

Correlação dos fatores condicionantes básicos para o autocuidado dos pacientes pós-revascularização do miocárdio

Correlation of basic conditioning factors for selfcare of patients who underwent coronary bypass

Correlación de los factores condicionantes básicos para lo autocuidado de los pacientes sometidos a revascularización miocárdica

Francisca Elisângela Teixeira Lima

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade Estadual do Ceará.

Thelma Leite de Araújo

Enfermeira. Profesora Adjunto da UFC. Pesquisadora do CNPq. Coordenadora do Projeto.

Artigo derivado da dissertação: Lima FET. A prática do autocuidado após a revascularização do miocárdio (dissertação). Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2002.

Inserido no Projeto Integrado Ações Integradas em Saúde Cardiovascular - CNPq no. 500639/2003-5.

RESUMO

Objetivou-se correlacionar ações de autocuidado desenvolvidas por pacientes que realizaram revascularização do miocárdio (RM) com as variáveis: gênero, idade, ocupação, estado civil e antecedentes familiares para alterações cardiovasculares. Estudo exploratório-descritivo, realizado em um hospital de cardiologia, Fortaleza-CE, com 52 pacientes que haviam realizado há pelo menos um ano, a cirurgia pela primeira vez. Os pacientes apresentaram como perfil: maioria homens (53,84%), com idade \geq a 65 anos (59,61%), aposentados (71,15%), casados (63,46%), com antecedentes familiares para alterações cardiovasculares (67,30%). Correlacionando a prática de autocuidado e variáveis independentes, verificou-se correlação maior com o sexo feminino, idade elevada, casados e com antecedentes familiares de alterações cardiovasculares. Conclui-se que os pacientes avaliados mantêm um grau satisfatório de autocuidado, reforçando a importância do processo de orientação desenvolvido em equipe, de forma contínua e com diferentes abordagens para proporcionar ao paciente após RM condições para realizar a prática de autocuidado.

Descritores: Enfermagem; Autocuidado; Doença crônica; Cardiologia.

ABSTRACT

It was aimed at to correlate selfcare actions developed by patients that undergone coronary bypass with the variables: gender, age, occupation, marital status and family antecedents for cardiovascular diseases. Exploratory-descriptive study, carried out at a cardiology hospital, in Fortaleza-CE, with 52 patients that had undergone coronary bypass in a period less than one year. The patients' has the following profile: majority was men (53,84%), age from 65 years-old or more (59,61%), retired (71,15%), married (63,46%), with family predisposition for cardiovascular diseases (67,30%). Women, elderly patients, married patients and the ones who have family predisposition for cardiovascular alterations had better selfcare practices, mainly when the patient is retired. The conclusion is that patients that participated in this research, keep a satisfactory selfcare level, supporting the importance of the group orientation process, in a continuous way and with different approaches to provide conditions to the patient who have been submitted to the coronary bypass to practice the selfcare.

Descriptors: Nursing; Selfcare; Chronic disease; Cardiology.

RESUMEN

Se apuntó a poner en correlación las acciones del autocuidado desarrolladas por los pacientes que han sido sometidos a la revascularización del miocardio con las variables: genero, edad, ocupación, estado matrimonial y antecedentes de la familia para las enfermedades cardiovasculares. El estudio fue exploratorio-descriptivo, cumplido en un hospital de cardiología, en Fortaleza-CE, con 52 pacientes que habían sido sometidos a la revascularización del miocardio sólo hay un año una vez. Los pacientes presentaron como el perfil: la mayoría sea hombres (53,84%), de 65 años (59,61%), jubilado (71,15%), casado (63,46%), con la predisposición familiar para las enfermedades cardiovasculares (67,30%). Las mujeres, los más viejos, los pacientes casados y los que tienen la predisposición familiar para las enfermedades cardiovasculares practican lo autocuidado y mejoran, principalmente cuando el paciente está jubilado. La conclusión es que pacientes que participaron en esta investigación, tienen un autocuidado satisfactorio, mientras apoyando la importancia del proceso de la orientación en el grupo, de una manera continua y con los acercamientos diferentes para proporcionar al paciente que ha sido sometido a revascularización del miocardio condiciones para la práctica del autocuidado.

Descritores: Enfermería; Autocuidado, Enfermedad Crónica; Cardiología.

