



**Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Mestrado
Departamento de Enfermagem**

LÍDIA STELLA TEIXEIRA DE MENESES

**AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DO AUTOCUIDADO DE PACIENTES COM PRÓTESE
CARDÍACA VALVAR MECÂNICA**

FORTALEZA

2014

LÍDIA STELLA TEIXEIRA DE MENESES

**AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DO AUTOCUIDADO DE PACIENTES COM PRÓTESE
CARDÍACA VALVAR MECÂNICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial do título de mestre em Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima

FORTALEZA

2014

AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DE PACIENTES COM PRÓTESE CARDÍACA VALVAR MECÂNICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial do título de mestre em Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção de Saúde

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra Francisca Elisângela Teixeira Lima
Universidade Federal do Ceará (UFC) - ORIENTADOR

Prof Dr Paulo César Almeida
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof^a Dra Maira di Ciero Miranda Vieira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a Dra Viviane Martins da Silva
Universidade Federal do Ceará (UFC) – SUPLENTE

A Deus

E aos meus pais Irisnaldo e Lúcia

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora, por conceder-me serenidade e força em todos os momentos.

Aos meus pais, que amo, por me ensinarem a esperar em Deus e a confiar sempre.

Às minhas irmãs, Karlla Rimenna e Kélvia Ravenna, por estarem compartilhando do sucesso da minha vida, me incentivado e me apoiado na realização dos meus sonhos. Amo vocês!

Às minhas sobrinhas Vitória Iris e Giovanna que tanto alegram os dias da tia Tela.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Francisca Elisângela Teixeira Lima, que tem papel fundamental nessa caminhada. Agradeço pela paciência e conhecimento.

À amiga Sherida Karanini por estar presente durante toda a caminhada. Sempre disponível a ajudar. Sem você teria sido tudo mais difícil.

Às minhas amigas Roberta Meneses e Aurora Pinheiro, minhas incentivadoras.

À diretoria e às coordenadoras de enfermagem do Hospital Monte Klinikum pela colaboração desde o início.

À diretora do Hospital Abelardo Gadelha da Rocha, Florinda Moreira, e à coordenadora de Enfermagem, Julianne Amorim, meus sinceros agradecimentos por todo o período do mestrado.

Às equipes dos ambulatórios dos hospitais deste estudo, pelo consentimento para a realização do estudo.

Ao amigo cardiologista Dr João José Aquino, pela consultoria durante toda a pesquisa. Obrigada por compartilhar seus conhecimentos e ajudar para que esse sonho pudesse se tornar real.

A equipe do Núcleo de Epidemiologia do Hospital Abelardo Gadelha da Rocha, pela força em todo o período da construção do estudo, e por entenderem as minhas ausências.

À enfermeira Luiza e aos acadêmicos, Albertina, Perla e Igor pela ajuda nas coletas de dados. Vocês foram essenciais. Meus anjos que tanto me ajudaram. Obrigada pelo comprometimento.

Aos membros da Banca, Profa. Dra. Maira e a Prof.^a Dr.^a Viviane por terem aceitado participar da avaliação deste estudo e por suas preciosas contribuições.

Ao Professor Dr. Paulo Cesar por aceitar participar da banca e por sua valiosa contribuição nas análises estatísticas. Obrigado pela paciência e simpatia.

Aos professores da pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pelos ensinamentos e contribuições fornecidas para minha formação pessoal e profissional.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pela atenção dispensada.

A todos que contribuíram de forma indireta e não foram mencionados, agradeço pelas contribuições para percorrer esta caminhada.

RESUMO

Os pacientes com prótese cardíaca valvar mecânica exigem acompanhamento regular da equipe de saúde durante a vida, com vistas a praticar o autocuidado para recuperação e promoção da sua saúde. Tem-se como objetivo avaliar a prática do autocuidado de pacientes com prótese valvar mecânica, acompanhados na consulta de enfermagem. Como objetivos específicos têm-se: identificar os fatores condicionantes para a prática do autocuidado, considerando indicadores sociodemográficos e clínicos; verificar as práticas de autocuidado e os déficits de autocuidado de pacientes portadores de prótese valvar mecânica; e levantar os consequentes decorrentes do déficit de autocuidado. Estudo descritivo e transversal, desenvolvido em dois ambulatórios de valvopatias de hospitais escola de Fortaleza-Ce. Compôs a amostra 127 pacientes com prótese valvar mecânica. Coletou-se os dados por meio de entrevista, avaliação da pressão arterial e medidas antropométricas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (Nº 422.098). Como resultados dos fatores condicionantes predominaram: sexo feminino (56,7%), faixa etária 40 a 59 anos (50,4%), estudaram mais de 5 anos (69,2%), casados/união estável (63,8%), procedentes de Fortaleza (54,3%), renda familiar de até um salário mínimo (53,5%), cor da pele não-branca (55,1%) e não exerce atividade laboral (80,3%). As práticas de autocuidado universal de maior incidência foram: higiene corporal (cabelos lavados-97,6%, banho diário-92,1%); higiene oral (escova os dentes ao dormir-87,4%); ingestão de líquidos (ingere água potável-95,2%); ingestão de alimentos (ingestão de sal \leq 2g/dia-92,1%, consumo de vegetais e frutas diariamente- 79,5%); eliminações intestinais (sem sangue, muco ou secreção purulenta-96%, ausência de parasitas-94,4%); eliminações urinárias (ausência de sangue ou pus-96,8%, frequência urinária de 4 a 6 vezes ao dia-96%). Como requisitos de autocuidado desenvolvimental predominaram: nunca usou drogas ilícitas, nem fumou, nem bebeu ou parou na descoberta da doença (70%). Como requisitos de autocuidado desvio de saúde tem-se: faz uso de medicação certa na dose certa (95,2%); comparecimento às consultas da equipe de saúde (cardiologista-92,1%; enfermagem-84,2%); controle do INR (identifica sinais de sangramento-85,8%); e conhecimento (57,4%). Os déficits de autocuidado universal foram: higiene corporal (unhas grandes ou sujas-43,6%, faz depilação com aparelho manual-77,2%), higiene oral (não usa fio dental-70,9%, usa palito de dentes-71,7%, não realiza visita ao dentista-65,4%), ingestão de alimentos (consumo desregular de alimentos que contem vitamina k - 33,1%, faz poucas refeições por dia- 36,3%); prática de exercício físico (não usa roupas adequadas-62,3%, faz exercício físico menos de 30 min-65,4%, faz exercício físico menos de 5 vezes na semana-70,9%,); sono e repouso (demora a dormir-37,1%). Como déficit de autocuidado de desvio de saúde destacou-se: não realiza controle laboratorial do INR (55,2%). Os consequentes do déficit de AC predominaram: eventos hemorrágicos (55,1%) e tromboembólicos (13,4%). Conclui-se que nenhum paciente com valva cardíaca mecânica segue todas as práticas de autocuidado nos requisitos universais, desenvolvimentais e desvio de saúde recomendadas, assim como nenhuma prática é seguida por todos os participantes do estudo. Portanto, é necessário que os profissionais dos ambulatórios de valvopatias estabeleçam estratégias para redução do déficit de autocuidado, considerando os fatores condicionantes do autocuidado dos pacientes.

Palavras-chaves: Enfermagem, Autocuidado, Valvas Cardíacas.

ABSTRACT

Patients with mechanical heart valve prostheses require regular monitoring of the health team during life, in order to practice self-care recovery and promoting their health. The main objective was evaluate the practice of self-care of patients with mechanical valve prosthesis, accompanied in nursing consultation. Specific objectives are to: identify the determining factors for the practice of self-care, considering sociodemographic and clinical indicators; verify the practices of self-care and self-care deficits in patients with mechanical valve prosthesis, and the consequent rise resulting from self-care deficit. This is a descriptive, cross-sectional quantitative study was carried out in two outpatient valve disease teaching hospitals in Fortaleza-Ceará-Brazil. The sample was composed by 127 patients with mechanical valve prostheses. Data were collected through individual interviews and assessment of blood pressure and anthropometric measurements. The project was approved by the Ethics and Research (N 422098). As a result of the conditioning factors predominated: female (56,7%), aged 40-59 years (50,4%), studied more than 5 years (69,2%), married/common-law marriage (63,8%), coming from Fortaleza (54,3%), family income up to the minimum wage (53,5%), non-white color of the skin (55,1 %) and not exercising labor activity (80,3%). The universal self-care practices of highest incidence were: personal hygiene (hair washed -97,6 % , daily bath 92,1%), oral hygiene (brushing teeth before sleep-87,4%), fluid intake (eat drinking water-95,2%), food intake (salt intake < 2g/dia-92,1%, consumption of vegetables and fruit daily- 79,5%); bowel eliminations (without blood, mucus or purulent-96%, no parasites-94,4%); urinary elimination (no blood or pus-96,8%, urination 4 to 6 times a day-96%). As requirements of developmental self-care predominated: never used illegal drugs, nor smoked, nor drank or stopped in the discovery of the disease (70%). As requirements for health deviation self-care have: makes use of certain medication at the right dose (95,2%), attending medical appointments, health team (cardiologist-92,1%; nursing-84,2%), control INR (identifies signs of bleeding-85,8%), and knowledge (57,4%). The deficits were universal self-care: hygiene (large or dirty fingernails-43,6%, makes hair removal device manual-77,2%), oral hygiene (does not use tooth wire 70,9%, use toothpick -71,7 % do not visit the dentist regular-65,4%), food intake (consumption deregulate food containing vitamin K- 33,1 % , makes fewer meals per day- 36,3%), exercise training physical (not wear clothes appropriate-62,3%, exercise less than 30 min-65,4%, exercise less than 5 times in week-70,9%), sleep and rest (sleep delay-37,1%) . As self-care health deviation deficit stood out: does not perform laboratory INR control (55,2%). Consequent of AC deficit predominated: bleeding events (55,1%) and thromboembolic (13,4%). It is concluded that no patient with mechanical heart valve follows all the self-care practices in universal, developmental, and health deviation of recommended requirements, thus as no practice is followed by all study participants. Therefore, it is necessary that the Outpatient Professional valvopathies establish strategies for reducing the self-care deficit, considering the factors that influence self-care of patients.

Descriptors: Nursing, Self-Care, Heart Valve.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Distribuição do número de pacientes, segundo as características sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2014. 41
- Tabela 2 - Distribuição dos pacientes com prótese valvar mecânica, considerando as características clínicas. Fortaleza-CE, 2014. 43
- Tabela 3 – Distribuição dos INR conforme as faixas terapêuticas e estabilidade durante as consultas de enfermagem. Fortaleza. CE, 2014. 45
- Tabela 4 – Comparação da prática do Autocuidado com os fatores condicionantes para o autocuidado. Fortaleza-CE, 2014. 52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação da Prática de autocuidado	38
Quadro 2 – Distribuição dos pacientes com prótese valvar mecânica, segundo os dados antropométricos. Fortaleza- CE, 2014.	44
Quadro 3 – Distribuição dos pacientes quanto aos escores na escala da prática do AC. Fortaleza – CE, 2014.	46
Quadro 4 – Distribuição dos pacientes com prótese valvar, considerando os requisitos de autocuidado universal. Fortaleza – CE. 2014.	47
Quadro 5 – Distribuição dos pacientes com prótese valvar, considerando os requisitos de autocuidado desenvolvimental. Fortaleza – CE. 2014.	49
Quadro 6 – Distribuição dos pacientes com prótese valvar, considerando os requisitos de autocuidado de desvio de saúde. Fortaleza – Ce. 2014.	50
Quadro 7 – Distribuição dos pacientes relacionados aos déficits de autocuidado. Fortaleza, CE. 2014	54

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	Doenças Valvares.....	19
3.2	Práticas de autocuidado para os pacientes com prótese valvar mecânica.....	22
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
5	METODOLOGIA.....	32
5.1	Tipo de estudo	32
4.2	Local do estudo.....	32
4.3	População e Amostra.....	34
4.4	Coleta de dados.....	28
4.5	Análise e apresentação dos resultados.....	40
4.6	Aspectos éticos – legais.....	40
6	RESULTADOS.....	41
7	DISCUSSÕES	55
8	CONCLUSÕES	77
	REFERÊNCIAS.....	80
	ANEXOS	89
	APÊNDICES.....	94

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas merecem atenção especial por, muitas vezes, serem passíveis de prevenção primária, secundária ou até mesmo terciária, por meio de uma prática de autocuidado eficaz voltada para minimizar ou controlar os fatores de risco modificáveis dessas doenças. Daí, têm-se como objeto do estudo a prática do autocuidado de pacientes com prótese mecânica de valva cardíaca.

Apesar da possibilidade de uma prática de autocuidado para prevenção de complicações, as doenças crônicas não transmissíveis representam cerca de 74% dos óbitos no Brasil, representando a principal causa de mortalidade no país. Do total de óbitos registrados em 2009 por todas as causas (cerca de um milhão de mortes), 742.779 foram por essas doenças (BRASIL, 2013).

O grupo de doenças crônicas é muito abrangente, incluindo as doenças cardiovasculares, o *diabetes mellitus*, o câncer, as doenças renais e as reumáticas, além dos agravos decorrentes das causas externas (acidentes, violências e envenenamentos) e os transtornos de natureza mental, contribuindo na carga global de doenças do Brasil (OMS, 2003).

Com relação às doenças cardiovasculares, elas são a principal causa de morte, representando 31,3% do total de óbitos com causa definida no ano de 2009 (BRASIL, 2013). No estado do Ceará, no ano de 2010, foram registrados 12.522 óbitos em decorrência de doenças cardiovasculares, correspondendo a 28% dos óbitos no Estado (BRASIL, 2013).

Dentre as doenças cardiovasculares, destacam-se as valvopatias ou doenças adquiridas das valvas cardíacas, que apresentam alta prevalência, e comprometimento na saúde dos pacientes, os quais precisarão de seguimento por anos, ou mesmo por toda vida, visando evitar complicações e/ou intervenção cirúrgica (GRINBERG; MOISÉS, 2009).

Destaca-se que essas patologias são responsáveis por cerca de 275.000 cirurgias para troca de válvulas cardíacas em todo o mundo anualmente, com mortalidade operatória oscilando de 1 a 15%, sendo influenciadas por variáveis como: tipo de válvula a ser operada, idade, sexo, classe funcional da insuficiência cardíaca, reoperação e presença de endocardite infecciosa (GUARAGNA *et al.*, 2010).

Quanto à taxa de mortalidade de cirurgia de troca valvar, constatou-se ser de 8% em análise de mais de 115.000 cirurgias realizadas no Brasil, entre 2000 e 2003 (GUARAGNA *et al.*, 2010). Taxa semelhante à encontrada nos Estados Unidos, que foi de

7,5% em 86.580 pacientes conforme dados publicados da STS *National Cardiac Surgery Database* (STEFANINI; KASINSKI; CARVALHO, 2005).

No ano de 2012, foram realizadas no Brasil 7461 procedimentos para troca de valva cardíaca, com predomínio de procedimentos realizados na região sul seguido da região nordeste, cuja taxa de mortalidade manteve-se em 8%. Esse valor reduz-se quando analisado somente o estado do Ceará que apresentou uma taxa de mortalidade de 4,62% no mesmo período (BRASIL, 2013).

Para redução da taxa de mortalidade por valvopatias, é fundamental que os pacientes que irão ser submetidos à cirurgia de troca valvar, disponham de um acompanhamento de toda a equipe de saúde, durante o período de internação, dando continuidade após a alta hospitalar. O cuidado planejado, sistematizado, competente e responsável oferecido ao paciente em todas as fases operatórias e um adequado seguimento ambulatorial por meio da educação para saúde contribui para uma melhor e mais rápida reabilitação (CARVALHO *et al.*, 2011).

Em contrapartida, para que sejam implementadas as orientações dos cuidados para o pós-operatório da cirurgia valvar, é necessário que o paciente seja um ser participativo no processo do cuidar, praticando o autocuidado para a prevenção de complicações e a promoção da saúde.

Promoção da saúde é definida como a capacitação das pessoas e comunidades com maior participação para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, segundo a Carta de Ottawa. O documento determina que as pessoas sejam empoderadas, que desenvolvam a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida (OMS, 2013). Assim, é necessário capacitar às pessoas portadoras de valvopatias para praticarem o autocuidado, visando prevenir complicações, recuperar e promover a sua saúde. Para tanto, precisa-se identificar os déficits de autocuidado dos pacientes para direcionar a assistência de enfermagem.

Para assistência ao paciente com prótese de valva cardíaca, a consulta de enfermagem surge como estratégia tecnológica de cuidado importante e resolutiva, respaldada por lei, privativa do enfermeiro, e que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento precoces, além da prevenção de situações evitáveis (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a consulta de enfermagem é definida como atividade diretamente prestada ao paciente, na qual são identificados problemas de saúde-doença e são prescritas e implementadas medidas de

enfermagem que contribuam para promoção, proteção recuperação ou reabilitação da saúde do paciente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2014).

