Rendimento mensal								
Até 500 euros	24	53.3	9	42.9	33	50.0	0.8	-0.8
De 500 a 1000 euros	21	46.7	9	42.9	30	45.5	0.3	-0.3
Mais de 1000 euros	0	0.0	3	14.2	3	4.5	Não aplicável	

O estudo das caraterísticas clínicas permite referir que 77.3% dos utentes tem Insuficiência Cardíaca (IC), 13.6% Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e IC e 9.1% tem IC e angina de peito. O estudo comparativo entre homens e mulheres permite concluir que 80% dos homens tem IC e nas mulheres existe maior representação de pessoas com EAM e IC face aos homens (28.6% vs 6.7%) sendo esta diferença significativa ($res=2.4$), ou seja, a presença das patologias EAM e IC são mais frequentes nas mulheres, (cf. Quadro 3).

Os doentes quando questionados se sentem dor no dia-a-dia, 50.0% deles responde “algumas vezes”, 40.9% “raras vezes” e apenas 9.1% refere “muitas vezes”. (cf. Quadro 3).

Quanto à questão se os doentes já experimentaram algum tipo de reabilitação 22.7% admite já ter feito, sendo a percentagem de ter realizado reabilitação mais elevada nas mulheres face aos homens (42.9% vs 13.3%), revelando o valor residual ajustado com diferenças significativas ($\text{res}=2.7$), (cf. Quadro 3).

Todos os utentes manifestam que a reabilitação é benéfica para o seu problema de saúde, contudo dos 15 utentes que já realizaram algum programa de reabilitação a maioria foi através de um enfermeiro (60.0%), e 20% com fisioterapeuta ou osteopata.

Quadro 3 – Caracterização das variáveis clínicas em função do género

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Valores Residuais ajustados	
	n (45)	% (68.2)	n (21)	% (31.8)	N (66)	% (100,0)	Masc.	FFem.
Patologia cardíaca								
IC	36	80.0	15	71.4	51	77.3	0.8	-0.8
IC e angina de peito	6	13.3	0	0.0	6	9.1	Não aplicável	
EAM e IC	3	6.7	6	28.6	9	13.6	-2.4	2.4
Dor no dia-a-dia								
Raras Vezes	18	40.0	9	42.9	27	40.9	-0.2	0.2
Algumas vezes	24	53.3	9	42.9	33	50.0	0.8	-0.8
Muitas vezes	3	6.7	3	14.2	6	9.1	-1.0	1.0
Reabilitação								
Sim	6	13.3	9	42.9	15	22.7	-2.7	2.7
Não	39	86.7	12	57.1	51	77.3	2.7	-2.7
A reabilitação é benéfica?								
Sim	45	100.0	21	100.0	66	100.0	.0	.0
Não	0	0.0	0	0.0	0	0.0	Não aplicável	
Técnico de reabilitação								
Enfermeiro	6	100.0	3	33.3	9	60.0	2.6	-2.6
Fisioterapeuta	0	0.0	3	33.3	3	20.0	Não aplicável	
Osteopata	0	0.0	3	33.3	3	20.0	Não aplicável	

Quanto à caracterização dos antecedentes dos utentes com problemas cardíacos, observamos que a maioria possui problemas cardíacos (31.8%), 27.3% problemas respiratórios, 22.7% metabólicos, 22.7% oftalmológicos, 14.5% osteoarticulares e 9.1% neurológicos. Nos homens os problemas mais frequentes são problemas oftálmicos (26.7%), 20% tem problemas cardíacos e metabólicos, 13.3% problemas oncológicos e respiratórios e 9.1% problemas neurológicos. Por sua vez nas mulheres os antecedentes mais frequentes são cardíacos e respiratórios com 57.1%, 28.6% tem antecedentes metabólicos, 14.3% osteoarticulares e oftálmicos. Os valores residuais ajustados indicam que o sexo dos utentes influencia nos

antecedentes cardíacos (res=3.0), e respiratórios (res=3.7) que estão mais representados nas mulheres (cf. Quadro 4).

Quadro 4 – Caracterização dos antecedentes em função do género

Antecedentes	Masculino		Feminino		Total		Valores Residuais ajustados	
	n (45)	% (68.2)	n (21)	% (31.8)	N (66)	% (100,0)	Masc.	Fem.
Cardíacos								
Sim	9	20.0	12	57.1	21	31.8	-3.0	3.0
Não	36	80.0	9	42.9	45	68.2	3.0	-3.0
Respiratórios								
Sim	6	13.3	12	57.1	18	27.3	-3.7	3.7
Não	39	86.7	9	42.9	48	72.7	3.7	-3.7
Metabólicos								
Sim	9	20.0	6	28.6	15	22.7	-0.8	0.8
Não	36	80.0	15	71.4	51	77.3	0.8	-0.8
Neurológicos								
Sim	6	9.1	0	0.0	6	9.1	Não aplicável	
Não	39	86.7	21	100	60	90.9	-1.8	1.8
Osteoarticulares								
Sim	0	0.0	3	14.3	3	14.5	Não aplicável	
Não	45	100.0	18	85.7	18	85.7	2.6	-2.6
Oncológicos								
Sim	6	13.3	0	0.0	6	9.1	Não aplicável	
Não	39	86.7	21	100.0	60	90.9	-1.8	1.8
Oftalmológicos								
Sim	12	26.7	3	14.3	15	22.7	1.1	-1.1
Não	33	73.3	18	85.7	51	77.3	-1.1	1.1

A análise do quadro 5, relativo à sua medicação habitual, demonstra que nenhum dos doentes toma benzodiazepinas nem neurolépticos, 9.1% toma sedativos, 22.7% antidepressivos e digitálicos, 50.0% antidepressivos e 86.4% diuréticos. Os valores entre homens e mulheres diferenciam-se na toma de digitálicos e diuréticos, onde se observa que as mulheres tomam mais estes medicamentos face aos homens

(digitálicos: 42.9% vs 13.3%; diuréticos: 100% vs 80.0%) sendo as diferenças significativas ($res > 2.0$).

Quadro 5 – Dados sobre a medicação habitual em função do género

Medicação habitual	Masculino		Feminino		Total		Valores Residuais ajustados	
	n (45)	% (68.2)	n (21)	% (31.8)	N (66)	% (100,0)	Masc.	Fem.
Benzodiazepinas								
Sim	0	0.0	0	0.0	0	0.0	Não aplicável	
Não	45	100.0	21	100.0	66	100.0	Não aplicável	
Sedativos								
Sim	3	6.7	3	14.3	6	9.1	-1.0	1.0
Não	42	93.3	18	85.7	60	90.9	1.0	-1.0
Neuroléticos								
Sim	0	0.0	0	0.0	0	0.0	Não aplicável	
Não	45	100.0	21	100.0	66	100.0	Não aplicável	
Antidepressivos								
Sim	9	20.0	6	28.6	15	22.7	-0.8	0.8
Não	36	80.0	15	71.4	51	77.3	0.8	-0.8
Digitálicos								
Sim	6	13.3	9	42.9	15	22.7	-2.7	2.7
Não	39	86.7	12	57.1	51	77.3	2.7	-2.7
Diuréticos								
Sim	36	80.0	21	100.0	57	86.4	-2.2	2.2
Não	9	20.0	0	0.0	9	13.6	Não aplicável	
Anti-hipertensores								
Sim	24	53.3	9	42.9	33	50.0	0.8	-0.8
Não	21	46.7	12	57.1	33	50.0	-0.8	0.8

Caraterização do Apoio Social

O estudo dos fatores do Apoio Social e da nota global em função do sexo dos utentes foi realizado utilizando o teste U de Mann Whitney (cf. Quadro 6), quanto ao fator de *Apoio Informativo*, os valores oscilam entre 14 e um máximo de 24, com um valor medio de 19.45 ($Dp=2.406$), o que indica uma dispersão baixo em torno da média ($CV=12.4\%$).

No *Apoio emocional*, obtivemos uma dispersão de valores moderada em torno da média (CV=15.4%), com os valores a oscilarem entre 14 e um máximo de 24, com uma nota global de 18.50 e um desvio padrão de 2.846. Os homens apresentam um valor médio mais baixo face às mulheres no Apoio Informativo e Emocional com as diferenças a serem significativas (Apoio Informativo: $U=36.0$; $p=.000^{***}$; Apoio Emocional: $U=121.5$; $p=.000^{***}$).

Quanto ao *Apoio instrumental*, apresenta um valor médio de 17.68 ($Dp=2.846$) com uma distribuição baixa em torno da média (CV=13.1%), onde as mulheres pontuam com um melhor apoio face aos homens, ($U=153.0$; $p=.000^{***}$).