Lima FET, Araújo TL. Correlação dos fatores condicionantes básicos para o autocuidado dos pacientes pós-revascularização do miocárdio. Rev Bras Enferm 2005 set-out; 58(5):519-23.

1. INTRODUÇÃO

Diversos estudos demonstram que as doenças crônicas degenerativas, mais especificamente as cardiovasculares, são as maiores causas de morbi-mortalidade nos Estados Unidos e responsáveis por 33% das taxas de mortalidade na América Latina. Dentre as causas de morte por

doença cardiovascular, mais de 50% decorrem de doenças coronarianas resultantes da aterosclerose (53%), principalmente o infarto agudo do miocárdio (IAM) e a *angina pectoris*^(1,2).

As doenças isquêmicas, por sua vez são, atualmente, um dos principais fatores de mortes em todo o mundo, relacionadas a 50% dos óbitos nos países desenvolvidos e a 25% nos países subdesenvolvidos. Na América Latina, das mortes com causas cardiovasculares, 33% são decorrentes exclusivamente de doenças isquêmicas⁽²⁾.

No Brasil, a doença isquêmica é uma causa importante de óbito em todas as regiões. Ao comparar-se o índice de mortalidade precoce pela doença isquêmica entre os Estados Unidos e o Brasil, observam-se aqui elevados índices, sendo que metade dos óbitos das principais capitais brasileiras ocorreu na faixa etária inferior a 65 anos, enquanto nos países desenvolvidos somente 25% dos óbitos foram de pessoas com idade inferior a 65 anos. Os homens brasileiros na faixa etária dos 35 a 44 anos têm risco três vezes maior de morrer de infarto agudo do miocárdio do que o homem norte-americano, constatando que o brasileiro sofre infarto mais cedo⁽²⁾.

A denominação fator de risco tem sido utilizada para indicar uma variável que se acredita estar relacionada à probabilidade de um indivíduo desenvolver uma doença, podendo ter características constitucionais ou comportamentais⁽²⁾.

Os fatores de risco para doenças coronarianas podem ser *constitucionais*, isto é, estão prioritariamente ligados aos aspectos biológicos e o indivíduo não pode controlá-los ou alterá-los; ou *comportamentais*, aqueles passíveis de controle ou prevenção, na sua maioria derivados do estilo de vida adotado. O conhecimento dos fatores de risco deve levar ao incentivo da prática de autocuidado, procurando-se alterar o estilo de vida ou hábitos pessoais, com o intuito de minimizar esses fatores, favorecendo a manutenção da saúde por um tempo prolongado.

Os principais fatores de risco *constitucionais* para doença coronariana são: sexo, com predominância nos homens; elevação da idade, principalmente para as mulheres; raça, considerando-se que os negros possuem maior susceptibilidade de desenvolver cardiopatias, por motivos ainda não suficientemente explicados; hereditariedade, sendo que pessoas com parentesco até o 2º grau com doenças coronarianas possuem um risco maior de desenvolver a doença. Dentre os fatores *comportamentais*, pode-se citar: elevação da pressão arterial, sedentarismo, obesidade, tabagismo, etilismo, ingestão de café, dieta rica em gorduras, sal, estresse, contraceptivos hormonais^(3,4).

Em continuidade a outros estudos já realizados sobre elevação da pressão arterial e complicações cardiovasculares⁽⁵⁻⁷⁾, sentiu-se a necessidade de acompanhar as mudanças adotadas e mantidas por pessoas portadores de doenças cardiovasculares que já vivenciaram uma situação de risco, especificamente aquelas que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio, considerando que necessitam de um acompanhamento constante para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.

Diante dessas considerações objetivamos correlacionar as ações de autocuidado desenvolvidas por pacientes que realizaram revascularização do miocárdio com as variáveis: sexo, idade, ocupação, estado civil e antecedentes familiares para alterações cardiovasculares.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com análise predominantemente quantitativa. Os estudos exploratórios objetivam proporcionar maior familiaridade com o problema, visando torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Os descritivos objetivam descrever as características de determinada população ou fenômeno. Ao mesmo tempo o estudo é quantitativo, ao envolver a coleta sistemática de informações quantificáveis, mediante condições de extremo controle,

além da análise dessa informação com a utilização da Estatística^(8,9).