Oliveira *et al.*, (2012) corroboram afirmando que a consulta de enfermagem configura-se em uma tecnologia que funciona melhorando o autocuidado à medida que permite ao paciente desenvolver habilidades próprias para melhorar sua qualidade de vida.

Diante do exposto, é necessário que o enfermeiro, como membro da equipe multiprofissional, realize consulta de enfermagem incluindo ações educativas, gerenciais, na coordenação e implementação da assistência de enfermagem para incentivar o paciente, à família e à comunidade a praticarem o autocuidado (CUSTÓDIO, 2012). O propósito da educação de pacientes é aumentar sua competência e sua confiança para a autogestão objetivando aumentar a sua responsabilidade e sua independência para o autocuidado (BASTABLE, 2010).

Assim, esse estudo fundamenta-se no modelo teórico de Dorothea Orem (1995) que determina como conceito de autocuidado a capacidade que o indivíduo tem de desempenhar ou praticar atividades em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, a saúde e o seu bem estar. Todo indivíduo tem competência e capacidade para executar ações de autocuidado, sendo este o próprio agente de autocuidado ou pode obter ajuda de terceiros para a ação do autocuidado necessário.

A incorporação da prática do autocuidado pelas pessoas com valvopatias deve ser o objetivo maior da consulta de enfermagem a elas dirigidas, pois os resultados ao longo da vida dependem das práticas adotadas para evitar as complicações decorrentes do procedimento.

Alguns tipos de autocuidado são universalmente necessários enquanto outros são somente em determinadas fases da vida ou em caso de doenças ou injúrias. Os requisitos de autocuidado universais são comuns a todos os seres humanos durante todo o ciclo vital relacionado às suas necessidades básicas. Os desenvolvimentais estabelecem a provisão de cuidados que apoiam os processos vitais e de desenvolvimento, durante determinados estágios da vida. E os de desvios da saúde constituem a demanda de autocuidado terapêutico, no qual existe para as pessoas enfermas, que apresentam formas específicas de patologias, deficiências ou incapacidades, que estejam sob diagnóstico e tratamento médico (OREM, 1995).

O paciente deve ter competência para exercer a prática de autocuidado como continuidade ao tratamento, o que implica em adquirir novos conhecimentos, habilidades e atitudes. Bem como, adaptar-se às condições impostas pela terapêutica, reunir os recursos necessários e engajar-se no processo de recuperação (SILVA, 2001).

Pode-se dizer que o conhecimento é o que as pessoas sabem; habilidade é como as pessoas fazem; atitude é o que elas fazem (RUTHES; FELDMAN; CUNHA, 2010). O conhecimento, habilidade e atitude necessitam ser compatíveis para o desempenho do autocuidado e o paciente ser capaz de colocar esse potencial em prática, sempre que for necessário.

A ampliação do conhecimento do paciente submetido ao implante de valva cardíaca acerca da prática do autocuidado pode ser consequente da atividade educativa por meio de informações e esclarecimentos que integram um processo de reflexões e perspectivas quanto às possibilidades de cada um em relação à sua adaptação a uma nova realidade concreta (DUTRA; COELHO, 2006).

Dentre as principais orientações fornecidas aos pacientes portadores de prótese valvar, abordados durante a consulta de enfermagem, estão os requisitos relacionados à prática de autocuidado, destacando-se: alimentação saudável, atividade física, uso regular das medicações, seguimento da terapia de anticoagulação a longo prazo e medidas de prevenção de endocardite infecciosa (GRIMBERG, 2004).

A adoção de uma dieta equilibrada com baixo teor de gordura saturada e de açúcar, além de alimentos com alto teor de fibras deve ser orientada. O padrão alimentar interfere na chance de eventos ateroscleróticos e, portanto, risco de morte de origem cardiovascular (SANTOS *et al.*, 2013). Para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve realizar, pelo menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-la (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Para a realização da anticoagulação oral, utilizam-se os anticoagulantes orais cumarínicos. Estes tem seu efeito monitorizado por um exame complementar que mede o tempo de coagulação do plasma, o qual é considerado a razão normalizada internacional (IIN, RNI ou INR) (TARASOUTCHI *et al.*, 2011).

Os valores de INR para o paciente com prótese valvar mecânica mitral e prótese aórtica na presença de fibrilação atrial, recomenda-se manter entre 2,5 e 3,5. Já para pacientes com prótese aórtica sem fibrilação atrial, recomenda-se manter o INR entre 2,0 e 3,0. Essas recomendações objetivam minimizar a chance de ocorrência de eventos tromboembólicos como também sangramentos (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS E ANTICOAGULANTES, 2013).

Samsa *et al.* (2004) reforçam que para um paciente com válvula cardíaca mecânica manter a anticoagulação a longo prazo significa aderir a um regime medicamentoso

por toda a sua vida. Manter o INR dentro da faixa terapêutica pode reduzir em mais de 30% os eventos adversos (HORSTKOTTE; PIPER, 2008).

A rotina de ingerir medicamento diariamente pode gerar um impacto negativo na vida dos pacientes. Porém, Carvalho *et al.* (2013), em um estudo para avaliar as mudanças na qualidade de vida dos pacientes que iniciam essa terapia anticoagulante, concluíram que após 6 meses de uso contínuo foi observado um impacto positivo na vida dos indivíduos, com a melhoria da qualidade de vida. Assim, essa atividade é considerada uma prática de AC para o paciente com prótese valvar cardíaca mecânica.

A endocardite infecciosa é uma complicação reconhecida das valvopatias, sendo frequentemente fatal e é causada por estreptococos presentes na flora normal da orofaringe e trato gastrointestinal. Para evitar tal infecção, recomenda-se a profilaxia antibiótica quando for submeter-se aos procedimentos dentários ou trato respiratório, genitourinário e gastrointestinal. Além disso, é importante que o paciente com prótese valvar mantenha uma boa saúde oral com duas visitas ao dentista por ano (TARASOUTCHI *et al.*, 2011).

Diante da importância da prática de AC para paciente com prótese valvar cardíaca, realizou-se uma busca de estudos sobre valva cardíaca nas bases de dados Publicações Médicas (PUBMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe de informação em Ciências da Saúde (LILACS) e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), utilizando o descritor de saúde (DeCS) “implante de prótese de valva cardíaca” e o equivalente no idioma inglês no MeSH “*heart valve prosthesis implantation*”, encontrou-se um total de 315 artigos nas três bases de dados. Na avaliação dos resumos, observou-se que os artigos tratavam do procedimento cirúrgico para a troca da válvula e estudos de caso. Não foram encontrados estudos que abordassem a prática do autocuidado de pacientes com valva cardíaca.

Este estudo é relevante diante da necessidade de avaliar a prática do autocuidado do paciente com prótese valvar cardíaca na consulta de enfermagem, considerando ser imprescindível para evitar complicações clínicas, especialmente para manter e/ou melhorar a qualidade de vida do paciente.

Diante do exposto, busca-se respostas para os seguintes questionamentos: como é a prática de autocuidado de pacientes com prótese valvar mecânica? Quais os fatores condicionantes para a prática do autocuidado desse paciente? Quais as práticas de autocuidado realizadas pelos pacientes com prótese valvar mecânica? Quais os déficits de autocuidado identificados nesses pacientes, considerando os requisitos universais, desenvolvimentais e desvio de saúde? Quais os consequentes clínicos decorrentes do déficit de autocuidado?

As respostas a tais questionamentos poderão direcionar os enfermeiros a aperfeiçoar sua assistência proporcionando conhecimento acerca da temática, estabelecendo os cuidados ao paciente portador de prótese valvar de acordo com a demanda de autocuidado desses pacientes. Espera-se contribuir para o avanço na assistência de enfermagem ao paciente portador de prótese valvar, estimulando o paciente para a prática do autocuidado, visando à prevenção dos agravos e promoção da saúde.

2 OBJETIVO

Geral:

Avaliar a prática do autocuidado de pacientes com prótese valvar mecânica, acompanhados na consulta de enfermagem.

Específicos:

- Identificar os fatores condicionantes para a prática do autocuidado de pacientes cardiopatas com prótese valvar mecânica, considerando os indicadores sociodemográficos e clínicos;
- Verificar as práticas de autocuidado realizadas pelos pacientes com prótese valvar mecânica;
- Averiguar os déficits de autocuidado de pacientes com prótese valvar mecânica;
- Levantar os conseqüentes decorrentes do déficit de autocuidado em pacientes com prótese valvar mecânica.

3.1 Doenças Valvares

A valvopatia cardíaca é uma fonte comum de disfunção cardíaca. As valvas cardíacas competentes mantêm um fluxo unidirecional de sangue pelo coração, bem como as circulações pulmonar e sistêmica. As valvas cardíacas doentes que restringem o fluxo anterógrado de sangue porque são incapazes de abrir completamente são referidas como estenóticas. As valvas estenóticas elevam a pós – carga e causam hipertrofia dos átrios e ventrículos bombeando contra a pressão aumentada (WOODS, 2005).

Essas alterações da função valvar podem ser causadas por diferentes etiologias: infecções (endocardite, abscesso de anel valvar), isquemia, degeneração (dissecção da aorta com insuficiência, prolapso da valva mitral, síndrome de Marfan), traumatismo, inflamação (febre reumática) e iatrogenias (TARASOUTCHI; GRINBERG, 2001).

A doença valvar é uma doença em evolução nos últimos anos, como resultado de diversos fatores, incluindo o aumento inegável das valvopatias de origem degenerativa pelo envelhecimento da população (SOUSA *et al.*, 2010).

A prevalência da doença cardíaca valvar, embora seja menor do que outras doenças cardiovasculares, como insuficiência cardíaca ou cardiopatia isquêmica, persiste como uma das principais fontes de assistência médica e consumo de recursos. Apesar da prevalência de valvopatia no Brasil ser elevada, dados sobre sua real prevalência e perfil clínico ainda são muito escassos (SOUZA *et al.*, 2010).

No Brasil, a doença valvar representa uma significativa parcela das internações por doença cardiovascular. Diferentemente de países mais desenvolvidos, a febre reumática (FR) é a principal etiologia das valvopatias no território brasileiro, responsável por até 70% dos casos (TARASOUTCHI *et al.*, 2011).

Os autores enfatizam que os dados brasileiros sobre FR são obtidos por meio de pesquisa feita no sistema Datasus, que se referem basicamente ao número de internações hospitalares e de intervenções valvares, subestimando o número real de casos de FR, uma vez que não inclui os pacientes que têm FR diagnosticada ambulatorialmente e que não necessitaram de internação. Estudos realizados na população de escolares em algumas capitais brasileiras estimaram a prevalência de cardite reumática entre 1 e 7 casos/1.000, enquanto nos Estados Unidos a prevalência está entre 0,1 e 0,4 casos/1.000 escolares.

O manejo clínico da valvopatia continua dependente da escolha ideal para o momento do tratamento intervencionista, uma vez que esse constitui a única opção capaz de

alterar a evolução natural da doença valvar. As medicações são utilizadas para tratar comorbidades e aliviar sintomas; além disso, medidas profiláticas são eficazes na prevenção da endocardite e surtos de atividade reumática (TARASOUTCHI *et al.*, 2011).

Portanto, quando um paciente é acometido por uma doença cardíaca de ordem valvar ele é submetido a dois tipos de tratamento que pode ser clínico ou cirúrgico, sendo este último realizado por plastias ou trocas de válvulas que podem ser substituídas por próteses biológicas ou metálicas. Estas próteses tem uma durabilidade indefinida, portanto o paciente que tem essa cardiopatia terá um diferencial em relação a outras cardiopatias que é a probabilidade de ser submetido a várias cirurgias ao longo da vida, motivo este causador de ansiedade, angústia e baixa auto-estima (LONGO, 1990).

Outra particularidade da valvopatia é o fato de geralmente ser descoberta quando o paciente ainda é adulto jovem, ou seja, ele passa a conviver com uma doença crônica que poderá levá-lo a várias limitações devido à evolução da própria doença e à necessidade de ser submetido frequentemente a cirurgias, hospitalizações e controles de medicamentos e da sintomatologia (ROMANO, 2001).

O mau prognóstico da história natural de valvopatias desencadeou o nascimento e o desenvolvimento da cirurgia cardíaca. O cardiologista tem que adquirir experiência na indicação do melhor momento para fazer cessar o curso da remodelação cardíaca adaptativa às anormalidades hemodinâmicas e proporcionar uma história pós-operatória benéfica para a qualidade de vida do paciente e/ou da função miocárdica. Como não existe iatrogenia-zero, o cardiologista precisa conhecer a face etiopatogênica do tratamento cirúrgico, manifesta em complicações imediatas e mediatas de naturezas essencialmente hemodinâmicas e infecciosas (GRIMBERG; ACCORSI, 2011)

Os autores ressaltam que o paciente com doença valvar reúne um conjunto de necessidades e influências clínicas sobre a qualidade de vida ao longo de crônica história natural e alta chance de vivência de história pós-operatória. Nesse contexto interdisciplinar, a formação do cardiologista não pode dispensar contatos com o racional histórico que levou à constituição de funções especiais de orientação e fiscalização de fundamentos éticos do exercício da Medicina, desempenhadas por comitês de profissionais no ambiente hospitalar.

Durante as últimas duas décadas, grandes avanços ocorreram nas técnicas de diagnóstico, no entendimento da história natural, nos procedimentos da cardiologia intervencionista e da cirurgia nas lesões valvares com uma expansão das informações, que permitiu a tomada de condutas clínicas mais adequadas (POMERANTZEFF; BARBOSA, 2004).

Os autores citam que com isso, os cirurgiões cardiovasculares se depararam com novos desafios como a mudança de perfil dos pacientes sendo crescente o número de procedimento cirúrgico em pacientes mais idosos, com graus de doença mais avançada ou portadores de doenças crônicas associadas, a pressão para a diminuição do período de internação hospitalar e dos custos dos procedimentos e da utilização de técnicas menos invasivas.

Com relação ao procedimento cirúrgico, as substituições valvares apresentam maior morbidade operatória e maiores taxas de tromboembolismo, hemólise e endocardite, quando comparadas às cirurgias conservadoras. As limitações das biopróteses estão relacionadas à sua durabilidade, associadas principalmente a ruptura e a calcificação. Tromboembolismo e hemorragia são as complicações mais temidas nos pacientes portadores de próteses mecânicas (POMERANTZEFF; BRANDÃO; PARDI, 2009).

Nessa última década ocorreu um incremento de novos procedimentos executados com auxílio de técnicas videoassistidas e do uso da robótica, através de pequenas incisões de acesso no tórax e no coração, conhecidos como procedimentos minimamente invasivos, e muito embora já existam relatos de séries de casos com milhares de pacientes operados com resultados animadores, manda a cautela que seja aguardada a avaliação de sua eficácia e a manutenção dos bons resultados em longo prazo em estudos em andamento (TARASOUTCHI *et al.*, 2011).

Dessa forma, para evitar as complicações decorrentes da prática deficiente de autocuidado, faz-se necessário um constante acompanhamento da equipe multidisciplinar que atende os pacientes com prótese valvar, assim como dos familiares, pois a evolução desses pacientes está diretamente relacionada com boas práticas e adesão da terapêutica durante toda a vida.

Deste modo, esses pacientes devem aderir às práticas de autocuidado como: alimentação saudável, cuidados com higiene oral, medicamentos, atividades físicas, controle rigoroso do INR, abstenção do tabagismo, consultas de enfermagem, cardiologista e dentista, dentre outros procedimentos e condutas necessárias para o tratamento e a reabilitação da saúde.

3.2 Práticas de Autocuidado para pacientes com prótese valvar mecânica

Para o paciente com prótese valvar cardíaca mecânica realizar a prática do autocuidado é necessário que os profissionais da saúde realizem estratégias de educação em saúde de forma que as pessoas possam atender as suas reais necessidades de atenção à saúde. Uma educação para a saúde eficaz serve como base sólida para o paciente aderir às práticas do autocuidado.

Nesse contexto, o autocuidado está relacionado com a promoção da saúde na medida em que viabiliza a saúde e qualidade de vida do paciente com prótese valvar cardíaca mecânica, pois contribui para a adesão de um comportamento adequado para realizar as mudanças no estilo de vida e evitar as complicações. O exercício das atividades de autocuidado necessita o conhecimento dos problemas de saúde, formas de tratamento, medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças (SANTOS; SILVA, 2002).

Assim, promover a saúde do paciente com prótese valvar mecânica esta relacionada com ações direcionadas para a prática do autocuidado, permitindo ao paciente ser corresponsável por seu tratamento e reabilitação, assim como realizar as suas atividades diárias.

Portanto, cada indivíduo deve realizar as práticas adequadas de autocuidado para o paciente com prótese valvar mecânica. Daí a necessidade de comentar sobre as principais práticas de autocuidado.