Relativamente a nota global do Apoio Social, a média é de 55.64 com um desvio padrão de 6.736 e um coeficiente de variação de 12.1%, que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média. Valores bastante mais baixos aos dos autores de referência para a escala de Apoio social (Matos e Ferreira, 2000) que obtiveram para a população portuguesa um valor médio de 64.874 ($Dp=8,322$). Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento (Skewness/Std. Error) e de achatamento ou curtose (Kurtosis/Std. Error), pode inferir-se que a distribuição na nota global do Apoio Social, em ambos os sexos e na amostra total, é assimétrica negativa e mesocurtica.

Verificamos que as mulheres possuem melhor apoio social face aos homens ($M=62.57$ vs $M=52.40$) com o teste U de Mann Whitney indicam que as diferenças são altamente significativas ($U=36.0$; $p=.000^{***}$), ou seja o género dos doentes com patologia cardíaca influencia o apoio social, (cf. Quadro 6).

Quadro 6 – Estatísticas relativas aos fatores e nota global do Apoio Social

	N	Min	Max	M	Dp	Sk _{erro}	K _{erro}	CV (%)	Ordenações Médias	Teste Mann Whitney	U
APOIO INFORMATIVO											
Masculino	45	14	21	18.27	1.789	-1.612	.696	9.7	23.80	U=36.0 p= .000***	
Feminino	21	21	24	22.00	1.342	1.644	-1.293	6.1	54.29		
Total	66	14	24	19.45	2.406	-.220	-.087	12.4			
APOIO EMOCIONAL											
Masculino	45	14	22	17.27	2.168	1.474	-.733	12.5	25.70	U=121.5 p= .000***	
Feminino	21	18	24	21.14	2.287	-.387	-1.850	10.8	50.21		
Total	66	14	24	18.50	2.846	1.281	1.494	15.4			
APOIO INSTRUMENTAL											
Masculino	45	14	21	16.87	2.052	2.070	.062	12.5	26.40	U=153.0 p= .000***	
Feminino	21	18	23	19.43	1.886	1.872	-.522	9.7	48.71		
Total	66	14	23	17.68	2.322	1.664	.045	13.1			
APOIO SOCIAL (NOTA GLOBAL)											
Masculino	45	43	64	52.40	4.868	.799	1.334	9.3	23.80	U=36.0 p= .000**	
Feminino	21	57	69	62.57	4.611	.020	-1.778	7.4	54.29		
Total	66	43	69	55.64	6.736	.983	-.816	12.1			

A análise de regressão linear simples entre a Escala de Apoio Social e a idade, revelou associação significativa e inversa apenas com a idade ($r=-.299$; $p=.015^*$), onde o aumento da idade dos utentes com patologia cardíaca leva a uma diminuição do apoio social que têm, sendo a idade responsável por 8.9% da variância da nota global do apoio social, (cf. Quadro 7).

Quadro 7 – Análise de regressão linear simples entre a idade com a Escala de Apoio Social

	r	r2(%)	t	P
Idade	-.299	8.9	-2.502	.015*

O estudo entre a relação do Apoio Social com as variáveis sociodemográficas dos utentes com patologia cardíaca foi realizado utilizando o teste Kruskal-Wallis (cf. Quadro 8). Os resultados presentes no quadro 8 permitem concluir que o Apoio Social

sofre influência do *Estado Civil* ($H=8.935$; $p=.003^{**}$), das *Habilitações literárias* ($H=8.804$; $p=.012^*$) e do *Rendimento mensal* ($H=19.803$; $p=.000^{***}$). Sendo o apoio social mais elevado nos utentes casados ou a viver em união de fato, nos utentes que têm maior nível literário (12º ano ou mais) e nos utentes que possuem maior rendimento mensal.

Quadro 8 – Estatísticas relativas à escala de Apoio Social em função do estado civil, habilitações literárias e rendimento mensal

ESTADO CIVIL	Casado ou em união fato (N=45)	Divorciado, separado ou viúvo (n=21)	Solteiro (N=0)	Kruskal-Wallis		
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	P	
Apoio Social	38.30	23.21	0.0	8.935	.003**	
RENDIMENTO MENSAL	Até 500 euros (n=33)	De 500 a 1000 euros (n=30)	Mais de 1000 euros (N=3)	Kruskal-Wallis		
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	P	
Apoio Social	28.18	36.80	59.00	8.804	.012*	
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	1º Ciclo (N=6)	2º Ciclo (n=18)	3º Ciclo (n=33)	12º Ano ou mais (n=9)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	P
Apoio Social	45.50	20.75	32.95	53.00	19.803	000***

Quanto à influência da patologia cardíaca no Apoio Social, observamos que os utentes com patologia EAM e IC são as que apresentam valores médios manifestando ter maior apoio social. Por sua vez os utentes que têm como patologia IC e angina de peito pontuam com valor médio mais baixo, logo menos atitudes de apoio. O teste de Kruskal-Wallis revelou que as diferenças são estatisticamente não significativas ($H=1.060$; $p=.589$), (cf. Quadro 9).

Quanto a relação entre a dor que os utentes manifestam diariamente e o apoio social, constatámos que os utentes com patologia cardíaca que manifestam mais vezes dor são os que têm maior apoio social da família e do meio envolvente, evidenciando o teste Kruskal-Wallis diferenças significativas ($H=11.096$; $p0.004^{**}$).

Quadro 9 – Estatísticas relativas à escala de Apoio Social em função das variáveis clínicas

PATOLOGIA CARDÍACA	IC (N=51)	IC e angina de peito (n=6)	EAM e IC (N=9)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	p
Apoio Social	32.71	31.25	39.50	1.060	589

DOR NO DIA-A-DIA	Raras vezes (N=27)	Algumas vezes (n=33)	Muitas vezes (N=6)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	p
Apoio Social	39.50	26.00	47.75	11.096	004**

Quanto à influência dos antecedentes pessoais dos utentes, pelos valores presentes no quadro 10, os utentes que não têm antecedentes respiratórios, metabólicos e osteoarticulares apresentam valores médios que indicam maior apoio social. Por sua vez os utentes que não têm problemas neurológicos, oncológicos e oftálmicos são quem teve também melhor apoio social no global. O teste U de Mann Whitney indica que os antecedentes respiratórios ($U=126.0$; $p=.000^{***}$), neurológicos ($U=40.5$; $p=.002^{**}$), osteoarticulares ($U=9.0$; $p=.008^{**}$) e oncológicos ($U=72.0$; $p=.015^*$) influenciam de forma significativa o Apoio Social dos utentes com patologia cardíaca.

Relativamente à toma da medicação, verificamos que apenas a toma de diuréticos influencia de forma significativa a nota global do Apoio Social ($U=148.5$; $p=.043^*$), onde os utentes com patologia cardíaca que tomam diuréticos são os que apresentam uma nota média melhor no apoio social face aos que não tomam estes medicamentos (OM=35.39 vs OM=21.50).

Quadro 10 – Estatísticas relativas à escala de Apoio Social em função da participação em atividades de reabilitação e os antecedentes dos utentes

REABILITAÇÃO	Sim (N=15)	Não (N=51)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Apoio Social	45.50	29.97	202.5	.006**
ANTECEDENTES CARDÍACOS	Sim (N=21)	Não (N=45)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Apoio Social	38.21	31.30	373.5	.171
ANTECEDENTES RESPIRATÓRIOS	Sim (N=18)	Não (N=48)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Apoio Social	50.50	27.13	126.0	.000***
ANTECEDENTES METABÓLICOS	Sim (N=15)	Não (N=51)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Apoio Social	36.50	32.62	337.5	.489
ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS	Sim (N=6)	Não (N=60)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Apoio Social	10.25	35.83	40.5	.002**
ANTECEDENTES OSTEOARTICULARES	Sim (N=3)	Não (N=63)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Apoio Social	62.00	32.14	9.0	.008**
ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS	Sim (N=6)	Não (N=60)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Apoio Social	15.50	35.30	72.0	.015*
ANTECEDENTES OFTÁLMICOS	Sim (N=15)	Não (N=51)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Apoio Social	30.80	34.29	342.0	.533

Conclui-se que o Apoio Social sofre influência das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e rendimento mensal) e das variáveis dor no dia-a-dia, da reabilitação, dos antecedentes respiratórios, neurológicos, osteoarticulares e oncológicos e da toma de diuréticos por parte dos utentes com patologia cardíaca.

Caraterização do Estado de Saúde

O estudo das dimensões do Estado de Saúde revelou que a Saúde Física é constituída pelas dimensões Função física, Desempenho físico, Saúde geral e Dor apresentando um valor médio mais elevado face à nota global da Saúde Mental (constituída pela Vitalidade, Função Social, Desempenho emocional e Saúde mental) com 57.3 (Dp=4.459) e 43.9 (Dp=2.158) respetivamente.

As dimensões onde os utentes com patologia cardíaca estão com melhores níveis são a Função física (22.9 \pm 4.063), Saúde mental (16.4 \pm 1.374) e Saúde geral com valor médio de 15.7 \pm 1.222. em sentido oposto as dimensões Dor, Função social e Desempenho emocional são as que apresentam valores médios mais baixos, logo menor nível de estado de saúde, (cf. Quadro 11).