O estudo foi realizado no ambulatório de cardiologia de um hospital público, referência em cardiologia, situado na cidade de Fortaleza-CE. Escolheu-se o ambulatório deste hospital pelo fato de ser um serviço caracterizado por grande abrangência em termos de atenção à saúde da população, atendendo casos de pacientes com cardiopatias oriundos de todo o Estado e mesmo de outras localidades da região Nordeste e até da Norte.

A população do estudo foi constituída por 114 pacientes que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio, acompanhadas no ambulatório, sendo entrevistados 52 pacientes (45,61%) que atenderam aos seguintes requisitos: comparecer às consultas no período dos quatro meses de coleta de dados; haver realizado cirurgia de revascularização do miocárdio há pelo menos um ano; haver sido submetido apenas uma vez à cirurgia de revascularização do miocárdio e aceitar participar voluntariamente no estudo, autorizando sua realização, mediante o preenchimento de um termo de consentimento. O critério de inclusão apenas de pessoas que haviam sido submetidas à cirurgia há pelo menos um ano, visou avaliar mudanças mais efetivamente adotadas, considerando que imediatamente após a cirurgia é comum haver referência à necessidade de mudanças que nem sempre se mantém ao longo do acompanhamento.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, que compareceu por um período de quatro meses ao ambulatório do referido hospital, nos dias de consultas (segunda, quinta e sexta) aos pacientes revascularizados. Utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturado, que foi aplicado no consultório de enfermagem, no período da pré ou pós-consulta médica, em entrevista individualizada com cada paciente.

As variáveis consideradas foram: idade (anos), sexo (masculino e feminino), atividades ocupacionais, estado civil (solteiro, casado, viúvo, divorciado) e presença de antecedentes familiares com alterações cardiovasculares.

O Grau de autocuidado foi definido a partir da categorização dos valores do IA_j , conforme mostrado no quadro 1.

O índice de autocuidado (IA) foi construído a partir das práticas de autocuidado, conforme descrito no Quadro 2.

Este quadro foi criado com base na literatura referente aos fatores de risco para o desencadeamento de complicações cardiovasculares, sendo considerado, pela pesquisadora, que cada prática de autocuidado possui o mesmo grau de risco independentemente.

O Índice de autocuidado é dado por:

$$IA_j = \frac{\sum_{i=1}^{12} P_{ij}}{12} \times 100\%, \text{ em que:}$$

$$P_{ij} = \begin{cases} 1, & \text{se o } j\text{-ésimo indivíduo pratica o } i\text{-ésimo autocuidado} \\ 0, & \text{caso contrário} \end{cases}, \forall j=1, \dots, 52$$

Percentual	Grau de autocuidado
De 0% a 20%	Péssimo
Acima de 20% até 40%	Ruim
Acima de 40% até 60%	Regular
Acima de 60% até 80%	Bom
Acima de 80%	Ótimo

Quadro 1. Descrição dos graus de autocuidado.

O paciente é classificado como apresentando *péssimo* grau de autocuidado quando ele realiza de 0 a 20% das ações de autocuidado citadas na figura 1, como *ruim* aqueles que realizam acima de 20% até 40%, como *regular* aqueles que realizam acima de 40% até 60%, como

PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO	A (Correto)	B (Incorreto)
1- Realiza acompanhamento médico e de enfermagem	Sim – Pelo menos nas datas Marcadas	Somente quando não está bem
2- Utilização de medicamentos	Usa regularmente, conforme a prescrição médica	Raramente, quando se lembra ou só quando está se sentindo mal.
3-IMC	IMC<25	IMC≥25
4- Realização de atividade física	Realiza no mínimo três vezes por semana	Realiza menos de três vezes por semana
5- Tabagismo	Nunca fumou ou parou completamente	Fuma regular ou raramente
6- Etilismo	Nunca bebeu ou parou completamente	Bebe regular ou socialmente
7- Alimentação adequada	Somente frutas, verduras, carne branca sem óleo e gordura.	Comida gordurosa, carne vermelha e enlatados
8- Sal na alimentação	Sem sal ou reduziu a quantidade	Permanece o mesmo
9- Ingestão de café	Reduziu, parou ou nunca tomou	Permanece a mesma quantidade
10- Temperamento	Tranquilo e calmo	Nervoso agitado
11- Controle da pressão arterial	PAS<140mmHg e PAD<90mmHg	PAS ≥ 140 mmHg ou PAD≥90 mmHg
12- Diabetes	Não	Sim

Quadro 2. Descrição dos procedimentos de autocuidado.

bom aqueles que realizam acima de 60% até 80%, como *ótimo* aqueles que realizam acima de 80%.