A alimentação nutricionalmente adequada pode atuar tanto na prevenção como no tratamento de doenças. Nesse sentido, torna-se cada vez mais evidente a importância da avaliação dos hábitos alimentares da população. Nos pacientes com prótese cardíaca valvar mecânica a baixa adesão de uma dieta equilibrada pode causar descontrole nos valores de INR com consequências para a manutenção de sua saúde.

Para os pacientes com prótese valvar mecânica em tratamento com anticoagulantes orais, este deve ter uma ingestão equilibrada e constante da vitamina K. Porém, ressalta-se que não é recomendada a abstenção desta vitamina visto que a redução acentuada da ingestão não exerce claro benefício no controle da INR, além de aumentar os riscos para a osteoporose (KLACK; CARVALHO, 2006).

Portanto, para uma adequação do plano alimentar é necessário uma orientação com nutricionista, possibilitando a aquisição de informações quanto a uma maior variabilidade alimentar de fontes de vitamina K, orientação de doses seguras, segundo a faixa etária e níveis da Razão Normalizada Internacional (INR), além de acompanhamento individualizado para tratamento e prevenção de comorbidades (KLACK; CARVALHO, 2006).

Além disso, recomendam-se os nutrientes saudáveis, como a redução do consumo de carnes vermelhas, dando preferência às carnes brancas (frango, peixe), evitar embutidos em geral, pois são ricos em colesterol. Procurar consumir diariamente frutas e vegetais, pois são fontes de vitaminas, minerais e fibras, utilizar óleos vegetais, deixando de lado as gorduras animais, evitar frituras em geral, reduzir o consumo de sal, limitando a ingestão total diária.

Alimentação, nutrição e a prática regular de atividade física são referidas como componentes de um modo de viver saudável, circunscrevendo-se na atualidade entre os determinantes e condicionantes da saúde, e ocupam lugar de destaque na agenda da saúde no mundo todo, em especial nas políticas de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006).

Com relação ao uso de anticoagulante oral, apesar da melhoria e da padronização do uso desses medicamentos, muitos problemas ainda são presentes como manutenção, controle laboratorial das doses do anticoagulante administrado, manuseio da anticoagulação exacerbada, sangramento dos pacientes anticoagulados, além de fenômenos trombóticos (CAVALHEIRO FILHO; RACHED, 2009).

Portanto, os autores enfatizam a importância da prevenção dessas complicações visto que é prevalente o uso de anticoagulação oral para necessidades profiláticas nos pacientes com prótese valvar mecânica.

O principal anticoagulante oral utilizado para os pacientes com prótese valvar mecânica é a varfarina. Ela interfere com a síntese hepática dos fatores de coagulação (II, VII, IX e X) dependentes da vitamina K. A ação tem início após várias horas, com duração de 2 a 5 dias, e tem meia-vida de ½ a 3 dias. A varfarina é bem absorvida pelo trato gastrointestinal e seu metabolismo é hepático. É antagonizada pela vitamina K e altera o valor do INR (CHEREGATTI; AMORIM, 2011).

Os autores ressaltam que a varfarina pode apresentar interação medicamentosa com o ácido acetilsalicílico, AINES, clopidogrel, ciprofloxacino, gatifloxacino, levofloxacino, moxifloxacino podem aumentar os efeitos da varfarina, álcool, barbitúricos, contraceptivos orais, alimentos que contenham grande quantidade de vitamina K, legumes frescos com alto teor de vitamina k.

Cavalheiro Filho e Rached (2009) citam as principais orientações com o uso da varfarina:

- administrar o ACO sempre com intervalo de uma hora das refeições, se possível com suco de laranja, pois a absorção é melhor em meio ácido;
- nunca deve ser tomada com leite,

- evitar uso de chá verde;
- orientar para que o paciente realize uma alimentação sem grandes variações, não suspender a dieta com base em verduras;
- evitar as medicações que fazem interação medicamentosa.

Desta forma, as orientações durante a consulta de enfermagem devem ser pautadas no sentido de evitar as complicações decorrentes do uso crônico de anticoagulante oral.

Outra prática de autocuidado que deve ser estimulada é a atividade física visto que dentre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares cita-se a inatividade física ou o sedentarismo como predisponente ao aparecimento ou à piora das doenças cardiovasculares (VASCONCELOS *et al.*, 2008). Portanto, é necessário um acompanhamento com relação a esta prática visto que esses fatores contribuem diretamente para um aumento da morbimortalidade cardiovascular.

Estudos epidemiológicos mostram relações inversas entre o nível de atividade física diária e a morbimortalidade por doença cardiovascular e diabetes tipo II, independente do grau de adiposidade (MCMAHAN, 2005), portanto esta deve ser estimulada levando em consideração as limitações físicas encontradas em cada paciente.

A incorporação da atividade física como hábito contribui efetivamente para o controle do peso corporal, podendo também atenuar o estresse emocional e outros fatores psicossociais relacionados à obesidade, regular reduz o risco de doença cardiovascular, alguns tipos de cânceres, auxilia no controle da pressão arterial e no diabetes tipo II. Além disso, a prática de atividade física, associada à dieta, melhora o perfil lipídico em longo prazo (CUNHA *et al.*, 2008).

Portanto, os pacientes com prótese valvar mecânica devem, de acordo com a determinação médica, realizar exercícios físicos regularmente; durante 5 dias na semana, por no mínimo 30min, não fazer exercícios em jejum, ter uma alimentação leve e em pequena quantidade; beber bastante líquido antes, durante e depois dos exercícios físicos; realizar aquecimento e alongamento antes e depois da atividade física; escolher roupas leves, confortáveis que proporcionem boa ventilação e uso de calçado adequado.

Com relação ao tabagismo, este é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1,2 bilhão de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres), sejam fumantes (OMS, 2014).

O fumo é fator causal de aproximadamente 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (ROSEMBERG, 2003). Portanto, esta prática deve ser monitorada durante a consulta de enfermagem, com orientações para que seja evitada a prática do fumo assim como o consumo de álcool e outras drogas.

No que concerne ao controle do INR, o fator importante para o sucesso do tratamento para pacientes com prótese valvar é o acompanhamento periódico e cuidadoso dos níveis de INR. A garantia de adesão ao tratamento por parte dos pacientes é uma tarefa difícil de ser realizada na prática clínica (RODRIGUES *et al.*, 2009).

Apesar da relevância prática de tornar o paciente conhecedor da sua terapia, a melhor estratégia para educar pacientes sobre anticoagulação ainda está para ser determinada (CROMHEECKE *et al.*, 2000).

A importância do controle rigoroso do INR é demonstrada em diversos estudos clínicos, que revelam que os distúrbios trombo-hemorrágicos ocorrem quando os níveis de anticoagulação estão fora dos parâmetros preestabelecidos e a segurança é conseguida em níveis terapêuticos (CAVALHEIRO FILHO; RACHED, 2009).

A monitorização do INR pode ser realizada de duas maneiras: por meio de coleta laboratorial ou utilizando monitores portáteis. Ressalta-se que o controle em ambulatórios especializados comprovadamente reduz a incidência de eventos tromboembólicos e hemorrágicos (MENEGHELO; LIPORACE; BARROSO, 2009).

Os autores citam que apesar de não haver padronização específica na frequência de monitoração, vários ambulatórios especializados seguem a determinação de após a estabilização do INR na faixa terapêutica o exame deve ser realizado mensalmente.

É de fundamental importância que os pacientes submetidos à cirurgia para troca valvar compareçam periodicamente às consultas médicas para avaliação do estado de saúde, principalmente do funcionamento cardíaco, e recebimento da prescrição do tratamento medicamentoso.

Da mesma forma, é imprescindível ser acompanhado na consulta de enfermagem, a qual deve ser individualizada, centrada no tratamento não medicamentoso, levando em consideração as alterações no estilo de vida e incentivando a prática do autocuidado, assim como a avaliação rigorosa do INR mensalmente.

Com relação à consulta odontológica, as Diretrizes Brasileiras de Valvopatias recomendam duas visitas por ano ao dentista como profilaxia para a endocardite infecciosa (EI), sendo esta patologia uma complicação reconhecida das valvopatias.

Uma higiene oral adequada deve ser estimulada e monitorada para os valvopatas visto que os estreptococos que fazem parte da flora normal da orofaringe e trato gastrointestinal causam pelo menos 50% das EI adquiridas na comunidade. Tem-se comprovado que as bacteremias espontâneas, de origem especialmente dentária e gengival, estão associadas a situações do dia-a-dia como escovação de dentes (0 a 50%), uso de fio dental (20% a 68%), uso de palito de dentes e mesmo mastigação de refeição (7% a 51%) (TARASOUTCHI et al., 2011).

Portanto, deve ser orientado que a higiene oral seja realizada três vezes ao dia, principalmente após as refeições, com o uso de fio dental uma vez ao dia, pelo menos, e evitar o uso de palito de dente, cabendo ao paciente examinar diariamente a mucosa oral.

O incentivo ao tratamento favorece maior sobrevivência, porém esse prolongamento da vida só é possível se a pessoa se sujeitar a praticar o autocuidado de maneira permanente e rigorosa.

4 REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO

Antes do desenvolvimento de suas teorias, a enfermagem estava subordinada a outras disciplinas, a prática de enfermagem era realçada apenas pelas tarefas tradicionais e ritualistas (MCEWENM; WILLS, 2009).

A busca de uma orientação da prática de enfermagem baseada em um conhecimento específico tem se tornado ao longo dos anos uma luta constante dos pesquisadores desta área. Este esforço ocorre para obter-se nova configuração conceitual capaz de permitir a transposição de suas ações para além do desenvolvimento de técnicas de enfermagem (PEREIRA *et al.*, 2011).

As teorias consistem em um conjunto de proposições que formam um sistema dedutivo e interrelacionado, pois ajudam a estimular a pesquisa e a extensão do conhecimento, fornecendo uma direção ao estudo. Assim, a teoria é um meio para interpretar, criticar e unificar leis estabelecidas, com intuito de adequá-las a sua formulação e para orientar a descobrir generalizações mais novas e mais amplas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Para este estudo, será utilizada a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, a qual foi desenvolvida de 1959 a 1985. Baseia-se na premissa de que os pacientes podem cuidar de si próprios. Primariamente, é usada em reabilitação e cuidados primários, quando o paciente é encorajado a ser independente o máximo possível (GEORGE, 2000).

A utilização desse referencial para a população em estudo justifica-se, pois os pacientes valvopatas acompanhados no ambulatório necessitam de atenção no que se refere ao tratamento e a prevenção de complicações. Exige que o enfermeiro realize um acompanhamento enfatizando a prática do autocuidado.

Autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento humano. As pessoas que se envolvem em seu autocuidado tem a capacidade de ação necessária, para agir deliberadamente regulando os fatores internos e externos que afetam a sua própria funcionalidade e desenvolvimento (OREM, 1995).

No desenvolvimento de sua teoria, Orem (1995) definiu os conceitos centrais que compõem o metaparadigma da Enfermagem, os quais revelam sua compreensão sobre Pessoa, Saúde, Sociedade/Ambiente e Enfermagem, descritos a seguir:

Pessoa é descrita como ser humano, enfatizando a unidade psicossomática, como sistema aberto, tendo várias modalidades de funcionamento. Para Orem, os seres humanos

diferem dos outros seres por sua capacidade de refletir sobre seu meio ambiente, simbolizar suas experiências, comunicar-se e agir em seu próprio benefício ou nos dos outros. Cada ser humano, como uma unidade complexa, é descrito com características físicas, psíquicas e intelectuais integradas, com desenvolvimento progressivo (OREM, 1995).

Ambiente está centrado na sociedade, na qual os grupos sociais são formados por pessoas que devem ser ajudadas para restabelecer suas responsabilidades, cabendo à enfermagem o papel de ajuda nessa obtenção e recuperação.

Saúde condiz com a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, como o estado de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de enfermidade ou doença (OMS, 1946). Ela declara os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais da saúde são inseparáveis no indivíduo. Ela também apresenta a saúde com base no conceito de cuidados preventivos de saúde. Esse cuidado de saúde inclui a promoção e manutenção da saúde (prevenção primária), o tratamento da doença ou ferimento (prevenção secundária) e a prevenção de complicações (prevenção terciária).

Enfermagem é a arte na qual o enfermeiro fornece assistência especializada às pessoas com inabilidade, de igual modo que uma assistência comum é necessária para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, para que a pessoa participe inteligentemente dos cuidados prestados. A arte da enfermagem é praticada, fazendo pela pessoa com inabilidade, ajudando-a a fazer por si própria e/ou ajudando-a a aprender como fazer por si própria (OREM, 1995).

Orem (1995) estabelece a relação entre esses quatro termos (pessoa, saúde, sociedade/ambiente e enfermagem) quando afirma que a Enfermagem é um modo de ajuda e um serviço humano, praticado deliberadamente pelas enfermeiras, com pessoas ou grupos, com limitações derivadas ou associadas à saúde, que os impeçam de conhecer e satisfazer suas necessidades de cuidado ou de seus dependentes, de maneira que, sob os cuidados da Enfermagem, suas condições ou do ambiente sejam mantidas ou alteradas.

A teoria elaborada por Orem não se constitui de uma teoria isolada, mas de um modelo teórico composto por três teorias inter-relacionadas: Teoria do Autocuidado; Teoria do Déficit de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Teoria do Autocuidado

Para Orem (1995), ação de autocuidado é a capacidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado. Tem, como propósito, as ações que, seguindo um modelo, contribuem, de maneira específica, na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano. Esses propósitos são expressos em ações denominadas requisitos de autocuidado.

O autocuidado é um conjunto de práticas exercidas por uma pessoa, com o intuito de conservar-se sadia, de recuperar sua saúde ou de minimizar os efeitos de uma doença sobre sua vida. Enfim, é tudo que uma pessoa pode fazer intuitivamente ou como resultado de um processo educativo em benefício de sua saúde (BRAGA, 2002).

Autocuidado à saúde representa muito mais do que a capacidade do indivíduo de “fazer coisas” por si e para si mesmo. Este conceito se refere ao comportamento que a pessoa, de maneira deliberada, responsável e eficaz, desempenha em seu próprio benefício para assegurar-lhe a vida, manter e promover a saúde e bem-estar (OREM, 1995).

A autora cita que um conceito adicional incorporado à teoria de autocuidado são os requisitos de autocuidado, os quais podem ser definidos como ações dirigidas à provisão de autocuidado (OREM, 1995). São eles:

a) **Requisitos universais:** estão associados com os processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. São comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo de vida e devem ser vistos como fatores interrelacionados. São eles: suprimento adequado de ar, água e alimentos; cuidados referentes à eliminação; equilíbrio entre atividade e repouso; solidão e interação social; perigos da vida; funcionamento humano; bem-estar e desenvolvimento potenciais; e desejo de normalidade;

b) **Requisitos de desenvolvimento:** estão relacionados aos processos de desenvolvimento humano e eventos ocorridos durante os vários estágios do ciclo vital, que podem afetar o desenvolvimento. Este requisito é derivado de alguma condição ou associado a algum evento. Os requisitos de autocuidado desenvolvimental são também expressões especializadas dos requisitos de autocuidado Universal que tem sido particularizados por processos desenvolvimental ou eles são requisitos novos derivados de uma condição (ex: gravidez) ou associados com um evento (ex: perda de um cônjuge ou um pai);

c) **Requisitos de desvio de saúde:** referem-se aos cuidados ou tomadas de decisão em relação ao problema de saúde identificado ou diagnosticado com o propósito de recuperação, reabilitação e controle.

Vale ressaltar que Orem (1995) apresenta também os fatores condicionantes básicos para o autocuidado, que são os fatores internos ou externos ao indivíduo, os quais afetam sua capacidade de engajar-se no autocuidado, como idade, sexo, estado de

desenvolvimento, estado de saúde, fatores socioculturais, familiares e ambientais, aspectos relativos ao sistema de assistência à saúde, ao padrão de vida, e à disponibilidade e adequação de recursos.

As ações necessárias para manutenção da vida, promoção da saúde e do bem-estar são denominadas demanda do autocuidado terapêutico. Porém, quando essa demanda é maior do que a capacidade que a pessoa tem, surge o déficit de autocuidado (MANZINI; SIMONETTI, 2009).

Teoria de déficit do autocuidado

Esta teoria foi descrita pela primeira vez na segunda edição do modelo, pois na versão anterior fez-se referência apenas às dimensões do autocuidado. Naquele momento, o déficit de autocuidado não configurava uma teoria (VITOR; LOPES; ARAÚJO, 2010).

A ideia central da Teoria do Déficit de Autocuidado é que as pessoas necessitam da enfermagem quando suas limitações para ações derivadas de saúde ou de cuidados de saúde resultam em incapacidade completa ou parcial, impedindo-as de conhecerem os requisitos de autocuidado existentes ou emergentes (OREM, 1995).

Ao identificar os déficits de Autocuidado (AC), o enfermeiro seleciona os métodos de ajuda, representados por uma série de ações capazes de superar ou compensar as limitações associados à saúde das pessoas para se engajar no autocuidado.