Quadro 11 – Estatísticas relativas às dimensões da escala do Estado de Saúde

	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk _{erro}	K _{erro}	CV (%)
Função física	66	15	28	22,9	4,063	-1.833	-1.512	17.7
Desempenho físico	66	10	16	12.8	1.557	.281	-1.463	12.2
Dor	66	3	8	5.8	1.558	-1.827	-1.171	26.9
Saúde geral	66	14	18	15.7	1.222	1.851	-.946	7.8
Vitalidade	66	9	15	11.6	1.507	.800	-.453	13.0
Função social	66	5	7	6.3	.621	-.867	-1.094	9.8
Desempenho emocional	66	8	11	9.7	.930	-.074	-1.589	9.6
Saúde mental	66	13	19	16.4	1.347	-1.105	.471	8.2
SAÚDE FÍSICA	66	51	64	57.3	4.459	-.420	-2.561	7.7
SAÚDE MENTAL	66	41	49	43.9	2.158	2.515	.369	4.9

Verificamos que face ao sexo dos doentes com patologia cardíaca, as mulheres apresentam melhor nível de saúde física, quer na função física e no desempenho físico e melhor estado mental face aos homens. Revelando o teste U de Mann Whitney diferenças significativas nas dimensões da Função física (p=.004*), desempenho físico (p=.000***) e na saúde mental (p=.048*).

Quanto a Saúde Física e Mental os valores da ordenação média indicam que o estado de saúde é melhor nas mulheres face aos homens, contudo apenas com significado estatístico na dimensão física ($U=198.0$; $p=.000^{***}$), (cf. Quadro 12).

Quadro 12 – Estatísticas relativas às dimensões da escala do Estado de Saúde em função do sexo dos utentes

SEXO	Masculino (N=45)	Feminino (N=21)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Função física	28.90	43.36	265.5	.004**
Desempenho físico	26.40	48.71	153.0	.000***
Dor	32.20	36.29	414.0	.403
Saúde geral	35.20	29.86	396.0	.274
Vitalidade	32.60	35.43	432.0	.569
Função social	31.70	37.36	391.5	.209
Desempenho emocional	33.10	34.36	454.0	.795
Saúde mental	30.40	40.14	333.0	.048*
SAÚDE FÍSICA	27.40	46.57	198.0	.000***
SAÚDE MENTAL	30.90	39.07	355.5	.102

A regressão linear simples entre o estado de saúde e a idade indica que quando a idade aumenta diminuem a função física ($r=-.600$; $p=.000^{***}$), desempenho físico ($r=-.287$; $p=.019^*$), desempenho emocional ($r=-.611$; $p=.000^{***}$) e a nota global da saúde física ($r=-.594$; $p=.000^{***}$) e aumenta a dor ($r=.338$; $p=.006^{**}$) e a vitalidade ($r=.291$; $p=.018^*$), (cf. Quadro 13).

Quadro 13 – Análise de regressão linear simples entre a idade com a Escala de Estado de Saúde

	r	r2(%)	t	P
Função física	-.600	36.0	-6.006	.000***
Desempenho físico	-.287	8.2	-2.399	.019*
Dor	.338	11.4	2.869	.006**
Saúde geral	-.166	2.8	-1.348	.182
Vitalidade	.291	8.5	2.431	.018*
Função social	-.127	1.6	-1.023	.310
Desempenho emocional	-.611	37.3	-6.174	.000***
Saúde mental	-.113	1.3	-.911	.366
SAÚDE FÍSICA	-.594	35.4	-5.905	.000***
SAÚDE MENTAL	-.167	2.8	-1.358	.179

Foi ainda estudada a relação entre o estado de saúde e a patologia cardíaca dos doentes, através do teste de Kruskal-Wallis, presente no quadro 14, podendo concluir que, os doentes com IC são os que apresentam uma Saúde Física e Mental mais debilitada, por sua vez quem tem IC e angina de peito apresenta valores médios que indicam melhor estado físico e mental, contudo nestas dimensões as diferenças não são significativas (Saúde Física: $H=.394$; $p=.821$; Saúde Mental: $H=3.391$; $p=.184$).

Observamos que a dor é mais intensa nos doentes com IC ($PM=36.94$) e menos intensa ou mais controlada nos doentes com patologia de IC e angina de peito ($PM=14.0$), com diferenças significativas ($H=9.541$; $p=.008^*$). Quanto ao desempenho emocional é melhor nos doentes que têm EAM e IC e a saúde mental é melhor nos doentes com IC e angina de peito, com evidência significativa nas duas dimensões ($p<.05^*$), (cf. Quadro 13).

Conclui-se desta forma que o tipo de patologia cardíaca influencia de forma parcial as dimensões do estado de saúde que os utentes apresentam.

Quadro 14 – Estatísticas relativas à Escala de Estado de Saúde em função da patologia cardíaca

PATOLOGIA CARDÍACA	IC (N=51)	IC e angina de peito (n=6)	EAM e IC (N=9)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	p
Função física	31.47	44.0	38.0	2.914	.233
Desempenho físico	31.38	41.75	40.0	2.880	.237
Dor	36.94	14.0	27.0	9.541	.008*
Saúde geral	35.53	32.0	23.0	3.563	.168
Vitalidade	35.44	32.75	23.0	3.362	.186
Função social	30.85	39.50	44.50	5.717	.057
Desempenho emocional	32.44	22.25	47.0	7.347	.025*
Saúde mental	31.47	54.50	31.0	8.371	.015*
SAÚDE FÍSICA	32.88	38.0	34.0	0.394	.821
SAÚDE MENTAL	32.0	47.0	33.0	3.391	.184

Caraterização do Comportamento no Autocuidado

O estudo dos resultados presentes na tabela 3 revelam que o item 1 assume uma maior concentração de respostas nos scores 4 e 5 (63.6%), indicando que a maioria dos participantes do estudo não realizam a verificação do peso corporal diariamente.

No item “2- Se fico com falta de ar, abrando o meu ritmo”, a grande parte dos inquiridos no estudo (59.1%), posicionaram-se no score 3 do instrumento, sendo que 18.2% afirmaram que quando ficam com falta de ar, abrandam o ritmo e 4.55 mesmo sentindo falta de ar não abrandam o ritmo (score 5).

Face ao item “3- Se a minha falta de ar aumenta, contato o meu médico ou enfermeiro”, a maioria dos participantes do estudo (81.8%) posicionaram-se nos scores 3 ou seja tem uma atitude que nem concorda nem discorda, e 18.25 refere que se sente essa falta de ar contata algum profissional de saúde.

Quanto a afirmação “Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro”, grande parte dos

participantes do estudo posicionaram-se nos scores 3 (68.2%), e apenas 27.3% referem que quase sempre concordam em procurar ajuda dos profissionais de saúde quando verificam edema nos pés ou nas pernas.

O item “5- Se aumento 2 quilos numa semana, contato o meu médico ou enfermeiro”, a maioria dos participantes que responderam os questionários (45.4%), situaram-se no score 2 indicando que quando verificam um rápido aumento de peso num curto período de tempo, procuram assistência dos profissionais de saúde.

Quanto ao item “6- Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)”, 54.5% não concorda nem discorda com a afirmação (score 3) não manifestando importância na quantidade que ingere de líquidos por dia.

A maioria dos utentes 68.2% e 63.6% situa-se no score 3 face aos itens “7- Faço um momento para o descanso durante o dia”, e “8- Se sinto um aumento da fadiga, contato o meu médico ou enfermeiro”, respetivamente.

Relativamente ao item “9- Faço uma dieta com pouco sal”, 63.6% não concorda nem discorda, ou seja não tem noção se a quantidade de sal que ingere é muita ou pouca, 27.2% (score 1 e 2) procura sempre ou quase sempre fazer uma alimentação com pouco sal.

O item “10- Tomo a medicação tal como foi receitada”, 45.5% posicionaram-se no score 1 e 2 do instrumento, concordando plenamente ou de forma parcial que fazem a ingestão diária e nos respetivos horários dos fármacos prescritos, contudo 36.3% não toma a medicação como está prescrito pelo médico.

O item “11- Tomo a vacina da gripe todos os anos”, grande parte dos participantes do estudo (77.3%) posicionaram-se no score 4 e 5 do instrumento ou seja nem sempre faz a vacina contra a gripe.

O item “12- Faco exercícios regularmente”, 36.4% manifesta que faz algum exercício, mas a maioria das respostas posicionaram-se nos scores 3, 4 e 5 do instrumento (63.6%), indicando a dificuldade dos clientes em realizarem alguma atividade física.