Após a coleta, os resultados foram armazenados num banco de dados desenvolvido no software Epi Info 2002⁽¹⁰⁾. Para análise dos dados foram geradas estatísticas com a frequência absoluta e intervalos de confiança de 95% de cada uma das variáveis. Em seguida, foram aplicados testes de qui-quadrado para verificação de associação entre as variáveis. Para organização final e apresentação dos resultados no presente artigo, optou-se pela elaboração de tabelas, visando resumir os achados mais importantes. A análise apresentada foi baseada nas leituras estatísticas descritivas, bem como, na análise dos valores p encontrados. Para significância estatística adotou-se um nível de 5% (p = 0,05).

Com o intuito de atender aos aspectos éticos específicos presentes na Resolução 196, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹¹⁾, inicialmente, solicitou-se autorização da diretoria do Hospital para a realização do estudo com os pacientes do ambulatório de cardiologia. Posteriormente, o projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, recebendo parecer favorável para seu desenvolvimento.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos estabelecidos e assinaram o Termo de consentimento pós-informação, concordando em participar voluntariamente do estudo, sendo-lhes garantido o anonimato na divulgação das informações.

3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na tabela 1, observa-se a relação entre a idade e o sexo do paciente, sendo que 12 mulheres realizaram revascularização do miocárdio com idade até 65 anos e outras 12 com idade superior a 65 anos. Quanto aos homens, houve um aumento de nove para 19 homens após os 65 anos de idade.

Analisando as idades em que houve ocorrência da revascularização nas mulheres, os achados parecem divergentes dos apresentados em diversos estudos que indicam um aumento do risco de alterações cardiovasculares após a menopausa⁽³⁾. Esse aumento de risco é analisado, também, em um estudo desenvolvido com 250 pacientes submetidos à revascularização do miocárdio, sendo 174 do sexo

masculino e 76 do sexo feminino⁽¹²⁾. No estudo citado os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com a faixa etária, um constituído por pessoas com idades inferiores a 65 anos e o outro com pessoas de idades iguais ou superiores a 65 anos. Observando-se a presença de 71,2% de homens no primeiro grupo e de apenas 64,4% no segundo, enquanto que, o sexo feminino era constituído por 28,8% no primeiro (menos de 65 anos) aumentando para 35,6%, no grupo com 65 anos e mais.

Em estudo mais recente⁽¹³⁾, foram avaliados 124 pacientes com idades iguais ou superiores a 65 anos, submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, encontrando-se 61% do sexo masculino e 39% feminino. Estes dados coincidem com os do presente estudo, uma vez que, dentre as 31 pessoas revascularizadas com idade acima de 65 anos, houve uma predominância de 19 (61%) homens contra 12 (39%) mulheres.

A ocorrência mais precoce de doenças cardíacas nas mulheres pode estar sendo influenciada pelas alterações no estilo de vida, por exemplo, a competitividade na atividade ocupacional, tabagismo e uso de contraceptivos orais, que favorecem o surgimento de complicações cardiovasculares cada vez mais precoce nas mulheres.

As alterações no comportamento feminino devem ser observadas pelas enfermeiras, com o intuito de intervir na minimização de ocorrências cardiovasculares, orientando sobre as possíveis complicações e incentivando a prática do autocuidado.

Deve-se ressaltar, ao focar o aspecto idade, que os idosos apresentam limitações impostas pelas condições físicas, sendo fatores que influenciam negativamente no autocuidado. Por isso é essencial a inserção da família como suporte para o autocuidado do paciente idoso, em especial daqueles submetidos a revascularização do miocárdio.

Quando estabelecida a comparação da prática do autocuidado com a variável sexo (Tabela 2), não se encontrou diferença estatisticamente significativa (p>0,05), constatando-se que o grau de autocuidado independe da variável sexo. Ressalta-se que no grau de autocuidado *ótimo*, houve uma predominância de 54,17% das mulheres contra 46,43% dos homens. Já no grau *regular*, os homens predominaram com 25% contra 8,33% das mulheres. Os dados evidenciaram que as

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis Idade e Sexo. Fortaleza-CE, 2001.