Orem (1995) cita os cinco métodos de ajuda, e reforça que o enfermeiro pode utilizar qualquer um, contanto que ofereça uma assistência que envolve o autocuidado: 1- Agir ou fazer para o outro; 2- Guiar o outro; 3- Apoiar o outro; 4- Proporcionar um ambiente que provoca o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; 5- Ensinar o outro.

Teoria de Sistemas de Enfermagem

Relaciona-se ao fato de a pessoa estar em situação de déficit de autocuidado e para compensá-lo, necessita do cuidado de enfermagem. Logo, essa teoria se propõe a explicar a maneira pela qual as pessoas são ajudadas pela enfermagem (SILVA; BRAGA, 2011).

Os sistemas de enfermagem podem ser produzidos para as pessoas que constituem uma unidade dependente de cuidados, para grupos cujos membros têm demandas de cuidados

terapêuticos com componentes similares ou que tenham limitações semelhantes para o engajamento no autocuidado ou de cuidados dependentes (OREM, 1995).

A teorista ainda cita que o sistema de enfermagem é classificado em:

- Sistema totalmente compensatório: quando a pessoa é incapaz de engajar-se nas ações de autocuidado.

- Sistema parcialmente compensatório: apresenta-se quando o indivíduo encontra-se parcialmente apto para desenvolver suas atividades de autocuidado, sendo necessário as ações de cuidado de enfermagem, quando tanto o paciente como o enfermeiro, podem exercer o papel principal na execução de medidas de cuidado.

- Sistema de apoio e educação: está relacionado ao fato de a pessoa que se encontra sob orientação e assistência ser capaz de aprender e desempenhar as ações de autocuidado terapêutico.

Enfatiza-se que a teoria de sistemas de enfermagem não será utilizada nesse estudo, visto que busca-se inicialmente a identificação da demanda de autocuidado para posteriormente utilizar a teoria de sistemas.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

O estudo foi do tipo descritivo, com delineamento transversal, de natureza quantitativa. Os estudos descritivos visam descrever as características de determinada população ou fenômeno (HULLEY *et al.*, 2008).

Gil (2006) acrescenta que algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação.

O delineamento transversal envolve a coleta de dados em um ponto do tempo, é especialmente apropriado para descrever o status do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). O estudo de corte transversal tem sido muito empregado no campo da saúde, produzindo momentos da situação de saúde de uma população ou comunidade (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2006).

O estudo é quantitativo, ao envolver a coleta sistemática de informações quantificáveis, além da análise dessa informação com a utilização da estatística (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em dois ambulatórios de anticoagulação que realizam acompanhamento dos pacientes com prótese cardíaca valvar mecânica, ambos localizados na cidade de Fortaleza-CE. Tais ambulatórios pertencem a um hospital escola federal e a um hospital escola estadual, ambos oferecem acompanhamento aos pacientes cardiopatas oriundos de todo o Estado e mesmo das regiões nordeste e norte do Brasil.

O hospital federal é um centro de referência para a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, assim como desempenha importante papel na assistência à saúde do Estado do Ceará, estando integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Como centro de referência para ensino serve como campo de estágio para os alunos de graduação e pós-graduação dos cursos de saúde da UFC e de outras universidades do Estado. Reúne profissionais qualificados, os quais produzem conhecimentos na área de pesquisa clínica, cirúrgica e farmacologia clínica.

A instituição é uma unidade terciária, atende pacientes dos 184 municípios do Ceará e das regiões Norte e Nordeste do país. Possui estrutura horizontal, conta com um total de 247 leitos. No ano de 2012 foram realizados 7574 internamentos de clínica médica, cirúrgica, pediátrica, UTI clínica e cirúrgica. No mesmo ano foram realizados 5032 procedimentos cirúrgicos. Nos anos de 2005 a 2012 constam o cadastro de 176 procedimentos cirúrgicos para troca valvar (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, 2013).

O hospital estadual é uma unidade terciária especializada no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares, é gerenciada pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) conveniada ao Sistema Único de saúde. O hospital é referência no transplante cardíaco de adultos e crianças, é pioneiro no Nordeste em implante de coração artificial, e em 2011 tornou-se o primeiro hospital do Norte e Nordeste a realizar transplante pulmonar.

Possui estrutura horizontal, conta com um total de 349 leitos sendo 265 leitos clínicos e cirúrgicos das especialidades cardiológicas e pneumológicas, 50 leitos de unidade de terapia intensiva (UTI), 14 de semi-intensiva e 20 destinados a pediatria, realiza 802 internações por mês (HOSPITAL DE MESSEJANA, 2013).

O referido hospital realiza cerca de 700 cirurgias cardíacas por ano, contemplando: revascularização do miocárdio, cirurgia valvares, transplante cardíaco, implante de coração artificial e outros. Nos anos de 2011 e 2012 foram realizadas 410 cirurgias para troca valvar.

Nos dois ambulatórios de valvopatias deste estudo, atua uma equipe de enfermeiros, atendendo pacientes no pós-operatório de cirurgia valvar, além de realizarem o acompanhamento de outros pacientes em uso de terapia anticoagulante oral (ACO) como os portadores de fibrilação atrial, portadores de *stents* cardíacos e pacientes que apresentaram algum evento tromboembólico como TVP ou embolia pulmonar.

São realizados atendimentos pelo profissional enfermeiro aos pacientes com prótese valvar, por meio da consulta de enfermagem. Após a alta hospitalar, o paciente é encaminhado ao ambulatório. A primeira consulta é agendada no primeiro mês após o procedimento cirúrgico.

As consultas subsequentes poderão ser agendadas semanalmente, mensalmente ou a cada dois meses. A frequência da consulta irá depender do monitoramento do INR. Vale ressaltar que sempre haverá uma flexibilidade em relação à necessidade de atendimento caso o paciente apresente alguma complicação decorrente do uso de ACO.

O ambulatório do hospital federal funciona de segunda a sexta feira no período da manhã das 8h às 12h e no período da tarde das 14h às 17h, atendendo cerca de 15 pacientes por turno. O ambulatório do hospital estadual funciona de segunda a quinta feira no período da manhã das 8h às 11h, atendendo cerca de 15 pacientes, todos pré – agendados.

5.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída pelos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca de troca valvar mecânica, acompanhados no ambulatório de valvopatias dos dois hospitais do estudo, sendo 176 no hospital federal e 410 no hospital estadual.

A amostra do estudo foi composta pelos pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter realizado a cirurgia cardíaca de troca valvar mecânica; idade ≥ 18 anos; e comparecer à consulta de enfermagem agendada no ambulatório da referida instituição no período da coleta de dados. E como critério de exclusão: recusar participar da pesquisa e apresentar, no momento da consulta, instabilidade hemodinâmica.

A utilização de prótese valvar mecânica sempre foi a mais prevalente entre as próteses de escolha para a substituição de valva cardíaca. No entanto, em uma publicação recente da Sociedade Americana de Cirurgia Torácica, mostrou uma redução do uso de prótese mecânica nessa última década, de 68% em 2000 para 37% em 2007, com um aumento significativo do uso de prótese biológica. As razões apontadas incluem a maior durabilidade de próteses biológicas atuais e a redução na mortalidade, entre 2,2% e 4,7%, nas reoperações para retroca valvar (TARASOUTCHI *et al.*, 2011).

Para o cálculo do tamanho da amostra fixou-se P em 50%, haja vista que esse valor implica em tamanho máximo de amostra. Fixou-se o nível de significância de 5% e um erro amostral absoluto de 7,7%. Esses valores aplicados na fórmula abaixo, indicada para populações finitas (N=586), proporcionou uma amostra n igual a 127.

$$n = \frac{Z_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}{e^2(N-1) + Z_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}$$

Onde:

$$Z_{5\%} = 1,96;$$

$$P = 50\%;$$

$$Q = 50\%$$

$$N = 586$$

$$e = 7,7\%$$

Os pacientes foram selecionados de forma aleatória, de acordo com o agendamento ao ambulatório no período da coleta de dados.

Vale ressaltar que durante a coleta, um total de 15 pacientes recusaram-se a participar da entrevista. Além de ter sido observado uma elevada taxa de absenteísmo as consultas agendadas.

5.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2013 a janeiro de 2014. Para tanto, após os pacientes atenderem aos critérios de inclusão, era realizada uma explanação sobre o estudo com a leitura do termo de consentimento. Após a assinatura do termo iniciava-se a coleta dos dados.

Realizou-se a coleta de dados por meio de entrevista e verificação dos dados antropométricos e pressão arterial. O tempo de duração para coleta de dados com cada paciente levou cerca de 20 a 30 minutos.

A entrevista com os pacientes foi realizada no período pré ou pós consulta de enfermagem aos pacientes com prótese valvar mecânica. O roteiro de entrevista (Apêndice A) foi construído baseado na Teoria do autocuidado de Orem (1995) e na Diretriz Brasileira de Valvopatias (TARASOUTCHI *et al.*, 2011), constando perguntas abertas e fechadas, pertinentes ao alcance dos objetivos.

O instrumento de coleta de dados foi dividido em quatro partes: a primeira abordou os aspectos relacionados aos fatores condicionantes (dados de identificação) que interferem na prática do autocuidado de paciente portador de prótese valvar, considerando os indicadores: sexo, idade, escolaridade, estado civil, procedência, renda familiar, cor da pele, ocupação e prática religiosa.

A segunda parte abordou também os fatores condicionantes (dados clínicos), os quais foram: valvopatia, tipo de válvula, histórico de febre reumática, tempo de cirurgia, história familiar, história patológica pregressa (dislipidemia, IC, obesidade, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica e controle da pressão arterial) e uso de medicamentos, incluindo o ACO, valor de INR e estabilidade do INR.

O levantamento do fator de risco cardiovascular obesidade foi realizada mediante a verificação dos dados antropométricos, considerando-se: peso, estatura, circunferência abdominal e do quadril.

Para medir o peso foi utilizado uma balança digital, com display luminoso, capacidade máxima de 200kg com divisão de 100g. Para medir a altura, foi utilizada uma fita métrica de 1,5 metros, inelástica, graduada em 0,1cm que foi fixada na parede com um

desconto de meio metro do nível do chão, alcançando uma altura máxima de 2 metros. Foi solicitado ao paciente que adotasse uma postura ereta, com calcâneo encostado na parede e cabeça reta. A partir desses dados, calculou-se o IMC em kg/m^2 , dividindo o peso em quilogramas pela altura em metros ao quadrado.

Para o cálculo do IMC foi utilizado o critério da NHLBI (2000) que utiliza os seguintes pontos de corte para adultos: baixo peso $\text{IMC} < 18,5\text{kg/m}^2$, eutrofia IMC entre $18,5\text{kg/m}^2$ e $24,9\text{kg/m}^2$, sobrepeso IMC entre 25 e $29,9\text{kg/m}^2$, obesidade grau I IMC entre 30 e $34,9\text{kg/m}^2$, obesidade grau II IMC entre 35,0 e $39,9\text{kg/m}^2$ e Obesidade extrema o $\text{IMC} \geq 40\text{kg/m}^2$.

A medição da circunferência abdominal (CA) foi avaliada com o indivíduo de pé, ao final da expiração, no ponto médio entre o último arco costal e a crista íliaca anterossuperior, com fita inelástica. Foi utilizado como parâmetros de normalidade o valor $< 102\text{cm}$ para homens e $< 88\text{ cm}$ para mulheres (NHLBI, 2000).

A medida da pressão arterial foi realizada pelo método indireto, com técnica auscultatória e com o uso de esfigmomanômetro aneróide, medindo 12cm de largura por 23cm de comprimento (tamanho padronizado para adultos), devidamente calibrado, de acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010). O paciente esteve na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. Na primeira avaliação, as medidas foram obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, utilizou-se como referência o braço com o maior valor para as medidas subsequentes.

Foram realizadas três medidas da pressão arterial com um minuto de intervalo entre elas. A média das duas últimas foi considerada a real.

Para a medida da pressão arterial seguiu-se as recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), conforme exposto a seguir:

1. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
2. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
3. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica;
4. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
5. Inflar rapidamente até ultrapassar em 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação;
6. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo);

7. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco, seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
8. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff);
9. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
10. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero;
11. Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida, embora esse aspecto seja controverso, nesse estudo esperou-se;
12. Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente;
13. Registrar.

O uso de ACO precisa de ajustes da dose conforme controle rigoroso do derivado do tempo de protrombina (TP), o INR, o qual é coletado na chegada do paciente no ambulatório, utilizando um medidor de coagulação simples e seguro que dá os resultados em apenas um minuto com uma pequena gota de sangue chamado Coaguchek®.

O sistema Coaguchek® é um dispositivo portátil, alimentado por baterias, que consiste de um fotômetro laser. Para realização do teste, uma gota de sangue capilar, é coletada da polpa digital dos pacientes. Essa coleta era realizada pelos profissionais das referidas instituições, os quais registravam os valores do INR em uma ficha individual de acompanhamento (ANEXO 1 e 2), existentes nas instituições.

Para obtenção dos valores do INR dos pacientes, a pesquisadora solicitava a cada paciente sua ficha individual de acompanhamento para averiguar o valor atual do INR mais os cinco últimos valores dos meses anteriores, os quais eram registrados no instrumento de coleta de dados (Apêndice A).

A avaliação do INR foi realizada de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes em Cardiologia (2013), que recomendam que os valores de INR para o paciente com prótese valvar mecânica mitral e prótese aórtica na presença de fibrilação atrial, mantenham-se entre 2,5 e 3,5. Já para pacientes com prótese aórtica sem fibrilação atrial, a recomendação é manter o INR entre 2,0 e 3,0. O intervalo entre os valores é denominado faixa terapêutica.

A estabilidade do INR foi calculada usando a quantidade de INR dentro da faixa terapêutica dividido por seis (equivalente às últimas seis coletas do INR), visto que as coletas eram realizadas em intervalos de 30 a 60 dias proporcionando uma avaliação do INR de no

mínimo 6 meses. Por exemplo, um paciente com faixa terapêutica do INR de 2,0 a 3,0 obteve nos últimos seis meses os seguintes valores: INR1=2,0; INR2=1,5; INR3=2,4; INR4=1,85; INR5=2,8; INR6=4,2, constatando três valores de INR dentro da faixa terapêutica, equivalendo a 50% de estabilidade.

A utilização do INR tem sido proposta como forma de eliminar as diferenças nos resultados dos testes interlaboratoriais causados pelo uso de tromboplastinas com sensibilidades diferentes. O INR é calculado pelo tempo de protrombina do paciente dividido por um tempo de protrombina normal de referência, utilizando coeficiente conhecido como Índice de Sensibilidade Internacional (ISI). O ISI é uma medida de sensibilidade da tromboplastina/aparelho para os fatores de coagulação. Os valores do ISI são designados por comparação a uma tromboplastina primária, usada como referência pela Organização Mundial da Saúde e que, por definição, possui um ISI igual a 1,0 (MENEGHELO; LIPORACE; BARROSO, 2009).

A terceira parte levantou os dados relacionados ao autocuidado. Para tanto utilizou-se um roteiro que foi construído por Custódio (2012) em estudo que avaliou a prática do autocuidado de pacientes após transplante cardíaco, sendo este adaptado para a população do estudo, paciente com prótese cardíaca metálica.

O instrumento contempla os Requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e desvios de saúde. Os requisitos universais de autocuidado foram abordados os seguintes aspectos: higiene corporal, higiene oral, ingestão de líquidos, ingestão de alimentos, eliminações intestinal e urinária, prática de exercício físico e sono e repouso, contando com sete itens das práticas de autocuidado. Para o requisito de autocuidado desenvolvimental foram abordados os seguintes aspectos: tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas, sendo considerado como um item da prática do autocuidado. Para os requisitos relacionados aos desvios de saúde foram abordados: uso regular da medicação, comparecimento às consultas da equipe de saúde, controle do INR, conhecimento acerca da doença e tratamento, contando com 4 itens da prática de autocuidado.

Ao total foram avaliadas 12 práticas de autocuidado distribuídos entre os requisitos de autocuidado, os quais foram levantados por meio de entrevista diretamente ao paciente. Caso o paciente referisse que praticava o cuidado este era assinalado com “X” e depois pontuado conforme exposto no Apêndice A.

Ressalta-se que, alguns itens dos requisitos universais, desenvolvimentais e desvios de saúde tiveram pontuação diferenciadas. Os itens higiene oral, ingestão de

alimentos, tabagismo, etilismo, drogas ilícitas, uso regular da medicação, controle do INR e comparecimento às consultas da equipe de saúde tiveram peso 2 na pontuação.

Os itens citados contemplam as orientações de Tarasoutchi *et al.* (2011) presentes nas Diretrizes Brasileiras de Valvopatias de que as complicações mais comuns e clinicamente mais significativas da substituição da valva a longo prazo são os eventos embólicos e hemorrágicos e as endocardites. Além disso a doença valvar está associada aos fatores de risco tradicionais para aterosclerose como dislipidemia e tabagismo.