Tabela 3 – Distribuição das respostas na escala do Comportamento no Autocuidado

	Concordo plenamente				Discordo plenamente	Total de respostas validadas
	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5	
<i>1. Peso-me todos os dias</i>	0% (n=0)	9.1% (n=6)	27.3% (n=18)	50.0% (n=33)	13.6% (n=9)	66
<i>2. Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo</i>	0% (n=0)	18.2% (n=12)	59.1% (n=39)	18.2% (n=12)	4.5% (n=3)	66
<i>3. Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro</i>	0% (n=0)	18.2% (n=12)	81.8% (n=54)	0% (n=0)	0% (n=0)	66
<i>4. Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro</i>	0% (n=0)	27.3% (n=18)	68.2% (n=45)	4.5% (n=3)	0% (n=0)	66
<i>5. Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro</i>	0% (n=0)	45.4% (n=30)	7.3% (n=18)	27.3% (n=18)	0% (n=0)	66
<i>6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)</i>	0% (n=0)	18.2% (n=12)	54.5% (n=36)	27.3% (n=18)	0% (n=0)	66
<i>7. Faço um momento para o descanso durante o dia</i>	0% (n=0)	18.2% (n=12)	68.2% (n=45)	13.6% (n=9)	0% (n=0)	66
<i>8. Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro</i>	0% (n=0)	22.7% (n=15)	63.6% (n=42)	13.6% (n=9)	0% (n=0)	66
<i>9. Faço uma dieta com pouco sal</i>	4.5% (n=3)	22.7% (n=15)	63.6% (n=42)	9.1% (n=6)	0% (n=0)	66
<i>10. Tomo a medicação tal como foi receitada</i>	36.4% (n=24)	9.1% (n=6)	18.2% (n=12)	22.7% (n=15)	13.6% (n=9)	66
<i>11. Tomo a vacina da gripe todos os anos</i>	0% (n=0)	4.5% (n=3)	18.2% (n=12)	45.5% (n=30)	31.8% (n=21)	66
<i>12. Faço exercícios regularmente</i>	0% (n=0)	36.4% (n=24)	31.8% (n=21)	22.7% (n=15)	9.1% (n=6)	66

Realizamos a análise descritiva das três dimensões da Escala do Comportamento no Autocuidado, onde podemos constatar que a dimensão “Atividades de adaptação” apresenta um score médio global de 14 ± 1.848 , a dimensão “Procura de ajuda” apresenta um score médio global de 6.73 ± 1.364 e a dimensão “*Compliance*” apresenta um score médio global de 5.86 ± 1.065 .

No que refere ao somatório global dos scores da European Heart Failure Self-care Behaviour Scale, estes podem variar de 12 a 60 pontos para a versão de 12 itens e de 9 a 45 pontos para a versão de 9 itens, sendo que valores mais baixos indicam melhor adesão às práticas de autocuidado mensuradas pelo instrumento.

Quanto aos valores da nota global da escala tendo por base os 12 itens os valores oscilaram entre mínimo de 30 e um máximo de 45 com um valor médio de 36.68 ± 3.675 com uma dispersão baixa em torno da média (CV=10.2%). Por sua vez quando foi estudada a escala tendo por base apenas os nove itens (foram eliminados os itens 2, 7 e 11), o valor médio foi de 26.59 com um desvio padrão de 3.048 com uma dispersão de 11.5% considerada baixa, com um valor mínimo de 20 e um valor máximo de 32, (cf. Quadro 15)

No estudo de Perreira (2000) verificamos um valor médio do score total obtido no instrumento de 12 itens de $24,99 \pm 7$ (Med.=25 Mo.=25), por sua vez no instrumento de 9 itens verificamos um valor médio do score total obtido de $19,57 \pm 6$ (Med.=19 Mo.=19). Nesta análise consideramos que a atitude face ao autocuidado pode influenciar, também, o desenvolvimento de competências para gerir o regime terapêutico (Mota, 2011), o que poderá explicar os resultados obtidos. Estes resultados poderão também refletir a inexistência da ajuda sistematizada de enfermeiros nesta consulta para ajudarem os 74 clientes a integrarem no quotidiano o regime de tratamento, com especial ênfase no regime não farmacológico.

Quadro 15 – Estatísticas relativas às dimensões e a nota global a 12 e a 9 itens da escala do Comportamento no Autocuidado

	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk_{erro}	K_{erro}	CV (%)
Procura de ajuda	66	10	17	14	1.848	-1.075	-1.002	13.2
Atividades de adaptação	66	5	10	6.73	1.364	3.647	1.278	20.3
“Compliance”	66	3	8	5.86	1.065	-1.450	1.371	28.2
Comportamento no Autocuidado (12 itens)	66	30	45	36.68	3.675	.711	.257	10.2
Comportamento no Autocuidado (9 itens)	66	20	32	26.59	3.048	-0.004	.563	11.5

6.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos resultados, passamos de seguida à análise inferencial dos mesmos. A estatística inferencial possibilita, com base nos dados recolhidos, a obtenção de conclusões num domínio mais vasto de onde esses elementos provieram (Pestana e Gageiro, 2008). Sobre este assunto, Fortin (2009) refere que a estatística inferencial serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população. Assim, trata-se de determinar em que medida os valores da amostra constituem boas estimações dos parâmetros da população.

Procedemos de seguida à análise das correlações entre as diversas variáveis e o comportamento no autocuidado da pessoa com problema cardíacos, de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objetivos da presente investigação.

Hipótese 1 – As variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, e rendimento mensal) dos doentes com patologia cardíaca influenciam o comportamento no autocuidado?

Observámos através dos resultados do teste de U Mann Whitney expresso no quadro 15, que os homens apresentam valores de ordenações médias que indicam maior procura de ajuda no seu autocuidado (OM=39.90 vs OM=19.79), na *compliance* (OM=37.60 vs OM=24.71) e na nota global do Comportamento do Autocuidado face as mulheres. Indicando o teste que as diferenças são significativas na nota global do comportamento de autocuidado (U=265.5; p=.004) e nas dimensões da Procura de ajuda (p=.000***) e na *compliance* (p=.008**), (cf. Quadro 16).

Quanto à variável estado civil, verificamos que os utentes divorciados, separados ou viúvos são quem apresenta um melhor comportamento no autocuidado na nota global (U=247.5; p=.002**), assim como, na dimensão *compliance*, que visa o comportamento do utente com as orientações dos profissionais de saúde, (U=274.5; p=.004). Conclui-se desta forma que o estado civil influencia o comportamento do autocuidado dos utentes com patologia cardíaca, (cf. Quadro 16).

Quadro 16 – Estatísticas relativas ao comportamento no autocuidado (dimensão e nota global) em função do sexo e estado civil

SEXO	Masculino (N=45)	Feminino (N=21)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Procura de ajuda	39.90	19.79	184.5	.000***
Atividades de adaptação	31.10	38.64	364.5	.120
“Compliance”	37.60	24.71	288.0	.008**
Comportamento no Autocuidado	38.10	23.64	265.5	.004**

ESTADO CIVIL	Casado ou em união fato (N=45)	Divorciado, separado ou viúvo (N=21)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Procura de ajuda	30.40	40.14	333.0	.050
Atividades de adaptação	31.90	36.93	400.5	.300
“Compliance”	29.10	42.93	274.5	.004**
Comportamento no Autocuidado	28.50	44.21	247.5	.002**

A idade dos utentes com patologia cardíaca associou-se com a nota global do comportamento do autocuidado de forma positiva e não significativa ($r=.138$; $p=.268$), ou seja quando aumenta a idade diminuem os comportamentos adequados face ao autocuidado na pessoa com doença cardíaca. Obtivemos uma associação significativa entre a idade e a dimensão “*compliance*” ($r=.378$; $p=.002^{**}$) ou seja quando a idade aumenta, diminui a capacidade para os utentes cumprirem com as orientações dadas pelo profissional de saúde. A regressão linear simples revela que a idade é responsável por 14.3% da variância da nota final na dimensão “*compliance*”, (cf. Quadro 17).

Quadro 17 – Análise de regressão linear simples entre o comportamento no autocuidado (dimensão e nota global) e a idade

	r	r2(%)	t	P
Procura de ajuda	-.028	.08	-.222	.825
Atividades de adaptação	.051	.26	.413	.681
“Compliance”	.378	14.3	3.265	.002**
Comportamento no Autocuidado	.138	1.9	1.117	.268

Quanto às habilitações literárias, o teste Kruskal-Wallis no quadro 18 evidência que o comportamento no autocuidado sofre influência das habilitações literárias quer na nota global ($H=14.178$; $p=.003^{**}$) e nas três dimensões, onde os utentes com nível literário correspondente ao 2º ciclo são quem procura mais ajuda para o autocuidado e são os que cumprem melhor as orientações dos profissionais de saúde (*compliance*) pelo que possuem no global um melhor comportamento no autocuidado da patologia cardíaca. Por sua vez quem possui o 1º ciclo apresentam um valor mais elevado na dimensão das Atividades de adaptação, ou seja são os utentes que realizam mais atividades para melhorar o seu nível de vida, nomeadamente o tratamento não-farmacológico, como o hábito de se pesarem e fazerem exercícios físicos diariamente.