Faixa etária	Feminino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
46 - 51	06	25,00	05	17,85	11	21,15
51 - 56	02	8,33	03	10,71	05	9,61
56 - 61	02	8,33	-	-	02	3,85
61 - 66	02	8,33	01	3,57	03	5,76
66 - 71	08	33,35	06	21,42	14	26,92
71 - 76	02	8,33	04	14,30	06	11,55
76 - 81	-	-	05	17,85	05	9,61
81 - 86	02	8,33	04	14,30	06	11,55
TOTAL	24	100,00	28	100,00	52	100,00

mulheres entrevistadas demonstraram adotar mais a prática do autocuidado do que os homens, mesmo que no estudo a diferença não tenha significado estatístico.

Tabela 2. Resultado do teste de independência entre as variáveis Sexo e Grau de autocuidado. Fortaleza-CE, 2001.

Sexo Grau	Feminino		Masculino	
	f	%	f	%
Regular	2	8,33	7	25,00
Bom	9	37,50	8	28,57
Ótimo	13	54,17	13	46,43
Total	24	100,00	28	100,00

$RVM=2,693$ $p=0,260$

Observa-se pelos dados expressos na tabela 3, que não houve uma diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$) entre as variáveis idade e o grau de autocuidado. Encontrou-se, entretanto, dentre as pessoas entrevistadas com idade inferior a 65 anos, cinco (25%) com grau *regular* de autocuidado e oito (40%) com grau *ótimo*. Enquanto, na faixa etária superior a 65 anos, somente quatro (12,5%) apresentaram grau *regular* e 18 (56,25%) grau *ótimo*, demonstrando que a idade avançada favoreceu a prática do autocuidado, no grupo investigado este aspecto merece maiores investigações, uma vez que as políticas de acompanhamento da saúde do idoso ainda não constituem a realidade do local do estudo.

Tabela 3. Resultado do teste de independência entre as variáveis Idade e Grau de autocuidado. Fortaleza-CE, 2001.

Faixa etária Grau	< 65 anos		≥ 65 anos	
	f	%	f	%
Regular	5	25,00	4	12,50
Bom	7	35,00	10	31,25
Ótimo	8	40,00	18	56,25
Total	20	100,00	32	100,00

$RVM=1,800$ $p=0,425$

Em relação à ocupação, uma grande parte dos pacientes avaliados (71,15%) é de aposentados que, no momento, não exercem mais atividade ocupacional remunerada, mas dispõem de recursos financeiros oriundos da aposentadoria. Estes dados eram esperados, uma vez que a maioria (65%) das pessoas deste grupo pertence à terceira idade, isto é, estão na faixa etária igual ou acima de 65 anos, com direito à aposentadoria, segundo as leis brasileiras. Vale ressaltar que alguns pacientes foram aposentados em decorrência da própria cirurgia.

Tabela 4. Distribuição de frequência da variável Ocupação. Fortaleza-CE, 2001.

Ocupação	f	(%)
Aposentado (a)	37	71,15
Prendas do Lar	3	5,77
Aposentado (a) e outros	4	7,70
Exerce alguma atividade	8	15,38
Total	52	100,00

Vem sendo constatado que os homens, com profissões mais intelectuais e *status* mais elevados, retornam ao trabalho após a revascularização do miocárdio com maior frequência do que os trabalhadores braçais e as pacientes do sexo feminino⁽¹⁴⁾. Provavelmente,

Tabela 6. Resultado do teste de independência entre as variáveis Estado civil e Grau de autocuidado. Fortaleza-CE, 2001.

Estado Civil Grau	Solteiro		Casado		Viúvo		Divorciado	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Regular	1	50	6	18,18	2	15,38	-	-
Bom	1	50	10	30,30	5	38,46	1	25,00
Ótimo	-	-	17	51,52	6	46,16	3	75,00
Total	2	100,00	33	100,00	13	100,00	4	100,00

$RVM=3,960$ $p=0,682$

também, os pacientes com maior apoio social e da família, retornam mais rapidamente do que os de menor apoio. Além disso, as obrigações de cunho familiar e a necessidade financeira exigem o retorno ao trabalho mais rapidamente.

Tabela 5. Resultado do teste de independência entre as variáveis Ocupação e Grau de autocuidado. Fortaleza-CE, 2001.