Os autores citam ainda que o paciente portador de prótese valvar deve ser instruído a aderir aos cuidados essenciais para o bom desempenho desse dispositivo, e a submeter-se, no mínimo, a exame clínico anual para acompanhamento (comparecimento às consultas com a equipe de saúde) (TARASOUTCHI *et al.* 2011).

A quarta parte do instrumento abordou os consequentes clínicos decorrentes dos indicadores relacionados ao déficit de autocuidado: eventos hemorrágicos, eventos tromboembólicos, endocardite, disfunção da prótese e incompatibilidade prótese-paciente.

5.5 Análise e apresentação dos resultados

Os dados foram armazenados em um banco de dado processados no SPSS, versão 20.0 (licença nº 10101131007) e analisados de forma estatística e descritiva. Os resultados foram organizados e apresentados em forma de tabelas e quadros.

Foram calculadas as médias e desvios padrão das variáveis sociodemográficas. Os testes *t* de Student e F de Snedecor (ANOVA) foram utilizados para comparar a média das variáveis quantitativas. Para os testes de proporção foram utilizados o teste de *qui*-quadrado e a razão de verossimilhança. Foram consideradas como estatisticamente significativas as análises com $p < 0,05$.

Após levantar os dados, de acordo com a descrição dos procedimentos das práticas de autocuidado, a pontuação alcançada foi categorizada utilizando a classificação baseada nos tercis $P_{33,3}$ e $P_{66,6}$. Assim, ficaram as três faixas: abaixo de 58, entre 59 e 68 e de 68 até 83 (que foi a pontuação máxima encontrada).

Portanto para a classificação da prática do autocuidado, ficou determinado de acordo com o Quadro 1, exposto a seguir:

Quadro 1: Classificação da Prática de autocuidado

Classificação da Prática de Autocuidado	Pontuação
Deficiente	Até 58
Regular	59 – 68
Excelente	69 – 83

5.6 Aspectos ético-legais

O estudo respeitou os princípios da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos, bem como os princípios éticos em pesquisa (BRASIL, 2012).

Os participantes foram esclarecidos quanto aos propósitos do trabalho, podendo decidir livremente sobre sua participação. Foi respeitado, também, o direito de desistência no decorrer do estudo, se assim o quiser. Os sujeitos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Os participantes foram tratados com dignidade e respeito em sua autonomia. O princípio da beneficência foi respeitado, pois foi garantido o comprometimento com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos para os envolvidos assim como foram evitados os danos previsíveis.

O anonimato foi garantido e assegurado a confidencialidade e a privacidade garantindo a utilização das informações em benefícios das pessoas e utilizadas apenas no âmbito deste estudo, respeitando assim, o princípio de justiça.

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil sendo apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, bem como das instituições onde foram coletados os dados, recebendo parecer favorável com protocolo N° 422.098 (Anexo 3).

6 RESULTADOS

Para apresentação dos resultados, serão apresentados os fatores condicionantes para o autocuidado, considerando os dados sociodemográficos e clínicos da população em estudo, os dados relacionados à prática e ao déficit do autocuidado e os consequentes clínicos.

6.1 Fatores condicionantes para o autocuidado: características sociodemográficas dos pacientes com prótese cardíaca valvar mecânica.

A amostra composta por 127 pacientes com prótese valvar mecânica é apresentada na tabela 1, segundo os fatores condicionantes para o autocuidado.

Tabela 1- Distribuição do número de pacientes, segundo as características sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2014

Características	Nº	%
Sexo		
Feminino	72	56,7
Masculino	55	43,3
Idade (ano)		
20 – 39	28	22,0
40 – 49	32	25,2
50 – 59	32	25,2
60 – 85	35	27,6
Estado Civil		
Solteiro	24	18,9
Casado/União Estável	81	63,8
Viúvo	13	10,2
Separado/Divorciado	9	7,1
Procedência		
Fortaleza	69	54,3
Interior do Ceará/Outro estado	58	45,7
Anos Estudados		
0 – 4	39	30,7
5 – 10	60	47,2
11 – 17	28	22,0
Atividade Laboral		
Não	102	80,3
Sim	25	19,7
Renda familiar (Salário mínimo)		
≤ 1	68	53,5
1,1 – 2,0	32	25,2

2,1 – 3,0	11	8,7
3,1 – 30,0	16	12,6
Cor da pele		
Branca	57	44,9
Não – branca	70	55,1
Prática Religiosa		
Católica	94	74
Evangélica/outra	33	26

Com base na tabela 1, verificou-se a predominância do sexo feminino (56,7%), este fato pode ser em decorrência de as mulheres procurarem mais a assistência de saúde especializada. A idade variou de 20 a 85 anos, cuja faixa etária predominante foi de 40 a 59 anos (50,4%), correspondendo aos adultos.

Quanto ao estado civil, houve a prevalência de casados/união estável (63,8%) dentre os pacientes com prótese valvar mecânica. Em relação a procedência do paciente, sendo constatado que a maioria dos pacientes (54,3%) era procedente de Fortaleza.

Outro fator condicionante que pode interferir no autocuidado são os anos de estudo, no qual 69,2% dos pacientes com prótese valvar mecânica estudaram mais de 5 anos. Quanto à atividade laboral, 80,3% não exerciam nenhuma atividade. Vale ressaltar que 49,6% dos pacientes, já eram aposentados ou pensionistas.

Quanto à renda familiar, variou de 1 a 30 salários mínimos, considerando o salário mínimo de 724,00 reais, constatou que 53,5% dos pacientes com prótese valvar recebiam até um salário mínimo, ou seja, a maioria pertencia à baixa classe econômica, o que pode trazer limitações no desenvolvimento do tratamento, tanto o farmacológico como o não farmacológico.

Em relação à cor da pele, dos 127 pacientes com prótese valvar mecânica entrevistados, a maioria (55,1%) tem a cor da pele não-branca (pardas e negras), sabe-se que pessoas da raça negra tem risco elevado para as doenças cardiovasculares. A prática religiosa predominante foi católica (74%), mas referiram outras crenças, como evangélica e espiritismo.

6.2 Fatores condicionantes para o autocuidado: características clínicas dos pacientes com prótese cardíaca valvar mecânica.

Na tabela 2, constam os fatores condicionantes para o autocuidado considerando as características clínicas dos 127 pacientes portadores de prótese valvar

mecânica caracterizando-os quanto a história familiar de doenças cardiovasculares, doenças associadas, valvopatia, tipo de válvula, tempo de cirurgia.

Tabela 2- Distribuição dos pacientes com prótese valvar mecânica, segundo as características clínicas. Fortaleza-CE, 2014

Características clínicas relacionadas à cirurgia valvar	Nº	%
História familiar de doenças cardiovasculares		
Sim	63	49,6
Não	62	48,8
Não especificado	2	1,6
Doenças Associadas		
Hipertensão Arterial	64	50,4
Insuficiência Cardíaca	28	22
Dislipidemias	24	18,9
Diabetes Mellitus	8	6,3
Febre Reumática	72	56,6
Valvopatia		
Estenose mitral	16	12,6
Insuficiência Aórtica	16	12,6
Estenose Aórtica	9	7,1
Dupla lesão (aórtica/mitral)	4	3,2
Insuficiência mitral	4	3,1
Não especificado	78	61,4
Tipo de Válvula		
Mitral	66	52
Aórtica	44	34,6
Mitral/Aórtica	17	13,4
Tempo de cirurgia (ano)		
Até 5	43	34,1
5 – 10	32	25,4
> 10	51	40,5
Medicamentos em Uso		
ACO (varfarina)	127	100
Anti-hipertensivos	58	45,7
Betabloqueador	46	36,2
Diuréticos	34	26,8
Penicilina Benzatina	16	12,5
Hipolipemiantes	15	11,8
Digitálicos	12	9,4

Em relação ao histórico familiar de doenças cardiovasculares, evidenciou-se que 49,6% dos pacientes afirmaram ter antecedentes familiares com patologia relacionada ao

sistema cardiovascular. O grau de parentesco mais prevalente é o do pai com 69,3%, seguido da mãe com 16,5%.

Quanto à presença de outras comorbidades, verificou-se que 50,4% dos portadores de prótese valvar eram portadores de HAS e 22% tinha Insuficiência Cardíaca. O histórico de febre reumática esteve presente em 56,6% dos portadores de prótese valvar mecânica

Em relação à valvopatia que levou ao procedimento cirúrgico, 61,4% dos pacientes não souberam informar a causa da cirurgia. A estenose mitral e insuficiência aórtica estavam presentes em 12,6% dos pacientes. Quando analisou-se isoladamente o tipo de válvula acometida, sem especificar o tipo de lesão tem-se que o acometimento da válvula mitral esteve presente em 52% dos pacientes.

Quanto ao tempo de cirurgia, variou de menos de 1 ano a 41 anos, dos quais 40,5% dos pacientes realizaram a cirurgia há mais de 10 anos. O ACO utilizado por todos os pacientes foi a varfarina. Em decorrência das comorbidades existentes, outros medicamentos também eram utilizados, tais como anti-hipertensivos (45,7%) e betabloqueadores (36,2%).

Quadro 2 - Distribuição dos pacientes com prótese valvar mecânica, segundo os dados antropométricos. Fortaleza- CE, 2014.

Dados antropométricos	Nº	%	Média ± DP
IMC			26 ± 4,7
< 18,5	1	0,8	
18,5 – 24,9 kg/m ²	55	43,3	
25 – 29,9 kg/m ²	49	38,6	
≥ 30 kg/m ²	22	17,3	
CA adequada			94,3 ± 10,7
Mulheres (< 88cm)			
Sim	28	38	
Não	44	62	
Homens (< 102 cm)			
Sim	42	76	
Não	13	23	

IMC – índice de massa corporal; CA – circunferência abdominal.

Com relação ao Quadro 2, observou-se que 43,3% dos pacientes encontravam-se com IMC entre 18,5 – 24,9 kg/m² sendo classificados como eutróficos. Porém, a maioria (55,1%) encontrava-se com IMC igual ou acima de 25 kg/m² caracterizando excesso de peso corporal. A média do IMC de todos os pacientes foi 26kg/m².

Com relação a CA, medida que confere riscos cardiovasculares, observou-se que dentre as mulheres, 38% encontravam-se com os valores normais ($\leq 88\text{cm}$). Já os homens, 76% encontravam-se com valores normais ($\leq 102\text{cm}$).

As medidas antropométricas refletem o cuidado de cada paciente com o peso corporal decorrentes de alimentação saudável e prática de atividade física, seus valores fora dos parâmetros estabelecidos confere risco elevado para as doenças cardiovasculares, e relacionam-se diretamente com os valores da pressão arterial.

6.2.1 Avaliação do INR

Considerando que os eventos hemorrágicos e tromboembólicos são as principais complicações dos pacientes com prótese valvar mecânica, foram avaliados os limites terapêuticos do INR e a estabilidade do INR, conforme tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição do INR conforme as faixas terapêuticas e estabilidade durante as consultas de enfermagem. Fortaleza. CE. 2014.

AVALIAÇÃO INR	Nº	%
Limite terapêutico do INR		
Abaixo da faixa terapêutica	273	48,4
Dentro da faixa terapêutica	212	37,6
Acima da faixa terapêutica	79	14
Estabilidade do INR nas consultas de enfermagem		
$\leq 50\%$	79	71,7
51 – 75%	16	14,6
$> 75\%$	15	13,7

Na tabela 3, consta a avaliação do INR conforme a adequação da faixa terapêutica e estabilidade. A faixa terapêutica é determinada de acordo com o tipo de válvula operada e a presença de arritmia cardíaca. Foram considerados valores dentro da faixa terapêutica o valor de INR entre 2,5 e 3,5 para o paciente com prótese valvar mecânica mitral e prótese aórtica na presença de fibrilação atrial. Já para pacientes com prótese aórtica sem fibrilação atrial os valores normais estão entre 2,0 e 3,0.

Foi registrado um total de 564 valores de INR. Não foi possível o registro dos 762 propostos inicialmente, que seriam 127 pacientes vezes 6 avaliações de INR, devido à falta desse valor na ficha individual de acompanhamento de alguns pacientes.

Observa-se que houve a predominância de pacientes com INR fora da faixa terapêutica preconizada (62,4%). Os pacientes que apresentaram INR dentro faixa terapêutica

foram 37,6%. É necessário que o paciente permaneça mais tempo dentro da faixa terapêutica, diminuindo assim o risco de eventos hemorrágicos ou tromboembólicos.

Com relação a estabilidade do INR durante as consultas de enfermagem, observou-se que 71,7%, dos pacientes com prótese valvar mecânica estiveram com INR dentro da faixa terapêutica em até 50% ou menos das consultas de enfermagem realizadas. Apenas 13,7% dos pacientes com prótese valvar mecânica estiveram com INR dentro da faixa terapêutica em mais de 75% das consultas realizadas, nos últimos 6 meses avaliados.

Esta estabilidade foi calculada mediante os valores do INR do dia da entrevista e os dos meses anteriores registrados na ficha individual de acompanhamento.

Com estes resultados pode-se inferir que os pacientes do estudo permaneceram mais tempo com INR fora da faixa terapêutica aumentando os riscos de eventos hemorrágicos e tromboembólicos. Este fato demonstra uma prática deficiente de AC referente ao controle rigoroso do AC.

6.3 Prática do Autocuidado do paciente portador de prótese valvar mecânica.

6.3.1. Escores da Prática do Autocuidado

Na Quadro 3, evidenciam-se os escores relacionados à prática do autocuidado dos pacientes com prótese valvar mecânica, cuja pontuação dos escores dos pacientes que variou 34 a 83 pontos.

Quadro 3 - Distribuição dos pacientes quanto aos escores na escala da prática do AC. Fortaleza – CE, 2014.

Prática do autocuidado	Nº	%
Excelente (69 – 83 pontos)	40	31,5
Regular (59 – 68 pontos)	42	33,1
Deficiente (Até 58 pontos)	45	35,4

Os escores da prática do autocuidado dos pacientes com prótese valvar mecânica apresentaram variação de 34 a 83. A partir do somatório dos escores da prática do AC, constatou-se que 31,5% estavam excelentes. No entanto, 66,5% estavam regular ou deficiente, o que demonstra um déficit de AC dos pacientes com prótese valvar cardíaca mecânica.

6.3.2 Requisitos relacionados ao autocuidado universal

No quadro 4, constam as práticas do AC realizadas pelos pacientes com prótese valvar mecânica.

Quadro 4 – Distribuição dos pacientes com prótese valvar, considerando os requisitos de autocuidado universal. Fortaleza – CE. 2014.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	Nº	%
HIGIENE CORPORAL		
Cabelos lavados	124	97,6
Banho diário	117	92,1
Mãos lavadas com água e sabão sempre que necessário	108	85
Unhas cortadas e limpas (não remover cutículas)	73	57,4
Faz depilação com aparelho elétrico (evita ferimentos)	29	22,8
HIGIENE ORAL		
Escova os dentes ao dormir	111	87,4
Escova os dentes após as principais refeições	92	72,4
Realiza visita ao dentista 2x ao ano	44	34,6
Usa fio dental uma vez ao dia	37	29,1
Não usa palito de dente	36	28,3
INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
Ingere água potável (filtrada, fervida ou mineral)	121	95,2
Ingere água/líquidos várias vezes ao dia	108	85
8 a 10 copos de água ao dia (2000 a 3000 ml), exceto se restrição médica	97	76,3
INGESTÃO DE ALIMENTOS		
Ingestão de sal $\leq 2g$ /dia ou abstenção no preparo de alimentos	117	92,1
Consumo de vegetais e frutas diariamente	101	79,5
Não consome café ou reduziu o consumo	101	79,5
Consumo predominante de carne branca	100	78,7
Uso preferencial de gordura vegetal	96	75,5
Consome carne vermelha no máximo 2 vezes por semana	95	74,8
Consumo equilibrado de alimentos que contenham vitamina k	85	66,9
Faz cerca de 5 a 6 refeições por dia (desjejum, lanche, almoço, lanche, jantar e ceia)	81	63,7
ELIMINAÇÕES		
INTESTINAL		
Sem sangue, muco e secreção purulenta	122	96
Ausência de parasitas	120	94,4
Fezes de consistência pastosa, cor amarronzada e odor típico	118	92,9
Frequência das evacuações de 1 a 2 vezes ao dia	107	84,2
URINÁRIA		
Ausência de sangue ou pus.	123	96,8
Frequência urinária de 4 a 6 vezes ao dia	122	96
Diurese límpida (transparente) a amarelo claro ou âmbar e odor característico	120	94,4
Volume urinário entre 1500 e 1600ml ao dia (50 a 60ml horário)	119	93,7
PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO		
Escolhe roupas leves, confortáveis que proporcionem boa ventilação e usa calçado adequado	48	37,7
Faz exercício físico durante 30 min ou mais	44	34,6
Bebe líquido antes, durante e depois dos exercícios	38	29,9
Faz exercício físico 5 vezes na semana	37	29,1
Faz aquecimento antes da atividade física e relaxamento após	33	25,9
Ingere alimentação leve e em pequena quantidade antes da atividade física	25	19,6
SONO E REPOUSO		
Não toma remédio pra dormir	105	82,6
Adulto jovem com sono noturno de 6 a 8h/noite ou idoso com sono noturno 4 a 6h/noite	104	81,8
Desperta com disposição e satisfação	95	74,8
Descanso/repouso diurno de pelo menos 30 min	90	70,8
Adormece rápido	80	62,9

Em relação ao requisito de AC universal higiene pessoal, a maioria dos pacientes adere às práticas deste requisito. Dentre as práticas deste requisito, cabelos lavados (97,6%) e banho diário (92,1%) foram as mais realizadas.