Face à influência do rendimento mensal dos utentes e o comportamento no autocuidado (dimensão e nota global), constatámos que os utentes com menor rendimento mensal (até 500€) são quem melhores atitudes têm quanto ao

comportamento do autocuidado da doença cardíaca, por sua vez quem ganha mais de 1000€ é quem têm um valor medio mais baixo indicando menor procura de ajuda para o autocuidado, faz menos atividades de adaptação para prática de hábitos de vida saudáveis e cumpre menos recomendações dadas pelos profissionais de saúde, pelo que têm um pior comportamento no autocuidado (cf. Quadro 18).

Quadro 18 – Estatísticas relativas ao comportamento no autocuidado (dimensão e nota global) do rendimento mensal e das habilitações literárias

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	1º Ciclo (N=6)	2º Ciclo (n=18)	3º Ciclo (n=33)	12º anos ou mais (n=9)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	p
Procura de ajuda	23.00	49.50	28.86	25.50	18.587	.000***
Atividades de adaptação	59.75	27.00	38.41	11.00	30.416	.000***
“Compliance”	46.25	49.50	23.68	29.00	26.739	.000***
Comportamento no Autocuidado	38.00	45.75	29.95	19.00	14.178	.003**

RENDIMENTO MENSAL	Até 500 euros (N=33)	De 500 a 1000 euros (n=30)	Mais de 1000 euros (n=3)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	p
Procura de ajuda	35.14	33.95	11.00	4.575	.102
Atividades de adaptação	38.55	30.80	5.00	10.376	.006**
“Compliance”	42.09	26.00	14.00	15.732	.000***
Comportamento no Autocuidado	39.77	29.45	5.00	11.684	.003**

Hipótese 2 – Existe relação entre as variáveis clínicas com o comportamento no autocuidado em pessoas com patologia cardíaca.

No estudo da relação entre a patologia cardíaca no comportamento do autocuidado observamos pelo teste Kruskal-Wallis presente no quadro 19 que os utentes com insuficiência cardíaca são os que apresentam um valor médio que indica um melhor comportamento face ao autocuidado, já os utentes com EAM e IC são quem piores práticas de autocuidado tem quer na nota global e nas dimensões da procura de ajuda e no cumprimento das orientações dadas pelos profissionais de saúde. Observamos que as diferenças são significativas na nota global do comportamento do autocuidado ($H=6.915$; $p=.032^*$) e na dimensão *Compliance* ($H=11.893$; $p=.003^{**}$), ou seja a patologia cardíaca tem influência na variável dependente em estudo.

Quanto à dor que os utentes manifestam no dia-a-dia, obtivemos diferenças significativas entre os grupos na dimensão “*compliance*” ($H=11.223$; $p=.004^{**}$), ou seja os utentes que manifestam ter dor muitas vezes ao longo do dia são quem têm um comportamento mais assertivo com as orientações que os profissionais de saúde emanam.

Quadro 19 – Estatísticas relativas ao comportamento no autocuidado em pessoas com patologia cardíaca em função das variáveis clínicas

PATOLOGIA CARDÍACA	IC (N=51)	IC e angina de peito (n=6)	EAM e IC (N=9)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	p
Procura de ajuda	35.62	27.50	25.50	2.894	.235
Atividades de adaptação	33.24	24.50	41.00	2.956	.228
“Compliance”	36.76	35.00	14.00	11.893	.003**
Comportamento no Autocuidado	36.68	27.50	19.50	6.915	.032*

DOR NO DIA-A-DIA	Raras vezes (N=27)	Algumas vezes (n=33)	Muitas vezes (N=6)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	p
Procura de ajuda	34.50	31.05	42.50	2.018	.365
Atividades de adaptação	29.67	36.64	33.50	2.141	.343
“Compliance”	24.83	38.27	46.25	11.223	.004**
Comportamento no Autocuidado	30.00	35.82	36.50	1.558	.459

O estudo da influencia dos antecedentes dos doentes com o comportamento no autocuidado em pessoas com patologia cardíaca indica que nenhum antecedente tem efeito significativo ($p > .05$), pelo que concluímos que os antecedentes que os doentes têm não influenciam o comportamento do autocuidado, (cf. Quadro 20).

Quadro 20 – Estatísticas relativas ao comportamento no autocuidado em pessoas com patologia cardíaca e os antecedentes dos utentes

ANTECEDENTES CARDÍACOS	Sim (N=21)	Não (N=45)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Comportamento no Autocuidado	30.71	34.80	414.0	.416
ANTECEDENTES RESPIRATÓRIOS	Sim (N=18)	Não (N=48)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Comportamento no Autocuidado	26.25	36.22	301.5	.058
ANTECEDENTES METABÓLICOS	Sim (N=15)	Não (N=51)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Comportamento no Autocuidado	40.70	31.38	274.5	.095
ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS	Sim (N=6)	Não (N=60)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Comportamento no Autocuidado	43.25	32.53	121.5	.187
ANTECEDENTES OSTEOARTICULARES	Sim (N=3)	Não (N=63)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Comportamento no Autocuidado	12.50	34.50	31.5	.050
ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS	Sim (N=6)	Não (N=60)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Comportamento no Autocuidado	37.25	33.13	157.5	.621
ANTECEDENTES OFTÁLMICOS	Sim (N=15)	Não (N=51)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Comportamento no Autocuidado	39.20	31.82	297.5	.186

Face à influência da toma de medicação constatamos que existem diferenças significativas no grupo dos diuréticos ($U=135.0$; $p=.022^*$), onde os doentes que não tomam diuréticos têm práticas que indicam um melhor comportamento do autocuidado.

Quadro 21 – Estatísticas relativas à escala de Apoio Social em função da participação e a medicação que fazem de forma regular

BENZODIAZEPINAS	Sim (N=0)	Não (N=66)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Comportamento no Autocuidado	*	33.50	Não Aplicável	
SEDATIVOS	Sim (N=6)	Não (N=60)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Comportamento no Autocuidado	29.00	33.95	153.0	.543
NEUROLÉTICOS	Sim (N=0)	Não (N=66)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Comportamento no Autocuidado	*	33.50	Não Aplicável	
ANTIDEPRESSIVOS	Sim (N=15)	Não (N=51)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Comportamento no Autocuidado	29.90	34.56	328.5	.404
DIGITÁLICOS	Sim (N=15)	Não (N=51)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Comportamento no Autocuidado	30.20	34.47	333.0	.444
DIURÉTICOS	Sim (N=57)	Não (N=9)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Comportamento no Autocuidado	31.37	47.00	135.0	.022*
ANTI-HIPERTENSORES	Sim (N=33)	Não (N=33)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Comportamento no Autocuidado	34.59	32.41	508.5	.641

Hipótese 3 – Os utentes com maior apoio social apresentam um autocuidado com maior dependência?

O estudo entre a influência das variáveis do Apoio Social com a nota global do comportamento no autocuidado em pessoas com patologia cardíaca foi realizado através da regressão linear simples. O quadro 22 revelou que o apoio social se associou de forma inversa com a nota global do comportamento do autocuidado ($r = -.454$; $p = .000^{***}$), concluindo-se que quando aumenta o apoio social (nota total) diminui o comportamento adequado dos utentes face ao seu autocuidado, sendo que o apoio social responsável por 20.6% da variância da nota global do comportamento do autocuidado.

Quadro 22 – Análise de regressão linear simples entre o autocuidado em pessoas com patologia cardíaca e o Apoio Social

	r	r2(%)	t	P
APOIO SOCIAL	-0.454	20.6	-4.076	.000**

Hipótese 4 – O estado de saúde exerce influência no comportamento no autocuidado em pessoas com patologia cardíaca?

A regressão linear simples revela que o comportamento no autocuidado diminui quando aumenta a saúde mental e física, contudo apenas é significativa na saúde física ($r=-.515$; $p=.000^{***}$). Sendo possível verificar que a saúde mental explica 26.5% da variância da nota global do comportamento no autocuidado dos doentes com patologia cardíaca. Podendo afirmar-se que quando aumenta o comportamento correto no autocuidado da doença cardíaca diminui a saúde física. (cf. Quadro 23).

Quadro 23 – Análise de regressão linear simples entre o comportamento do autocuidado em pessoas com patologia cardíaca e o estado de saúde

	r	r2(%)	t	P
SAÚDE FÍSICA	-0.515	26.5	-4.802	.000***
SAÚDE MENTAL	-0.240	5.8	-1.981	.052

7. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Fortin (2009) caracteriza a discussão como sendo a interpretação dos dados resultantes da investigação. É no decorrer da discussão que o investigador confronta e compara os resultados do seu trabalho com as investigações já desenvolvidas e que foram previamente compiladas e selecionadas na sua fundamentação teórica.

Com base nos pressupostos enunciados e não perdendo de vista os objetivos do estudo, vamos seguidamente proceder à discussão dos resultados.