Ocupação Grau	Aposentado		Alguma ocupação	
	f	%	f	%
Regular	9	25,71	0	0,00
Bom	7	20,00	10	58,82
Ótimo	19	54,29	7	41,18
Total	35	100,00	17	100,00

$RVM=12,401$ $p=0,002$

Ao correlacionar-se a ocupação com o grau de autocuidado, houve diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$), constatando-se que no grupo avaliado, o grau de autocuidado foi dependente da variável ocupação. Confirmando-se que as pessoas aposentadas dedicavam-se mais às ações de autocuidado, talvez por disporem de mais tempo e de melhores condições para a prática de um estilo de vida saudável.

No grupo avaliado houve predominância de indivíduos casados (63,47%), seguido pelos viúvos (25%) e divorciados (7,69%). Vale ressaltar que todos os entrevistados moram com familiares, que são filhos (as), genros, noras, netos, dentre outros, sendo um fator relevante para facilitar a prática do autocuidado, conforme estudos anteriores desenvolvidos pelos mesmos autores⁽¹⁵⁾.

Pelo exposto na tabela 6, verifica-se não haver sido encontrada diferença estatística significativa ($p>0,05$) entre as variáveis. Todavia, percebe-se haver uma predominância de 17 (51,52%) pacientes casados que se encontram no grau *ótimo* de autocuidado, e seis (18,18%) no grau *regular*. Saliencia-se que os casados, viúvos e divorciados predominaram no grau *ótimo*, enquanto os dois solteiros ficaram divididos igualmente no grau *regular* e no *bom*.

Verifica-se que 35 (67,30%) pessoas possuem antecedentes familiares até o segundo grau com alterações cardiovasculares. Estes dados são condizentes com a literatura, que considera comum a existência de portadores de doenças coronarianas com antecedentes familiares, até o 2º grau, de pessoas com a mesma doença ou casos de morte na família por infarto⁽³⁾.

Os estudos têm demonstrado que grande parte das doenças cardiovasculares é de ordem familiar, sendo que mutações genéticas interagindo com fatores ambientais ou psicossociais podem dar origem a uma desorganização no controle da pressão arterial, favorecendo o aparecimento de doenças coronarianas⁽³⁾. Essa interação é naturalmente complexa e a contribuição dos genes é qualitativa e quantitativamente variável. Ao longo do tempo, a hipertensão primária e as doenças coronarianas afetam vários membros de uma mesma família.

Diante desta realidade, cabe aos profissionais de saúde desenvolver programas educativos que envolvam os familiares dos pacientes revascularizados, já com o intuito de tentar minimizar os fatores de riscos para cardiopatias, incentivando a família a aderir ao tratamento juntamente com o paciente, favorecendo a prática do autocuidado e melhorando a qualidade de vida dos membros do grupo familiar.

Observa-se que houve uma diferença significativa estatisticamente

Tabela 7. Resultado do teste de independência entre as variáveis Antecedentes familiares e Grau de autocuidado. Fortaleza-CE, 2001.

Antecedentes familiares Grau	Sim		Não		Não sabe	
	f	%	f	%	f	%
Regular	4	11,42	3	20,00	2	100,00
Bom	12	34,29	5	33,33	-	-
Ótimo	19	54,29	7	46,67	-	-
Total	35	100,00	15	100,00	2	100,00

RVM=10,340

p=0,036

($p < 0,05$) em relação à presença de antecedentes familiares com alterações cardiovasculares e o grau de autocuidado. Constatou-se que no grau *bom* e *ótimo*, há um predomínio de pessoas que possuem antecedentes familiares e no *regular* aqueles que não têm antecedentes familiares com alterações cardiovasculares. Constatando-se que, neste estudo, as pessoas que possuem história familiar de cardiopatias praticam mais o autocuidado do que aqueles que não possuem. Algumas explicações para o fato poderiam estar relacionadas à experiência anterior ou mesmo ao medo de continuar a história familiar.

4. CONCLUSÕES

Quando se enfocam as alterações cardiovasculares é de fundamental importância abordar-se a prática do autocuidado do paciente portador dessa doença, visto ser um aspecto indispensável para melhoria da qualidade de vida e redução dos riscos de complicações.