Houve um alto percentual de déficit de AC em relação a depilação com aparelho elétrico tendo em vista que a maioria dos pacientes (77,2%) realiza com aparelho manual, o que confere um risco maior de ferimentos e sangramentos.

No AC higiene oral, constatou-se que 87,4% escovavam os dentes antes de dormir e 72,4% escovavam os dentes após as principais refeições. Porém observou-se um déficit de AC em relação ao uso do fio dental, cuja prática não era realizada por 70,9% dos pacientes assim como um elevado percentual de pacientes (71,7%) que ainda utilizam palito de dente após as refeições. Esta prática confere um risco para sangramento e endocardite.

Com relação ao requisito ingestão de líquidos, constatou-se que 95% dos pacientes ingeriam água potável e que ingerem várias vezes ao dia (85%). Entretanto, observou-se ainda que 23,7% dos pacientes apresentavam déficit com relação ao volume de água ingerida durante o dia. Ressalta-se que nenhum paciente tinha restrição hídrica prescrita pelo médico.

Quanto ao requisito de AC ingestão de alimentos, observou-se que os itens relacionados a este requisito eram seguidos pela maioria dos pacientes. Os mais citados foram: ingestão de sal $\leq 2\text{g}/\text{dia}$ ou abstenção no preparo dos alimentos (92,1%), consumo de vegetais e frutas diariamente (79,5%) e não consome café ou reduziu o consumo (79,5%).

Entretanto, vale ressaltar que nenhuma das práticas eram realizadas por 100% dos pacientes, por isso este requisito de AC precisa ser abordado em todas as consultas de enfermagem para que se tenha um aumento na adesão, visto que a ingestão de alimentos é um fator que influencia diretamente no valor do INR.

Observou-se um déficit de AC principalmente nos itens: consumo equilibrado de alimentos que contenham vitamina k (32,1%) e faz cerca de 5 a 6 refeições por dia (36,3%).

No requisito de AC eliminações que são considerados como requisito de AC universal por Orem (1991), contudo as eliminações intestinais e urinárias não são práticas de AC, mas elas são consequentes da prática de AC relacionada à ingestão de alimentos, ingesta hídrica e atividade física.

Portanto, diante de uma expressiva adesão dos pacientes a tais práticas de AC, constatou-se que a maioria dos pacientes apresentavam eliminações intestinais e urinárias adequadas, dentro dos padrões de normalidade.

Quanto ao requisito prática de exercício físico, percebeu-se que nenhum dos itens relacionados a este requisito era praticado pela maioria dos pacientes. Ressalta-se que este requisito precisa de atenção por parte dos profissionais da saúde e que o enfermeiro durante a

consulta de enfermagem deve incentivar o paciente a prática de exercícios físicos, desde que não apresentem restrições para esforços físicos.

No requisito sono e repouso, constatou-se que a maioria dos pacientes realizava as práticas relacionadas a esse requisito. Entretanto, observou-se que existe um déficit de AC relacionado aos itens adormecer rápido e descanso/repouso diurno de pelo menos 30 min, no qual 38,1% 29,2% dos pacientes, respectivamente não realizavam.

6.3.3 Requisitos relacionados ao autocuidado desenvolvimental

Quadro 5 – Distribuição dos pacientes com prótese valvar, segundo os requisitos de autocuidado desenvolvimental. Fortaleza – CE. 2014.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DESENVOLVIMENTAL	Nº	%
TABAGISMO, ETILISMO, DROGAS ILÍCITAS		
Nunca usou drogas ilícitas ou parou na descoberta da doença	120	94,4
Nunca fumou ou parou na descoberta da doença	99	77,9
Nunca bebeu ou parou na descoberta da doença	89	70

Com relação ao requisito de AC desenvolvimental tabagismo, etilismo e drogas ilícitas, constatou-se que a maioria dos pacientes realizava as práticas do AC. Foi determinado como prática que o paciente com prótese valvar nunca tivesse fumado, bebido, usado drogas ilícitas ou tivesse parado essas práticas após a descoberta da doença.

Porém quanto ao tabagismo, observou-se um déficit de AC já que 22,1% dos pacientes continuavam fumando. Todos os profissionais da saúde devem realizar orientações referentes à abstenção do tabagismo, já que essa prática é um fator de risco para as doenças cardiovasculares.

Com relação ao etilismo, constatou-se que a maioria dos pacientes nunca bebeu ou parou após a doença (70%). Embora os pacientes sejam orientados acerca dos malefícios do álcool para a promoção de sua saúde, observou-se ainda um elevado percentual de pacientes que apresentam déficit nesse requisito, no qual 30% continuam com o consumo de bebidas alcoólicas mesmo após a doença, um percentual elevado de não adesão a esta prática.

Com relação ao requisito uso de drogas ilícitas, os resultados mostraram que 94,4% dos pacientes realizam esta prática de AC, ou seja, não faziam uso de drogas ilícitas de nenhuma espécie. Contudo, 5,6% ainda precisam ser sensibilizados para abandonar o hábito, devido as reações e efeitos que as drogas ocasionam no funcionamento cardiovascular.

6.3.4 Requisitos relacionados ao autocuidado por desvio de saúde

Quadro 6 – Distribuição dos pacientes com prótese valvar, segundo os requisitos de autocuidado de desvio de saúde. Fortaleza – CE. 2014.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DESVIO DE SAÚDE	Nº	%
USO REGULAR DA MEDICAÇÃO		
Faz uso da medicação certa	124	97,6
Faz uso da dose certa	121	95,2
Faz uso regular da medicação prescrita	98	77,1
Faz uso na hora certa	96	75,5
COMPARECIMENTO ÀS CONSULTAS DA EQUIPE DE SAÚDE		
Procura o serviço de saúde quando tem sangramento ou alterações nos níveis de saúde	118	92,9
Comparece sistematicamente a consulta do cardiologista aprazada	117	92,1
Comparece sistematicamente a consulta de enfermagem aprazada	107	84,2
Comparece sistematicamente a consulta com especialista, conforme suas necessidades	69	54,3
CONTROLE DO INR		
Identifica sinais de sangramento	109	85,8
Tem cautela com o uso de fármacos que fazem interação medicamentosa com o ACO	85	66,9
Segue a dieta para pacientes em uso de ACO orientada	82	64,5
Realiza controle laboratorial do INR regularmente	57	44,8
CONHECIMENTO		
Busca informações acerca da doença e tratamento	73	57,4
Busca conhecer acerca das práticas de autocuidado para a prevenção de doenças e promoção da saúde do paciente com prótese valvar mecânica	73	57,4
Busca informações acerca das complicações do uso crônico de anticoagulante	71	55,9

Com relação ao requisito de AC de desvio de saúde, observou-se que a maioria dos pacientes realizava todas as práticas relacionadas ao uso regular da medicação, considerando a medicação certa (97,6%) e dose certa (95,2%). Entretanto, observou-se um déficit de AC em relação ao item hora certa e faz uso regular da medicação, no qual 24,5% e 22,9%, respectivamente, relataram não seguir essas práticas.

A adesão a esse requisito é fundamental para a recuperação e prevenção de complicações aos pacientes com prótese cardíaca mecânica. Os pacientes devem ser responsáveis quanto à utilização da medicação, e esse autocuidado deve ser constantemente incentivado pelos profissionais de saúde.

Quanto ao requisito comparecimento às consultas da equipe de saúde, constatou-se que a maioria dos pacientes procurou o serviço de saúde quando apresentaram alguma alteração de saúde (92,9%), compareciam a consulta com o cardiologista (92,1%) e compareciam a consulta com o enfermeiro (84,2%). Porém, observou-se que 45,7% dos pacientes não compareciam as consultas com outros especialistas. Para este item foi considerado especialistas: dentistas e demais especialidades médicas.

Com relação ao controle do INR, constatou-se que maioria identificava sinais de sangramento (85,8%). Entretanto, observou-se um déficit de AC nos itens realiza controle laboratorial do INR regularmente, no qual 44,8% dos pacientes relataram seguir essa recomendação, e nos itens segue a dieta para pacientes em uso de ACO e tem cautela com uso

de fármacos que fazem interação medicamentosa com o ACO no qual 35,5% e 33,1%, respectivamente, afirmam não seguir essa prática.

A baixa adesão para as práticas relacionadas ao controle do INR pode contribuir para o aumento das complicações com o uso crônico de ACO. Portanto, durante as consultas de enfermagem esta deve ser incentivada, com ênfase nas interações medicamentosas e a adesão da dieta para paciente em uso de ACO.

Os resultados relacionados ao requisito conhecimento acerca da doença, tratamento, práticas de AC e complicações do uso crônico de ACO, mostraram um déficit de AC desse item visto que 42,6% dos pacientes não buscaram informações nem conheciam práticas de AC para prevenção de doenças e promoção da saúde.

Os pacientes devem ser orientados durante a consulta de enfermagem para que estes realizem todas as práticas necessárias visando evitar as complicações decorrentes do déficit de AC, porém é necessário que o paciente tenha interesse em sua doença e tratamento.

6.4 Comparação da Prática do Autocuidado com os fatores condicionantes para o autocuidado.

A tabela 6 consta a comparação da prática do AC dos pacientes com prótese valvar com os fatores condicionantes sexo, idade, estado civil, anos estudados, procedência, ocupação, renda familiar e prática religiosa.

Tabela 6 – Comparação da prática do Autocuidado com os fatores condicionantes para o autocuidado. Fortaleza-CE, 2014.

Fatores Condicionantes	Prática de AC Excelente		Prática de AC Regular		Prática de AC Deficiente		P*	Média ± DP	P*
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Sexo							0,630		0,837
Feminino	22	30,6	22	30,6	28	38,8		63,2 ± 9,8	
Masculino	18	32,7	20	36,4	17	30,9		62,8 ± 10	
Idade							0,227		0,247
20 – 39	08	28,6	10	35,7	10	35,7		62,5 ± 9,9	
40 – 49	14	43,8	09	28,1	09	28,1		66 ± 10,7	
50 – 59	09	28,1	07	21,9	16	50		61,1 ± 9,1	
60 – 85	09	25,7	16	45,7	10	28,6		62,5 ± 9,5	
Anos estudados							0,047		0,004
0 – 4	07	17,9	11	28,2	21	53,8		59 ± 10,6	
5 – 10	21	35	22	36,7	17	28,3		64 ± 8,7	
11 – 17	12	42,9	09	32,1	07	25		66,5 ± 9,6	
Estado civil							0,895		0,709
Solteiro	09	37,5	07	29,2	08	33,3		63 ± 11,7	
Casado/união estável	26	32,1	26	32,1	29	35,8		63,4 ± 9,2	
Viúvo	02	15,4	06	46,2	05	38,5		60 ± 10,7	
Separado/divorciado	03	33,3	03	33,3	03	33,3		64,2 ± 9,2	
Procedência							0,344		0,608
Fortaleza	24	34,8	19	27,5	26	37,7		63,4 ± 9,7	
Interior do Ceará/Outro estado	16	27,6	23	39,7	19	35,4		62,5 ± 10	
Renda familiar (Salário mínimo)							0,296		0,630
1	22	32,4	19	27,9	27	39,7		62,1 ± 11,2	
1,1 – 2	10	31,3	11	34,4	11	34,4		64 ± 7,5	
2,1 – 3	01	9,1	07	63,6	03	27,3		62,3 ± 6,5	
3,1 – 30	07	43,8	05	31,3	04	25		65,3 ± 10,1	
Atividade Laboral							0,041		0,786
Não	48	47,1	53	52	1	1		63,7 ± 9,8	
Sim	11	44	11	44	3	12		62 ± 12,2	
Prática religiosa							0,374		0,463
Católica	31	33	33	35,1	30	31,9		63,4 ± 9,9	
Outra religião	09	27,3	09	27,3	15	45,5		61,9 ± 9,7	

* Teste de Pearson Chi-Square

Com relação ao sexo, as médias de autocuidado foram iguais ($p=0,837$). Assim, constatou-se que não houve diferença significativa entre as proporções homens e mulheres, evidenciando que as práticas do autocuidado independem do sexo.

Em relação à idade, 43,8% dos pacientes que são excelentes na prática do AC estavam na faixa etária entre 40 – 49 anos e obtiveram uma maior média em relação a pratica

do autocuidado ($66 \pm 10,7$), assim como na faixa etária entre 20 – 29 anos no qual 28,6% também estavam inseridos nessa faixa de AC. Portanto, percebeu-se que os adultos e adultos jovens praticavam melhor o autocuidado e que o avanço da idade não favorecia a prática do autocuidado visto que na faixa etária de 50 – 59 anos, 50% são deficientes na prática do AC. No entanto, constatou-se, também que, não houve diferença significativa na prática do autocuidado entre as idades ($p > 0,05$).

Quanto aos anos estudados, os pacientes com prótese valvar que estudaram de 11 a 17 anos apresentaram uma maior média na prática do autocuidado ($66,5 \pm 9,6$). Além disso, observou-se um maior percentual dos pacientes (42,9%) que eram excelentes na prática do AC nesta faixa de estudo. Este fator condicionante apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Em relação ao estado civil, os separados/divorciados apresentaram uma maior média na prática do autocuidado ($64,2 \pm 9,9$) em relação aos casados/união estável ($63,40 \pm 9,29$). Porém, o estado civil predominante na categoria excelente na prática do AC foram os solteiros com 37,5% dos pacientes. Entretanto, este fator condicionante não apresentou diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Quanto à procedência, os pacientes de Fortaleza apresentaram uma maior média na prática do autocuidado ($63,4 \pm 9,7$) seguido dos pacientes procedentes do interior do estado ou de outros estados ($62,5 \pm 10$), em contrapartida 39,7% desses pacientes foram regulares na prática do AC. Entretanto este fator condicionante não apresentou diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Quanto à renda familiar, os pacientes com prótese valvar mecânica com renda entre 3,1 a 30 salários mínimos apresentaram uma maior média na prática de autocuidado ($65,3 \pm 10,1$) e 43,8% dos pacientes foram excelentes na prática do AC. Porém não houve diferença estatisticamente significativa entre a prática do autocuidado e o fator condicionante renda familiar ($p = 0,630$).

No que concerne à atividade laboral, os resultados mostraram que 47,1% dos pacientes que não exerciam nenhuma atividade foram excelentes na prática do AC, enquanto que dos 13% dos pacientes com práticas deficientes de AC, 12% exerciam alguma atividade, ou seja, quem não possuía nenhuma atividade laboral seguia melhor as recomendações sobre o AC. Para este fator condicionante houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,041$).

Em relação à prática religiosa, 33% dos pacientes católicos estavam na faixa excelente de práticas do AC e apresentaram maior média na prática do autocuidado ($63,4 \pm 9,9$). Já os pacientes que eram praticantes de outras religiões, 45,5% destes pacientes

estavam na faixa deficientes da prática de AC e obtiveram menor média ($61,9 \pm 9,7$). Porém não houve diferença estatisticamente significativa entre a prática do autocuidado e o fator condicionante prática religiosa ($p=0,374$).

6.5 Consequentes clínicos: indicadores relacionados ao déficit de autocuidado

No Quadro 7 constam os indicadores clínicos relacionados ao déficit de autocuidado dos 127 pacientes com prótese valvar mecânica. Considerou-se como consequentes clínicos quanto a ocorrência de eventos hemorrágicos, tromboembólicos, endocardite, disfunção de prótese e incompatibilidade do paciente com a prótese.

Quadro 7 – Distribuição dos pacientes relacionados aos déficits de autocuidado – Fortaleza, CE. 2014

Consequentes Clínicos	Nº	%
Eventos hemorrágicos	70	55,1
Eventos tromboembólicos	17	13,4
Disfunção da prótese	14	11
Endocardite	9	7,1
Incompatibilidade do paciente com a prótese	1	0,8

Na avaliação do Quadro 7, observou-se que 70 pacientes (55,1%) apresentaram algum evento hemorrágico. Epistaxe foi o evento mais frequente, presente em 34,3% dos pacientes, seguido de gengivorragias (30%), equimoses (24,3%), hematúria (21,4%) e sangramento transvaginal (18,6%). Houve ainda a ocorrência de acidente vascular cerebral hemorrágico em dois pacientes (1,6%). Um total de 31 pacientes (44,3%) apresentaram mais de um evento hemorrágico.