Apesar do objetivo principal da nossa investigação ser avaliar o comportamento no autocuidado da pessoa com patologia cardíaca, tivemos em linha de conta várias variáveis, iniciando a nossa discussão dos resultados com a caracterização da amostra, avançamos para a influência das variáveis sociodemográficas, posteriormente as variáveis clínicas e psicológicas e por último as variáveis de comportamento.

A nossa amostra é constituída maioritariamente por indivíduos de género masculino, casados ou a viver em união de fato, com o 3º ciclo de escolaridade e com rendimentos mensal até 500 euros. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Pereira (2013) que caracteriza a sua amostra como sendo maioritariamente masculina, casados, reformados, frequentaram o sistema de ensino até 4 anos e residem numa região urbana.

Predomina a IC como a patologia principal seguida do EAM e por último a angina de peito o que vem corroborar o estudo de Pereira (2013) que valida a IC como a principal patologia e que se encontra associada a outras situações patológicas, sendo a patologia isquémica do coração e doenças cardíacas as mais representativas.

No que respeita à hipótese 1 onde se previa uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e rendimento mensal) e a variável dependente o comportamento no autocuidado, constatamos que o género influencia o comportamento no autocuidado.

Contatamos que os homens têm maior procura na ajuda do seu autocuidado e ainda que quando a idade aumenta, diminui a capacidade para os participantes cumprirem com as orientações dadas pelo profissional de saúde. Fonseca (2013)

observou que são as pessoas do sexo feminino com um maior déficit de autocuidado terapêutico (moderado), sendo que as pessoas com mais anos de vida e as que não são casadas apresentam maiores défices em relação ao autocuidado. Apurou ainda que o aumento da idade influencia o déficit de autocuidado terapêutico (completo e grave), apresentando também as pessoas solteiras e do sexo feminino maiores défices em relação a este conceito.

Goldmeier e Castro (2005) num estudo sobre a teoria do autocuidado no manejo dos fatores de risco, evidenciou que o sexo masculino prevalece e que ao fim de 6 meses de intervenção de enfermagem há redução no número total de fatores de risco promovendo assim o indivíduo a um agente de autocuidado.

No que concerne à hipótese 2 pretendia-se verificar se existia relação entre as variáveis clínicas com o comportamento no autocuidado em pessoas com patologia cardíaca, apuramos que a patologia cardíaca tem influência na variável dependente em estudo. Estes resultados vêm de encontro aos de Pereira (2013) que exprime que os participantes referem que a doença tem tido influência na forma como realizam as suas atividades de vida diária e os clientes com IC consideram que a doença não os tem impedido de realizarem as suas atividades do dia-a-dia.

Analisámos ainda que os participantes que manifestam ter dor muitas vezes ao longo do dia são os que têm um comportamento mais assertivo com as orientações que os profissionais de saúde. Conceição, Sanos e Cruz (2015) relata que a participação em programas multidisciplinares orientados para o controle dos sintomas seria a estratégia mais viável e que os participantes que recebiam orientação pelo seu médico teriam uma má manutenção do autocuidado. Assim essa observação pode ser reforçada pelo resultado do seu estudo que mostrou que os participantes acompanhados pelo enfermeiro apresentam scores significativamente mais elevados em manutenção do autocuidado.

Relativamente à hipótese 3 onde se pretendia analisar se o comportamento no autocuidado em pessoas com patologia cardíaca sofre influência do Apoio Social, concluímos que quando aumenta o apoio social diminui o comportamento adequado dos utentes face ao seu autocuidado.

De acordo com os nossos resultados, o sexo dos doentes com patologia cardíaca influencia o apoio social e são as mulheres que possuem melhor apoio social face aos homens.

Averiguamos também que o apoio social mais elevado é nos doentes casados ou a viver em união de fato, nos doentes que têm maior nível literário e nos utentes que possuem maior rendimento mensal. Estes resultado vêm de encontro ao estudo de (Silva, 2012) que diz que os indivíduos casados ou a viver em união de fato têm um maior apoio social estando este relacionado com o estado emocional.

Pereira (2013) examinou que quando questionados sobre a necessidade de ajuda para concretizar as atividades do dia-a-dia estes referem necessitar de ajuda para a realização das atividades de vida diária recorrendo aos filhos e aos companheiros.

Rodrigues e Seidl (2008) consideram haver relação entre a disponibilidade de suporte social, promoção da adesão ao tratamento e orientação ao cuidador sobre a saúde do individuo coronário, assim como, sobre as formas de prover apoio.

Quanto à hipótese 4 que visava perceber se o estado de saúde exercia influência no comportamento no autocuidado em pessoas com patologia cardíaca, averiguamos que quando aumenta o comportamento correto no autocuidado da doença cardíaca diminui a saúde física.

Da análise do nosso estudo, os doentes informam da inexistência de ajuda sistematizada de enfermeiros numa consulta de IC para os ajudar a integrarem no quotidiano o regime de tratamento, com especial ênfase no regime não farmacológico. Nascimento e Braga (2015) afirmam que 52% de portadores de IC acreditam que não teriam evitado a doença se tivessem recebido mais informações e 30% dos doentes não necessitavam de ser reinternados 1 a 2 vezes por ano. No mesmo estudo, a autora considera que os seus resultados sugerem que o conhecimento dos doentes acerca da sua patologia é extremamente deficiente, causando a descompensação clínica, aumentando o número de internamentos e promovendo o aumento do autocuidado.

Pereira (2013) corrobora os nossos resultados afirmando que o seu estudo dá-nos indicadores relevantes sobre a possível existência de uma relação positiva entre a deterioração da condição de saúde, o aumento da intensidade de acompanhamento dos enfermeiros e o nível de competência e de adoção de comportamentos de autocuidado nestes clientes, em contextos onde a ação dos enfermeiros está acessível e tem maiores níveis de sistematização.

Zanchet e Marin (2014), num estudo realizado no Brasil sobre o perfil psicológico de pacientes com SCA, considera relevante estar atento às questões sociais e psicológicas pois estas podem influenciar significativamente o desenvolvimento da doença e do seu tratamento.

8. CONCLUSÃO

O autocuidado é entendido como a percepção, a capacidade e o comportamento dos indivíduos em realizarem as atividades de vida diária destinadas à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e gestão das doenças.

Este trabalho confere o autocuidado como o resultado de uma saúde sensível aos cuidados de enfermagem, com influencia na promoção da saúde e bem estar das populações, onde os profissionais de saúde têm uma ação decisiva na assistência aos indivíduos. Assim o autocuidado é um conceito fundamental para a vida do ser humano e para o sistema de saúde, com ampla abrangência nos diferentes contextos da relação de cuidado (Petronilho, 2012, p.92).

Como síntese de resultados dos doentes com patologia cardíaca estudados, verificamos que:

- Na nossa amostra predomina o sexo masculino (68,2%), com cerca de 71 anos de idade, casados ou a viver em união de fato (68,2%), 31,8% são divorciados, separados ou viúvos. 50% têm o 3º ciclo de escolaridade e 45,5% o rendimento mensal é de 500 euros;
- A patologia cardíaca que predomina é a insuficiência cardíaca (77,3%), 13,6% Enfarte agudo do miocárdio, 9.1% angina de peito com insuficiência cardíaca associada;
- 80% dos homens tem Insuficiência cardíaca, 50% da amostra tem dor;
- 22,7% Considera a reabilitação benéfica, 60% já realizou reabilitação por enfermeiro e 20% por fisioterapeuta ou osteopata;
- Existe relação significativa entre as variáveis sociodemográficas (especificamente o estado civil, habilitações literárias e o rendimento mensal) com o comportamento do autocuidado;
- Entre as variáveis clínicas, os antecedentes pessoais não influenciam o autocuidado;
- O comportamento no autocuidado sofre influência do apoio social, ou seja, quando aumenta o apoio social, diminui o comportamento adequado dos utentes face ao seu autocuidado;
- Há relação entre o estado de saúde e o comportamento no autocuidado em pessoas com patologia cardíaca. O comportamento no autocuidado diminui quando aumenta a saúde mental e física contudo é significativa na saúde física.

A avaliação crítica de um trabalho de investigação permite apreciar algumas limitações existentes, bem como criar um distanciamento reflexivo do autor sobre o trabalho executado. Essa ação reflexiva sobre o trabalho desenvolvido e aspetos que poderão ser melhorados em futuros estudos de investigação constitui uma “mais valia” na construção de trabalhos de investigação sólidos, bem estruturados e pertinentes.

O conhecimento resultante da execução de um estudo de investigação é limitado pois nenhum trabalho poderá abranger todos os aspetos ou vertentes do fenómeno estudado. Torna-se pois, importante, o investigador ter consciência de que o seu estudo é apenas mais um contributo para o conhecimento de uma problemática que conduz frequentemente a mais questões que respostas.