Neste estudo, analisando as variáveis sexo, idade, ocupação e antecedentes familiar com doenças cardiovasculares dos pacientes após a revascularização do miocárdio e comparando com o grau de autocuidado, constatou-se:

- Não se encontrou diferença estatisticamente significativa, entre a prática de autocuidado por homens e mulheres, comprovando que o

grau de autocuidado independe da variável sexo. Entretanto, observou-se que as mulheres praticam mais o autocuidado do que os homens, sugerindo maior atenção a estes que, mesmo sendo mais propícios a desenvolver doenças cardiovasculares, possuem uma prática de autocuidado inadequada para manutenção da saúde e do bem-estar.

- Idade: o estudo incluiu 31 pessoas na faixa etária acima de 65 anos, sendo 12 mulheres e 19 homens. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a variável idade e o grau de autocuidado. Todavia, o avanço da idade favoreceu a prática do autocuidado, talvez pelo medo de sofrer novamente outro evento coronariano, indicando a necessidade da enfermeira conscientizar os grupos de pessoas mais jovens sobre a necessidade das mudanças no estilo de vida e sobre a possibilidade de ocorrência de novas alterações cardiovasculares.

- Ocupação: 37 pessoas incluídas no estudo são aposentadas e verificou-se diferença estatisticamente significativa, mostrando que o grau de autocuidado depende da variável ocupação. Este resultado pode ser decorrente de uma maior disponibilidade das pessoas aposentadas em manter um estilo de vida saudável.

- Estado Civil: 33 pacientes são casados e somente dois são solteiros. Os testes não demonstraram haver diferença estatística significativa entre esta variável e o grau de autocuidado, mesmo encontrando-se que casados praticam mais o autocuidado.

- Antecedentes Familiares: 35 pessoas entrevistadas tinham antecedentes familiares para alterações cardiovasculares, e evidenciaram correlação estatística significativa entre a variável e o grau de autocuidado. O achado demonstra ser fundamental que a enfermeira trabalhe com o paciente inserido no contexto familiar, uma vez que a família é um ponto de apoio para a realização da prática do autocuidado, e sempre que possível deve-se incentivar todo o grupo familiar a aderir conjuntamente às mudanças no estilo de vida.

REFERÊNCIAS

- Luepker VR. Epidemiologia das enfermidades ateroscleróticas em grupos populacionais - American Heart Association. São Paulo (SP): Editora Publicações Científicas; 1997.
- Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco; 1998.
- Meltzer LE. Enfermagem na unidade coronária: bases, treinamento, prática. São Paulo (SP): Editora Atheneu; 2000.
- Sociedade Brasileira da Hipertensão. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão (SP): SBH; 2002.
- Lima FET, Alves ECS, Araújo DM, Moreira TMM e Araujo TL. A elevação da pressão arterial em uma comunidade carente. *Pesq Med* 1999 jul-dez; 2(3/4): 90-7.
- Lima FET, Araújo TL, Moreira TMM. Conhecimento dos auxiliares e técnicos de enfermagem quanto aos fatores relacionados à pressão arterial. *Nursing* 2000; 3(24): 18-23.
- Lima FET, Moreira TMM, Araujo TL. Aferição da Pressão Arterial: conhecimento teórico e prático de auxiliares e técnicos de enfermagem. *Rev RENE* 2000; 1(2): 100-6.
- Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995.
- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2002
- Dean AG, Zubieta JC, Sullivan KM, Delhumeau C. *Epi Info 2002 manual*. Atlanta (USA): Center for Disease Control and Prevention; 2002.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933 de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996; 4(2 supl): 15-25.
- Moraes CR, Rodrigues JV, Tenório E, Gomes C, Marinucci L, Bouwmann R, et al. Influência da idade na morbidade e mortalidade da cirurgia arterial coronária. *Arq Bras Cardiol* 1989; 53(3): 61-163.
- Moraes JBM, Carvalho HP, Neto JG, Ferreira ES, Garcia AC, Chaves WO, et al. Cirurgia de revascularização do miocárdio em paciente idoso. *Rev Goiana Med* 1996; 41(1): 25-30.
- Dantas RAS, Aguillar OM, Barbeira CBS. Retorno às atividades ocupacionais e sexuais após cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Lat-am Enfermagem* 2001; 9(4): 26-31.
- Lima FET, Lopes MVO, Araújo TL. A família como suporte para o idoso no controle da pressão arterial. *Rev Família, Saúde e Desenv* 2001 jan-jul; 3(1): 63-9.