Com relação aos eventos tromboembólicos, 17 pacientes (13,4%) apresentaram algum evento. Destes, todos apresentaram acidente vascular cerebral isquêmico e um paciente (5,8%) apresentou trombose venosa profunda.

7 DISCUSSÕES

Assim como os resultados, a discussão também foi dividida de acordo com os resultados obtidos nos fatores condicionantes relacionados às características sociodemográficas e clínicas e os dados relacionados à prática do autocuidado dos pacientes portadores de prótese valvar mecânica.

7.1 Fatores condicionantes para o autocuidado: características sociodemográficas dos pacientes portadores de prótese valvar mecânica.

As características sociodemográficas predominantes dos pacientes portadores de prótese valvar mecânica foram: sexo feminino, faixa etária entre 40 e 59 anos, mais de 5 anos de estudo, estado civil casado, procedente de Fortaleza, renda familiar de 1 salário mínimo, não branco, não exercem atividade laboral, religião católica.

Em relação ao sexo, este estudo constatou um predomínio do sexo feminino com 56,7% do total dos participantes. O mesmo encontrado no estudo de Castro Neto *et al.* (2012) que comparou a técnica cirúrgica de esternotomia mediana com a minimamente invasiva no tratamento da cardiopatia valvar mitral, o qual revelou uma predominância do sexo feminino (67,5%).

Já em um estudo sobre a prevalência e impacto clínico da patologia valvular nos países industrializados, Silva (2010) verificou uma tendência para maior prevalência de estenose aórtica nos homens. No mesmo estudo não se verificou diferença nas taxas de valvulopatias ajustadas para a idade entre homens e mulheres para a maioria das valvulopatias.

Em relação à faixa etária, constatou-se que a mais prevalente no estudo foi a faixa etária entre 40 e 59 anos (50,4%). Em contrapartida, no estudo de Silva (2010), o resultado foi divergente, pois foi identificado um aumento na prevalência de regurgitação mitral com o aumento da idade.

Tarasouchi *et al.* (2011) citam que a população geriátrica, cada vez mais frequente nas unidades de internação e consultórios, apresenta índices elevados de calcificação e disfunção valvar. Em geral, os idosos realizavam poucas atividades físicas ou eram sedentários, sendo comuns achados sugestivos de lesões valvares importantes, como estenose aórtica (EAo), em indivíduos assintomáticos ou oligossintomáticos.

De acordo com Orem (1971), a idade é um dos fatores que comumente determinam o nível do alcance de atividades de autocuidado que uma pessoa pode desempenhar, além dos padrões estabelecidos decorrentes dos estímulos externos e internos.

Desta forma, é extremamente importante que o enfermeiro, na abordagem as práticas do autocuidado, considere a idade. Sobretudo faça uma avaliação do estado geral e a capacidade física e intelectual do paciente, pois na maioria das vezes, as pessoas apresentam limitações impostas pelas condições físicas, as quais podem influenciar negativamente no autocuidado. Além disso, ressalta-se que a idade é também fator determinante nas implementações de ações educativas direcionadas para o autocuidado (CUSTÓDIO, 2012).

Com relação aos anos de estudo, houve um predomínio de pacientes com mais de 5 anos de estudo (69,2%), correspondendo ao ensino básico e fundamental incompleto ou completo. Ressalta-se que destes pacientes, 22% estudou mais de 11 até 17 anos, o que corresponde a ensino médio e superior. Esse resultado pode determinar o entendimento das práticas do autocuidado para os pacientes com prótese valvar mecânica.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Mendes (2013) que avaliou a prática do autocuidado de pacientes com HAS na atenção primária e secundária de saúde. Constatou que 54,3% dos pacientes da atenção primária e 59,8% dos pacientes da atenção secundária possuíam também o ensino fundamental incompleto.

Neste estudo, os pacientes com prótese valvar que estudaram de 11 – 17 anos apresentaram uma maior média na prática do autocuidado (66,53 + 9,64). Este fator condicionante apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,047$). Revelando que quanto maior a escolaridade, maior o engajamento para a realização das práticas de autocuidado.

É fundamental que o paciente seja capaz de compreender e assimilar orientações, o que exige um treinamento mínimo de raciocínio que é adquirido com a escolaridade (RABELO, 2007). Vale salientar que o enfermeiro, como educador, deve inserir na consulta de enfermagem, ações eficazes para o incentivo das práticas de autocuidado levando em consideração as limitações apresentadas por cada paciente.

Com relação ao estado civil, constatou-se que 63,8% dos participantes deste estudo eram casados. Resultado parecido ao encontrado no estudo de Custódio (2012) que avaliou a prática do Autocuidado em pacientes transplantados cardíacos e verificou que 77,8% dos transplantados eram casados. Entretanto, ao avaliar-se a prática do autocuidado constatou-se que os solteiros dedicavam-se mais às ações do autocuidado.

Possivelmente, no presente estudo tenha sido encontrada maior prevalência de casados visto que o predomínio da população estudada era de adultos, fazendo com que o número de solteiros, estado civil mais predominante na população jovem, fosse menos encontrado.

Com relação à procedência do paciente, foi constatado que 54,3% eram procedentes de Fortaleza. Este fato deveu-se a facilidade de acesso dos pacientes, visto que as unidades participantes do estudo estavam situadas na cidade de Fortaleza. Porém, 45,7% destes pacientes foram procedentes do interior do estado. Este número expressivo pode ser justificado por alguns aspectos como: oferecer atendimento gratuito, oferecer ambulatório especializado em valvulopatias e realizar gratuitamente o exame de INR.

Quanto à renda familiar, constatou-se que a maioria dos participantes (55,1%) recebia até um salário mínimo. De acordo com o Critério de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP), esses pacientes foram classificados na classe econômica DE. Na grande Fortaleza, 34,3% da população total está inserida nessa classe econômica (ABEP, 2012).

A renda familiar está relacionada à incidência das valvopatias decorrentes da febre reumática (FR). Foi encontrado em um estudo de Saraiva *et al.* (2013) que analisaram o quadro clínico de 13 crianças com quadro grave da doença no estado de Pernambuco, na qual a renda familiar *per capita* revelou famílias carentes (média de R\$ 138,20), duas delas em condições de miséria.

Em uma escala global, a FR é uma importante causa de morbidade e mortalidade. Estes dados enfatizam a necessidade de reforçar as estratégias de controle atuais e desenvolver novas estratégias de prevenção primária, pois pobreza, baixa renda *per capita*, má habitação e, sobretudo, a falta de diagnóstico da faringite estreptocócica são fatores envolvidos para a gravidade da doença (CARAPETIS *et al.*, 2005).

No que concerne à cor da pele, no presente estudo a cor não-branca (pardas e negras) foi mais prevalente em 55,1% dos participantes. Este fato pode ser explicado pela característica da população brasileira. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (2012) mostraram que no Nordeste 62,5% dos entrevistados declaram serem pardos e 27,7% serem brancos (IBGE, 2014).

Outra possível causa é o fato da doença cardiovascular ser mais prevalente em indivíduos da raça negra e pardas. Este fato pode ser observado em um estudo realizado por Lotufo e Bensenor (2013), no qual constataram que para ambos os sexos, a comparação dos óbitos por HAS mostrou taxas sempre mais elevadas em negros seguidos de pardos e brancos.

Com relação à atividade laboral, a maioria (80,3%) dos pacientes com prótese valvar mecânica não exerciam nenhuma atividade, destes 49,6% eram aposentados/pensionistas. Ao correlacionar com a prática de autocuidado, houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,041$), constatando-se que o grau de autocuidado depende da variável atividade laboral. Estes dados mostram que as pessoas que não exerciam nenhuma atividade laboral, dedicavam-se mais ao ato de autocuidado, talvez por disporem de mais tempo e de melhores condições para a prática de um estilo de vida saudável.

Estes dados coincidem com os encontrados no estudo realizado por Lima e Araújo (2005) no qual houve predominância de aposentados (71,15%) que ao correlacionar a ocupação com o grau de autocuidado desenvolvidos por pacientes que realizaram revascularização do miocárdio, houve diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$), constatando-se que no grupo avaliado, o grau de autocuidado também foi dependente da variável ocupação.

Vale destacar que, apenas 19,7% dos pacientes com prótese valvar mecânica trabalhavam, apesar de os resultados mostrarem que 72,4% dos pacientes estavam dentro da faixa etária economicamente ativa. O trabalho é importante na estruturação do sujeito e de processos psíquicos importantes, tais como identidade, saúde mental, aprendizagem, significados e atitudes (BENDASSOLLI, 2011). Portanto, este deve ser incentivado levando em consideração o estado de saúde e limitações de cada paciente.

No que concerne à prática religiosa, 74% dos participantes deste estudo eram católicos. De acordo com o Datafolha (2014), o número de católicos autodeclarados no Brasil é de 57%. Estratégias religiosas podem ser particularmente importantes para lidar com a doença e incapacidade física e mental. Pessoas que usam o enfrentamento religioso parecem lidar com as suas condições de forma mais eficaz do que aqueles que não o fazem (ALVES *et al.*, 2010).

Para Bousso *et al.* (2011) a religião oferece suporte emocional e social, motivação, recursos de cuidado à saúde e promove estilos de vida mais saudáveis. Neste sentido, os profissionais de saúde precisam conhecer as crenças que tornam o paciente e seus familiares mais ou menos dispostos a receber o tratamento.

7.2 Fatores condicionantes para o autocuidado: características clínicas dos pacientes portadores de prótese valvar mecânica.

Com relação ao histórico familiar, evidenciou-se que 49,6% dos pacientes afirmaram ter antecedentes familiares com patologia relacionada ao sistema cardiovascular, com destaque para a HAS e doença arterial coronariana (DAC). O grau de parentesco mais prevalente foi o de pai com 69,3%, seguido de mãe com 16,5%.

A DAC compreende mais da metade de todos os casos de DCV, principalmente na faixa etária acima de 75 anos. O risco durante a vida de desenvolver esta doença após os 40 anos de idade é de 49% para homens e 32% para mulheres (AHA, 2005). Muitos pacientes com valvopatias apresentam concomitantemente DAC. Esses pacientes, de uma forma geral, apresentam sintomas mais exuberantes, além de apresentarem pior prognóstico e um maior risco cirúrgico (TARASOUTCHI *et al.*, 2011).

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem o foco de atenção das políticas públicas de saúde no Brasil, por representarem a principal causa de morte em todo o país (MANSUR; FAVARATO, 2012). As medidas para a redução de danos cardiovasculares precisam avançar, visto que a causa dessas doenças permanece desconhecida, embora vários fatores de risco contribuam para a sua ocorrência (SILVA *et al.*, 2014).

Destacam-se como agravante para as DCV, o tabagismo, níveis elevados de colesterol LDL, baixos de HDL, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica (HAS), história familiar, obesidade, sedentarismo, obesidade central e ingestão de álcool (POLANCZYK, 2005).

Portanto, é imprescindível que estratégias de prevenção e redução de risco da DAC sejam intensificadas seguindo as orientações destinadas à população geral com o objetivo de controlar os fatores de risco tais como: hipercolesterolemia, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, obesidade, tabagismo, dentre outros (TARASOUTCHI *et al.*, 2011).

Dentre os outros fatores de risco, destaca-se a HAS com uma prevalência de 50,4% dos pacientes portadores de prótese valvar mecânica. A HAS é uma condição clínica multifatorial que pode levar a alterações funcionais de órgãos-alvo como o coração, o encéfalo, os rins e os vasos sanguíneos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Brasil, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), a HAS atinge, aproximadamente, 60,2% da população acima de 65 anos, condizente com o achado deste estudo.

Outras comorbidades presentes nos pacientes portadores de prótese valvar mecânica foram insuficiência cardíaca (22%) e dislipidemias (18,9%), e ainda em menor número o diabetes *mellitus* (6,3%).

Com relação à presença de FR, os resultados mostraram que 56,6% dos pacientes possuíam valvopatia dessa etiologia. A FR é uma complicação tardia de uma infecção da orofaringe pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A. Estima-se que cerca de 0,3% a 3% dos indivíduos infectados por cepas de *Streptococcus* sabidamente reumatogênicas vão desenvolver FR, e aproximadamente dois terços deles desenvolverão cardite reumática (COSTA *et al.*, 2009).

Tarasoutchi *et al.* (2011) relatam na Diretriz Brasileira de Valvopatias que o mais importante para a diminuição da incidência da doença é realizar adequadamente o diagnóstico precoce e o tratamento com antibióticos bactericidas, impedindo que os indivíduos suscetíveis venham a contraí-la.

Já Silva (2010) reforça que a FR é uma patologia que está ligada à pobreza. Portanto, investimentos e medidas efetivas de controle são necessários, visto que a doença é vinculada às condições socioeconômicas e o declínio da incidência da FR está relacionado com a melhoria da qualidade de vida, fácil acesso à assistência médica, atenção especial à profilaxia primária da doença reumática, diagnóstico e tratamento precoce das infecções das vias aéreas superiores (GUS, 1995).

Com relação às lesões valvares, 61,4% dos pacientes não sabiam informar o tipo de lesão que originou o procedimento cirúrgico. A estenose mitral esteve presente em 12,6% dos pacientes, assim como a insuficiência aórtica (12,6%), sendo as lesões mais prevalentes. Este resultado é condizente ao descrito por Cotran *et al.* (2005) que relatam que as estenoses das valvas aórtica e mitral são responsáveis por dois terços de todas as doenças valvares.

Já em um estudo realizado por Fernandes *et al.* (2012) que avaliou o impacto do perfil socioepidemiológico dos pacientes submetidos a cirurgia valvar e a sua relação com os tipos de prótese utilizada, foi constatada uma prevalência de insuficiência tricúspide e da dupla lesão (mitral/tricúspide).

Quando analisado isoladamente o tipo de válvula acometida, sem especificar o tipo de lesão, tem-se que o acometimento da válvula mitral esteve presente em 52% dos pacientes. Esse resultado também foi encontrado no estudo de Rocha *et al.*, (2010) que

avaliou o conhecimento de pacientes portadores de prótese valvar mecânica sobre a terapia com anticoagulação oral crônica em um ambulatório de Porto Alegre-RS, constatando que 62,7% dos pacientes tinham prótese valvar na posição mitral.

A lesão mitral é caracterizada pela resistência ao fluxo sanguíneo em razão do espessamento e da imobilidade dos folhetos valvares decorrentes fundamentalmente de sequela reumática, podendo ainda ser de causa congênita, endocardite infecciosa, lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatoide (TARASOUTCHI *et al.*, 2011). Como houve um predomínio de pacientes com histórico de febre reumática, justifica-se a prevalência da lesão nessa válvula.

No presente estudo, o acometimento simultâneo de valvas aórtica e mitral esteve presente em 3,2% dos pacientes. Tal fato é descrito por Serrano Junior *et al.* (2009) como um acometimento comum na prática clínica sobressaindo-se da combinação de outras válvulas, confirmando o achado deste estudo.

Com relação ao tempo de cirurgia, 34,1% dos pacientes realizaram o procedimento cirúrgico para troca valvar nos últimos cinco anos. No estudo de Custódio (2012) que avaliou o autocuidado dos pacientes transplantados cardíacos, boa parte dos pacientes (39,7%) tinha até três anos de transplante. Foi constatado que quanto maior o tempo de transplante maior será a adesão às ações de autocuidado.

Com relação ao ACO utilizado, a varfarina era a droga utilizada por todos os participantes desse estudo. Igualmente relatado em estudo de Pelegrino *et al.*, (2010) que investigaram o perfil sócio-demográfico, clínico e laboratorial de indivíduos em seguimento ambulatorial devido ao uso de ACO no qual a varfarina era utilizada por 83,3% dos participantes.

Apesar de vastamente utilizada, a varfarina é uma droga de manuseio difícil, com concentrações tóxicas muito próximas das doses eficazes. Inúmeras situações externas podem romper esses limites, o que justifica a dificuldade do tratamento e a complexidade de normas a serem obedecidas por aqueles que a ele se submetem (LAVÍTOLA *et al.*, 2009).

A varfarina é uma droga que apresenta um grande número de interações medicamentosas, apesar disso, seu uso concomitante com vários medicamentos é uma prática comum em pacientes com problemas cardiovasculares (TELES *et al.*, 2012). Estes dados corroboram os achados do presente estudo, no qual 45,7% dos participantes faziam uso de anti-hipertensivo, 36,2% de betabloqueadores, 26,8% de diuréticos e 11,8% de hipolipemiantes associados ao uso de ACO.