No seguimento da problemática em estudo e sendo o Centro Hospital Tondela-Viseu um centro de referência cardíaca considero de extrema importância que um departamento de Cardiologia tenha um projeto de Reabilitação Cardíaca.

A reabilitação cardíaca é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo a soma das atividades necessárias para influenciar favoravelmente tanto a causa subjacente da doença, quanto melhorar as condições físicas, mentais e sociais de maneira que os doentes possam através de seus próprios esforços, preservar ou reassumir quando perdido, um papel tão normal quanto possível dentro da comunidade.

A Reabilitação Cardíaca tem o intuito de melhorar a capacidade funcional, corrigir os fatores de risco, restabelecer as funções físicas, psicológicas e sociais. Assim a finalidade não é somente prolongar os anos de vida, mas aliviar os sintomas e melhorar as funções gerais.

Estes programas são destinados a limitar os efeitos psicológicos e fisiológicos da doença cardíaca, reduzir o risco de morte súbita ou reenfarte, controlar os sintomas cardíacos, estabilizar ou reverter o processo aterosclerótico e aumentar o status psicossocial e vocacional de doentes selecionados (CNDC, 2009).

Relativamente às sugestões que decorrem do presente estudo, pensamos ser útil e com implicações benéficas na prática clínica:

- Fomentar a investigação na temática do comportamento no autocuidado em pessoas com patologia cardíaca, mas utilizando amostras maiores, de forma a não comprometer a validade externa. Por outro lado, seria igualmente importante aplicar o mesmo estudo a outras instituições do país, de forma a poder validar a consistência

dos resultados obtidos, e assim melhor compreender as relações entre variáveis de forma a poderem ser implementadas medidas organizacionais (reabilitação cardíaca) consistentes com os resultados obtidos com o objetivo de melhorar o autocuidado de pessoas com patologia cardíaca.

- Monitorizar periodicamente a evolução do comportamento no autocuidado de forma a melhorar a sintomatologia desses doentes.

- Pensar na importância de um enfermeiro de reabilitação nas consultas de cardiologia, uma vez que o doente, os seus familiares ou o cuidador informal, deverão receber informações sobre a fisiopatologia da doença cardíaca, os mecanismos de ação dos fármacos em uso, a relação da doença com a atividade física diária e as possíveis implicações na sua vida sexual e profissional.

Assim, a diminuição da capacidade para realizar o autocuidado pode ser melhorada através da implementação de programas de reabilitação cardíaca, melhorando e ajudando ao doentes a encontrar um “sentido de vida na doença”, reduzindo assim o impacto negativo da doença crónica.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, L; Freira, T. – *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*, Braga: Psiquilíbrios, 2000, pp. 80-100.

Baptista, M. (2014) *Estilos de vida das pessoas portadoras de insuficiência cardíaca* (Dissertação de Mestrado) Escola superior de saúde de Coimbra.

Bub, M., Medrano, C., Silva, C., Wink, S., Liss, P., Santos, E. (2006) *A noção de autocuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis. 15. pp 152-157. Acedido a 03 de Março de 2015 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500018.

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2010). Versão 2. Ordem dos Enfermeiros.

CNDC. (2009). *Reabilitação Cardíaca: realidade nacional e recomendações clínicas*.

Colombo, R., Aguillar, O. (1997), *Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio*. Rev latino-am. Enfermagem – v. 5. nº2 Abril. Ribeirão Preto. Acedido a 24 de Agosto de 2015 <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n2/v5n2a09>.

Conceição, A., Santos, M., Santos, B., Cruz, D. (2015) *Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca*. Revista Latino-Am. Enfermagem. 23(4). Jul.-Ago. Acedido a 24 de Agosto de 2015 http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00578.pdf.

Delgado, B. (2014) *Reabilitação funcional no doente com Insuficiência Cardíaca descompensada*. (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de Bragança. Acedido a 13 de Fevereiro de 2016 <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/10439/1/Bruno%20Miguel%20Delgado.pdf>.

Diógenes, M.A.R. & Pagliuca L.M.F. (2003). *Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira*. Revista Gaúcha Enfermagem, 24 (3), 286-93.

Ferreira, V., Silva, L., Furuya, R., Schimidt, A., Rossi, L., Dantas, R. (2015) *Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada*. Rev. Esc Enferm USP. 49(3), 388-394.

Acedido a 01 de Fevereiro de 2016 http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/pt_0080-6234-reeusp-49-03-0388.pdf

Ferreira, P. (2000) *Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística*. Acta Med Port. Jan-Abr; 13(1-2): 55-66.

Ferreira, P. (2000) *Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação*. Acta Med Port. Mai-Jun; 13(3): 119-27.

Ferreira, M. (2014) *Ganhos na qualidade de vida após intervenção do enfermeiro de reabilitação* (Dissertação de Mestrado) Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Fonseca, C. (2013) *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem* (Dissertação de Doutoramento) Universidade de Lisboa.

Fortin, M. (1999) *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2000) *O processo de investigação*. Lisboa: Lusociência.

Fortin, M. (2003) *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: 3ª Ed., Lusociência.

Fortin, M. (2009) *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 3ª Ed.

Gil, A. – *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*, São Paulo: 5ª Ed., Atlas, 1999.

Goldmeier, S., Castro, I. (2005) *A teoria do autocuidado no manejo dos fatores de risco (obesidade, hipertensão e tabagismo) em pacientes pós-infarte agudo do miocárdio*. Revista AMRIGS, Porto Alegre, 49 (3): Jul – Set. pp 149-154. Acedido a 24 de agosto de 2016 <http://amrigs.org.br/revista/49-03/ao02.pdf>.

Henriques, J. (2011) *O autocuidado na Insuficiência cardíaca: tradução, adaptação e validação da European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale para o contexto português* (Dissertação de Mestrado) Universidade do Porto.

Henriques, J. (2011) *Adesão ao regime terapêutico proposto à pessoa com história de EAM – o papel do enfermeiro* (Dissertação de Mestrado) escola superior de Enfermagem de Coimbra.

Henriques, G. (2016) *Reabilitação e cirurgia cardíaca – revisão sistemática da literatura* (Dissertação de Mestrado) Instituto Politécnico de Bragança.

Huot, R. – *Métodos quantitativos para as ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget, 2002, 384p.

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Januário, J.C (2013). *Resultados das intervenções do enfermeiro de reabilitação na pessoa internada no serviço de medicina interna dos hospitais da universidade de Coimbra* (Dissertação de Mestrado) Universidade de Coimbra. Acedido a 24 de Março de 2016 <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/40411/43389>

Lima, F., Araújo, T. (2007) *Prática do autocuidado essencial após a revascularização do miocárdio*. Revista Gaúcha de Enfermagem. 28 (2): 223-232. Acedida a 30 de Outubro de 2016 <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3167>.

Magalhães, S., Macedo, J., Ribeiro, M., Barreira, A., Fernandes, P., Viamonte, S. (2013) *Avaliação da capacidade funcional após programa de reabilitação cardíaca – efeitos a longo prazo*. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação. Vol 24. Nº2. Acedida a 13 de Fevereiro de 2016 <http://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/107>.

Matsuda, L., Évora, Y. (2006) - *Acções desenvolvidas para a satisfação no trabalho da equipa de enfermagem de uma UTI adulto*. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 5 pp. 49-56.

McMurray, J. J., Adamopoulos, S., Anker, S. D., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., Guidelines, E. C. f. P. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*, 33(14), 1787-1847. doi: 10.1093/eurheartj/ehs104.

Mendes, A., Bastos, F., Paiva, A. (2010). *A pessoa com insuficiência cardíaca. Factores que facilitam / dificultam a transição saúde/doença*. Revista enfermagem Referência III Série. Nº2, 7-16. Acedido a 11 de Fevereiro de 2016 <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a01.pdf>.

Nascimento, N., Braga, M. (2015) *Insuficiência Cardíaca: conhecimento de pacientes em tratamento laboratorial*. J Health Sci Inst. 33(2):1. pp 156-159. Acedido a 20 de Abril de 2016 https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/02_abr-jun/V33_n2_2015_p156a159.pdf.

Nunes, L. (2016) – *Relatório de atividades UCIC: Janeiro a Setembro 2016*. Hospital São Teotónio.

Ordem dos Enfermeiros (2001) *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Portugal. Ordem dos Enfermeiros.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado conceito central da enfermagem*. pp 11-91. Coimbra: Formasau.

Pereira, F. (2013) *Adesão ao regime terapêutico proposto à pessoa com História de EAM – O papel de Enfermeiro* (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Pereira, M. (2012) *A promoção do autocuidado na Pessoa em processo de transição* (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Pereira, F. (2013) *O autocuidado na insuficiência cardíaca: tradução, adaptação e validação da European Hearth Failure Self-Care Behaviour Scale para o contexto português* (Dissertação de Mestrado) Universidade do Porto.

Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. – *Análise de Dados para Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo, 3ª Ed., 2008, 694 p..

Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Acedido a 03 de Dezembro de 2015 http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_7_Indicadores_e_Metas_em_Saude_2013-01-18.pdf.

Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Lisboa. 2006 Acedido a 20 de Abril de 2016

<http://1nj5ms2lli5hdggb3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Prevencao-das-Doencas-Cardiovasculares.pdf>.

Polit, D., Beck, C., Hungler, B. (2004) *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: 5ª ed., Artmed Editora.

Queirós, P., Vidinha, T., Filho, A. (2014) *Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*. Revista de Enfermagem Referência. Série IV – nº 3 nov/dez, pp 157-164. Acedido a 25 de Agosto de 2016 <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn3/serlVn3a18.pdf>.

Regulamento n.º 125/2011. (2011, Fevereiro 18). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação* [Portugal]. *Diário da República*, 2 (35), pp. 8658-8659. Acedido em http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/0865808659.pdf.

Rodrigues, M., Seidl, E. (2008) *A importância do apoio social em pacientes coronários*, Paidéia 18(40), 279-288. Acedido a 20 de Dezembro de 2016 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000200006.

Sampieri, R., Collado, C., Lucio, P. (2006) *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: S.P. Editora Mc Graw – Hill, 3ª Ed.

Silva, J. (2012) *Qualidade de vida dos indivíduos após Enfarte Agudo do Miocárdio* (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de Saúde de Viseu.

Silva, I., Oliveira, M., Silva, S., Polano, S., Radunz, V., Santos, E., Santana, M. (2009) *Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem*. Rev. Esc Enferm USP. 43(3), 697-703. Acedido a 23 de Janeiro de 2016 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300028

Taylor, S. (2004). *Teoria do défice de auto-cuidado de enfermagem*. In A.M. Tomey, M.R. Alligood, Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem (5ª ed., pp. 211-235).Loures: Lusociência.

Torres, G.V., Davim, R.M.B. & Nóbrega, M.M.L., (1999). *Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de OREM: estudo de caso com uma adolescente grávida*. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, 2 (7), 47-53.

Vítor, A.F., Lopes, M.V.O., Araújo, T.L. (2010). Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Esc Anna Nery*, 14 (3), 611-616.

Zanchet, A., Marin, A (2014) *Perfil psicossocial de pacientes com síndrome coronário agudo*. *Psicologia, Saúde e Doenças* 15(3) 656-770. Acedido a 20 de Dezembro de 2016 http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000300008.

ANEXOS

ANEXO I
(Instrumento de colheita de dados)



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação



ÁREA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A PESSOA COM PATOLOGIA CARDÍACA: O COMPORTAMENTO NO AUTOCUIDADO
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

____ / ____ / ____

NOTA DE ESCLARECIMENTO

Antes de começar a responder às questões, que integram este instrumento de colheita de dados, queremos informá-lo que:

- Com o presente estudo pretende-se proceder a uma caracterização sócio demográfica, clínica e o comportamento da pessoa com patologia cardíaca no autocuidado.
- As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;
- Não é necessário escrever o seu nome, pois a colheita de dados é confidencial.

Obrigado pela sua colaboração.

I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA**1. Género:**Masculino (1) Feminino (2) **2. Idade:** _____ anos**3. Estado Civil:**Casado/União de Facto Solteiro Divorciado/Separado Viúvo **4. Habilitações Literárias:**Não sabe ler e escrever 1º Ciclo Escolar (4ª Classe) 2º Ciclo Escolar (9º ano ou antigo 5º ano) 3º Ciclo Escolar (11º ano ou antigo 7º ano) 12º ano ou equivalente Curso Médio Curso Superior **5. Rendimento Mensal:**500 € 500 a 1000 > 1000 **II – CARATERIZAÇÃO CLÍNICA****5. Qual a sua patologia cardíaca?**EAM IC ANGINA INSTÁVEL **Antecedentes (Patologias adquiridas)**

- Cardíacas
- Respiratórias
- Metabólicas
- Neurológicas
- Osteoarticular
- Oncológicas
- Oftalmológicas

6. Grupo Farmacológico, da medicação que realiza habitualmente.

- Benzodiazepinas
- Sedativos
- Neurolépticos
- Antidepressivos
- Digitálicos
- Diuréticos
- Anti-Hipertensores

7. No seu dia-a-dia costuma sentir dor? Nunca Raras vezes Algumas vezes Muitas vezes Sempre

8. Já realizou ou realiza algum tipo de reabilitação? Sim Não

9. Se respondeu sim, à questão anterior, refira a que profissional recorreu para realizar a mesma?

- Enfermeiro de Reabilitação
- Fisioterapeuta
- Psicomotricista
- Osteopata
- Terapeuta da Fala
- Terapeuta Ocupacional
- Outro

10. Considera benéfico a reabilitação? Sim Não

III – ESCALA DE APOIO SOCIAL (MATOS E FERREIRA)

Questões	Não concordo	Concordo	Concordo Moderadamente	Concordo Muito	Concordo Muitíssimo
1. Se tivesse um problema grave, sei que alguém se levantaria ao meio da noite para falar comigo					

2. Não tenho ninguém a quem possa demonstrar como sou realmente					
3. Tenho alguém que me encoraja em situações emocionais delicadas					
4. Quando é necessário falar de mim, contar os meus segredos, desejos, medos, ... sei de alguém que me ouviria com prazer					
5. Não tenho ninguém a quem possa demonstrar que estou aborrecido, nervoso ou deprimido					
6. As minhas relações próximas transmitem-me sensações de segurança e bem-estar					
7. Tenho alguém que me fornece informações úteis no caso de me sentir um pouco desorientado com algum problema					
8. Costumo aconselhar-me com pessoas amigas para saber o que devo fazer quando tenho problemas					
9. Costumo perguntar aos que me rodeiam o que devo fazer para resolver assuntos mais sérios					
10. Tenho pessoas com quem posso contar, em caso de doença ou outra situação de emergência					
11. Tenho pessoas com quem posso contar, para tomar conta de familiares que dependam de mim, quando quero sair por algum tempo e divertir-me					
12. Quando preciso de ajuda financeira, não tenho ninguém a quem recorrer					
13. Não tenho ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas (por ex.: comida, tomar conta do correio, etc.)					
14. Quando me sinto com demasiadas responsabilidades, não tenho ninguém que me "estenda a mão"					
15. Quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas diárias, sei a quem recorrer					
16. Quando me sinto sobrecarregado com tarefas domésticas, não tenho quem me ajude					

IV – QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36V2)

As questões se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível.

Por favor assinale com um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Optima	muito boa	boa	razoável	fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:

Optima	muito boa	boa	razoável	fraca
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia a dia.

Será que a sua saúde o limita nestas atividades? Se sim, quanto?

	Sim muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
Levantar ou pegar nas compras da mercearia	1	2	3
Subir vários lanços de escada	1	2	3
Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
Andar mais de 1 km	1	2	3
Andar várias centenas de metros	1	2	3
Andar uma centena de metros	1	2	3
Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Quanto tempo nas últimas semanas					
Diminui o tempo gasto a trabalhar ou outras atividades	1	2	3	4	5
Fez menos do que queria	1	2	3	4	5
Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades	1	2	3	4	5
Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo nas últimas semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Diminui o tempo gasto a trabalhar ou outras atividades	1	2	3	4	5
Fez menos do que queria	1	2	3	4	5
Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos, ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Quanto tempo nas últimas semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5
Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

Absolutamente Verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente Falso
-----------------------	---------	---------	-------	---------------------

Pareço que adoço mais facilmente que os outros	1	2	3	4	5
Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

IV – ESCALA EUROPEIA DO COMPORTAMENTO DO AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Esta escala contém afirmações sobre **o comportamento de autocuidado na Insuficiência Cardíaca**. Responda a cada frase, colocando um círculo à volta do número que se aplica melhor ao seu caso. Note que a escala tem alternativas que variam entre “Concordo completamente” (1) e “Não concordo com nada” (5). Mesmo que não tenha a certeza numa frase em particular, circunde o número que sente que é mais verdadeiro para si.

	Concordo totalmente				Não concordo de todo
Peso-me todos os dias	1	2	3	4	5
Se fico com falta de ar, faço por acalmar-me	1	2	3	4	5
Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
Se os meus pés ou as minhas pernas ficam mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais que 1½-2 L/dia / litro e meio a dois litros por dia)	1	2	3	4	5
Faço uma pausa para descanso durante o dia	1	2	3	4	5
Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
Alimento-me de uma dieta com pouco sal	1	2	3	4	5
Tomo a minha medicação tal como prescrito	1	2	3	4	5
Tomo uma/a vacina contra a gripe todos os anos	1	2	3	4	5
Faço exercício regularmente	1	2	3	4	5

Muito obrigado pela sua preciosa colaboração

ANEXO II**(Autorização para aplicar o instrumento de colheita de dados)**