Dessa forma, devem ser analisadas todas as interações medicamentosas com o ACO, uma vez que podem ocorrer complicações devido ao mau uso do medicamento em questão. Fato esse que se torna mais difícil com o resultado encontrado em um estudo de Borlina *et al.* (2010) que avaliou o conhecimento sobre ACO e o seu manejo por médicos de Pronto Atendimento (PA) em instituições públicas de Curitiba-PR. Os autores concluíram que é baixo o número de médicos que atendem em PA que conhecem os ACO e que sabem manejar pacientes anticoagulados, além de ser alta a porcentagem de médicos que desconhecem princípios do sinergismo medicamentoso.

Com relação aos dados antropométricos, este estudo constatou que 55,9% dos pacientes encontravam-se com excesso de peso, sendo que destes 38,6% estavam com sobrepeso e 17,3% obesidade. O mesmo foi verificado no estudo de Montenegro *et al.* (2008), realizado com idosos que apresentavam hipertensão, cadastrados no Sistema HiperDia em Campina Grande, Paraíba, Brasil, encontrando que 57,5% dos idosos apresentaram sobrepeso ou obesidade.

Em um estudo que propôs novos pontos de corte para o IMC por sexo e idade utilizando como referência fatores de risco para DCV desenvolvido por Bergmann *et al.* (2011), foi evidenciado que indivíduos com valores elevados de IMC possuem chances aumentadas de apresentar fatores de risco para DCV em comparação com aqueles com valores mais adequados.

A obesidade abdominal foi avaliada com relação a CA. Dentre as mulheres, 62% apresentaram medidas alteradas de CA, com valores > 88 cm. Em estudo que investigou a prevalência de excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres, desenvolvido por Cristóvão, Sato e Fujimori (2011), os autores também constataram elevada prevalência de obesidade abdominal em 58,7% mulheres. Dentre os homens 23% apresentam valores da CA > 102 cm, foi considerado ideal os valores abaixo de 102cm.

Os resultados deste estudo para a CA corroboram com os encontrados por Rocha *et al.* (2013) que estudaram a relação entre obesidade abdominal e lipídeos séricos e com os achados do estudo de Giroto *et al.* (2010) sobre prevalência da obesidade abdominal em hipertensos adultos e idosos, no qual também verificaram maior média de CA entre as mulheres.

Rezende *et al.* (2006) observaram que, em adultos e idosos, a obesidade abdominal correlacionou-se com a maior parte dos fatores de risco cardiovascular, em especial com níveis aumentados de triglicédeos (TG) e níveis reduzidos de lipoproteínas de alta densidade (HDL), impactando na elevação da pressão arterial. O acúmulo de gordura na

região abdominal, ou obesidade abdominal, é um importante fator de risco para diversas doenças.

Quanto à estabilidade do INR, apesar dos pacientes desse estudo serem vinculados a um ambulatório específico e receber acompanhamento regular e específico, 71,7% apresentaram estabilidade do INR em menos de 50% das consultas de enfermagem realizadas, e 11,8% apresentaram estabilidade em mais de 75% das consultas.

Este resultado é compatível com o encontrado por Ávila *et al.* (2011) que identificaram os fatores que podem estar relacionados à instabilidade do INR no qual 75% dos pacientes permaneceram com estabilidade de até 50% e 25% apresentaram estabilidade de 75% ou mais.

A estabilidade do INR, em nosso estudo, foi inferior ao publicado na sétima conferência do *American College of Chest Physicians* sobre o tratamento antitrombótico e trombolítico de 2004, que relata estudos com estabilidade de INR alcançado em 50 a 70% do tempo, aproximadamente (ANSELL *et al.*, 2004).

A estabilidade da ACO medida através do INR está relacionada à adesão, bem como vários outros fatores, como idade, o uso concomitante de outras drogas, comorbidades, polimorfismos genéticos e ingestão de vitamina K (SCONCE *et al.*, 2007).

Um estudo de Butchart *et al.* (2002) demonstrou que uma variabilidade nos resultados do INR (baixa estabilidade) foi o mais forte fator preditivo de redução de sobrevivência dos pacientes em uso de anticoagulantes oral, em longo prazo.

Já na avaliação dos valores de INR, houve um predomínio de exames de INR fora da faixa terapêutica (62,4%), dado semelhante ao encontrado em estudo retrospectivo realizado por Nakkar *et al.* (2005) que avaliou o manejo com ACO em 82 pacientes e evidenciou que 73% dos pacientes apresentaram INR fora da faixa terapêutica.

Apesar dos ajustes frequentes da posologia durante as consultas ambulatoriais, 14% dos exames de INR estavam com valores acima dos considerados seguros, espelho de doses excessivas do medicamento, expondo os pacientes a riscos de sangramento. Outros 48,4% exames de INR encontravam-se com valores abaixo do esperado, o que evidencia o risco elevado desse grupo a eventos tromboembólicos.

Esses resultados ressaltam a importância de programas de educação para essa população de pacientes, bem como a necessidade de protocolos assistenciais para padronizar essa terapêutica entre os profissionais de saúde. Manter essa terapêutica em longo prazo é uma dura tarefa tanto para a equipe de saúde como para o paciente. Insucessos tendem a elevar a morbidez e mortalidade, o que torna cada vez mais significativa a preocupação com o

manejo da terapêutica empregada, que é oneroso para o sistema público de saúde (NAKKAR *et al.*, 2005).

Vale ressaltar, no entanto, que no estudo de Lavítola *et al.* (2009) que investigou as causas determinantes de sangramento em usuários de anticoagulantes oral, os autores concluíram que todos os pacientes que apresentaram sangramento com INR na faixa terapêutica (INR 2,0-3,5), tiveram diagnóstico de patologia predisponente a sangramento. Este fato mostra que a prevenção de complicações ao paciente em uso de ACO é um conjunto multifatorial e que deve ser direcionada individualmente a cada paciente.

7.3 Prática do Autocuidado do paciente com prótese valvar mecânica

Este estudo seguiu os passos da Teoria do Autocuidado de Orem (1995) e identificou as práticas e déficits de AC considerando os requisitos do autocuidado universal, desenvolvimental e desvio de saúde dos pacientes com prótese valvar mecânica. Cada requisito foi discutido individualmente.

Com relação ao requisito de AC universal higiene corporal, a maioria dos pacientes aderiu às práticas relacionadas a esse requisito. A higiene corporal é uma condição importante para prevenção de infecção e manutenção de uma vida saudável pelos pacientes.

Em um estudo de Oliveira; Garcia; Sá (2003) que avaliou os aspectos valorizados pelos profissionais de enfermagem na higiene corporal, os autores concluíram que a higiene corporal é um aspecto importante para a imagem, um cuidado básico para proporcionar conforto e bem-estar ao paciente. Portanto este cuidado deve ser incentivado durante as consultas de acompanhamento.

A higiene corporal inadequada estava relacionada ao uso de aparelho manual para depilação (lâminas). A utilização desses aparelhos para esse fim deve ser desestimulada e incentivada à utilização de aparelhos elétricos ou cremes depilatórios, visto que os pacientes que fazem uso crônico de ACO apresentam maior risco de sangramento que podem ocorrer com o uso da lâmina.

Com relação ao requisito universal de AC higiene oral, a maioria dos pacientes realizava as práticas relacionadas a este item. Porém, foi identificado um déficit de AC em relação ao uso do fio dental, utilização de palitos de dentes e visita ao dentista 2 vezes ao ano.

Essas práticas devem ser reforçadas durante a consulta de enfermagem em conjunto com os serviços odontológicos visto que em um estudo de Haikal *et al.* (2014) que objetivou estimar a prevalência de perdas dentárias por cárie entre adultos, os autores

identificaram que o simples acesso a informação sobre higiene bucal, possivelmente contemplando técnicas de escovação e uso de fio dental, tenha impacto sobre o total de perdas dentárias e melhoria na saúde bucal.

A manutenção de uma ótima higiene e saúde bucal seria o objetivo mais importante na redução de risco de endocardite infecciosa visto que atividades de rotina diária podem causar bacteremia. Assim, podem ocorrer após escovação e gargarejo (20% a 68%), uso de palito de dentes (20% a 40%) ou mesmo a mastigação (7% a 51%) (KIYOSE; MITRE; KASINSKI, 2009).

Tarasoutchi *et al.* (2011) reforçam que grande parte da população brasileira apresenta má saúde bucal e baixo acesso a tratamento odontológico, com manutenção de alta incidência de endocardite estreptocócica em valva nativa e próteses. O baixo acesso aos serviços odontológicos foi confirmado em nosso estudo no qual 65,4% dos pacientes não seguem as recomendações sobre a visita regular ao dentista.

Portanto, os serviços de saúde precisam garantir melhor acesso das pessoas às informações em saúde no contexto de promoção de saúde, tendo o conhecimento como pano de fundo para a busca de maior equidade em saúde bucal (HAIKAL, *et al.*, 2014).

De acordo com o requisito universal ingestão de líquidos, constatou-se que os pacientes com prótese mecânica realizavam as práticas desse requisito no que diz respeito à ingestão de água potável várias vezes ao dia. Porém apresentaram déficit em relação ao volume de água ingerido por dia.

A água desempenha papel fundamental na manutenção do volume plasmático, atua no controle da temperatura corporal, age no transporte de nutrientes e na eliminação de substâncias não utilizadas pelo o organismo, e ainda participa ativamente dos processos digestório, respiratório, cardiovascular e renal. Portanto, ela é indispensável à vida humana (PHILIPPI, 2008).

Os enfermeiros devem utilizar as suas habilidades de ensino efetivo e de comunicação para ajudar os pacientes na prevenção e tratamento de complicações decorrentes desse requisito visto que, de acordo com Smeltzer; Bare (2011) os principais fatores que influenciam a quantidade de líquido corporal são a idade avançada, sexo feminino e obesidade, fatores predominantes da população desse estudo.

Assim, é necessário que os profissionais de saúde atuem conjuntamente com os pacientes e seus familiares incentivando o hábito da ingesta hídrica frequentemente, por meio da orientação e estímulo a essa prática.

Com relação ao requisito universal ingestão de alimentos, constatou-se que apesar das práticas relacionadas a este requisito serem seguidas pela maioria dos pacientes, nenhuma das práticas foi realizada por todos os pacientes.

Uma prática que apresentou déficit foi o consumo equilibrado de alimentos que contenham vitamina K, no qual 33,1% relataram não realizar essa prática. Este fato é preocupante visto que esse consumo exagerado pode trazer alterações diretas nos valores de INR.

Klack e Carvalho (2006) citam que as principais fontes de vitamina K são os vegetais e óleos, sendo esses os responsáveis pelo aumento da absorção desta vitamina. Os alimentos folhosos verde escuro, os preparados à base de óleo, oleaginosas e frutas como o kiwi, abacate, uva, ameixa e figo contêm teores significantes de vitamina K, enquanto que os cereais, grãos, pães e laticínios possuem teores discretos. A ingestão diária de aproximadamente 1µg por quilo de peso é considerada a mais segura.

Os autores salientam, no entanto, que os teores da vitamina K em verduras e hortaliças não contêm diferenças significativas em comparação aos teores presentes nos óleos. Portanto, ao orientar indivíduos anticoagulados, deve ser levado em consideração que as gorduras não possuem o valor nutritivo dos vegetais, sendo o alvo principal a ser reduzido na dieta alimentar (KLACK ; CARVALHO, 2006). Os resultados deste estudo mostram que 25,5% dos pacientes com prótese valvar mecânica não reduziram o consumo de gorduras em suas dietas.

A epidemiologia nutricional tem mostrado forte associação entre alguns padrões de consumo alimentar e a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares. A alimentação inadequada – rica em gorduras, com alimentos altamente refinados e processados e pobre em frutas, legumes e verduras – está associada ao aparecimento de diversas doenças (WHO, 2003).

Diante desta realidade, cabe aos enfermeiros, durante a consulta de acompanhamento aos pacientes com prótese valvar mecânica, desenvolver estratégias que envolvam tanto os pacientes como os familiares, incentivando-os a adoção de uma dieta equilibrada com o intuito de minimizar os riscos decorrentes do déficit de autocuidado relacionados a essa prática.

Com relação ao requisito de AC eliminação, constatou-se que a maioria dos pacientes apresentam eliminações intestinais e urinárias adequadas. Vale ressaltar que a enfermagem desempenha um importante papel na assistência prestada aos pacientes nas eliminações urinárias e intestinais, nos aspectos de promoção da saúde, prevenção de doença

e intervenção nos problemas de saúde. Na implementação do cuidado, o enfermeiro desenvolve ações que vão da promoção à saúde aos cuidados agudos nas alterações das eliminações (FUMINCELLI *et al.*, 2011).

Assim, os enfermeiros devem realizar orientações das práticas de autocuidado de eliminações, contemplando os aspectos relacionados à frequência, características, identificar sinais de sangramento, estimular a ingestão de líquidos (2000 a 3000 ml/dia) ou conforme a necessidade do paciente; orientar para a ingestão alimentar saudável; incentivar o autocuidado da higiene íntima.

Com relação ao requisito de AC prática de exercício físico, os resultados mostram que os participantes deste estudo não realizam atividade física regularmente diferente do que é recomendado por Matos; Trombeta; Negrão (2009) que citam que significativos benefícios à saúde podem ser obtidos com atividade física moderada, em todos os dias da semana, como 30 minutos de caminhada ou 15 minutos de corrida.

Os autores reiteram que um baixo nível de atividade física, definido por sedentarismo, tem sido identificado como um fator altamente prevalente e lamentavelmente, um fator de risco doenças cardiovasculares. Em razão de sua relação com a hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade e diabetes tipo 2 e, conseqüentemente com a morbidade e mortalidade cardiovascular, o sedentarismo deve ser tratado como um problema de saúde pública.

Apesar de o sedentarismo ainda não ter sido estratificado nacionalmente, há algum tempo vem sendo mencionado por diversos autores como um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares (DCV). Indivíduos sedentários apresentam risco 30% maior de desenvolver a HAS, por exemplo, do que os ativos (FAGARD, 2005).

Diante da importância desse requisito, percebe-se a necessidade dos profissionais que acompanham os pacientes com prótese valvar mecânica, estimular a prática de exercícios físicos, desde que não haja nenhuma limitação, pois o déficit de exercícios físicos pode interferir na manutenção de sua saúde.

Com relação ao requisito de AC universal sono e repouso, constata-se que a maioria dos pacientes realiza as práticas relacionadas a esse requisito, principalmente no que diz respeito a não tomar medicamentos para dormir e na quantidade de horas de sono por noite. O sono é considerado uma necessidade humana fundamental, sendo um dos fatores que influenciam na qualidade de vida do ser humano (ARAÚJO; CEOLIM, 2010).

No entanto, observa-se um déficit de AC com relação ao descanso/repouso diurno de pelo menos 30 minutos e adormece rápido. Este fato pode ser explicado visto que a maioria

dos participantes desse estudo eram idosos e de acordo com Geib *et al.*, (2003) o processo de envelhecimento ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono, causando um impacto negativo na qualidade de vida.

O sono de má qualidade, assim como os distúrbios do sono resulta em dificuldade em manter a atenção; redução da velocidade de resposta; prejuízos da memória, concentração e desempenho; dificuldade em manter um bom relacionamento familiar e social e capacidade reduzida para realizar as tarefas diárias (CLARES *et al.*, 2012).

Nessa perspectiva, é necessário que se avalie o sono/repouso, para o adequado planejamento de intervenções de enfermagem para melhorar as condições de vida dos pacientes com prótese valvar mecânica, com medidas não medicamentosas, que possam produzir qualidade de vida.

Com relação ao requisito de AC desenvolvimental tabagismo, observa-se que a maioria dos pacientes relata abstenção total a essa prática. Porém, constata-se que ainda assim é frequente os pacientes que fazem uso do tabaco. Dados estimam que o tabagismo seja responsável por cerca de 5,4 milhões de óbitos/ano em todo o mundo (WHO, 2008).

A prevalência de fumantes atuais no país é de aproximadamente 20% de acordo com o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não- transmissíveis realizado pelo Instituto Nacional do Câncer em 2003 (LOTUFO, 2009).

O autor ainda relata que o hábito de fumar é mais comum no Sul do país, especificamente a cidade de Porto alegre com um total de 25% de fumantes. Em Fortaleza, tem-se o total de 18% da população são fumantes (LOTUFO, 2009). Esses dados são compatíveis com os achados deste estudo em que 22,1% são fumantes.

Constata-se uma redução de 50% da morbidade e da mortalidade por doença cardiovascular após a cessação do tabagismo (WILSON *et al.*, 2000), desta forma o uso do cigarro deve ser desencorajado pelos profissionais de saúde, visto que é uma prática totalmente evitável e que deve ser abolida da vida das pessoas.

Com relação ao etilismo, constatou-se que 30% dos pacientes relataram ainda fazer uso de bebida alcoólica mesmo após a descoberta das doenças. Esta prática deve ser desestimulada durante a consulta de enfermagem e monitorada visto que o aumento da ingestão de álcool pode causar disfunção hepática e conseqüentemente torna os usuários de ACO mais susceptíveis aos cumarínicos ampliando a sua ação (KLACK; CARVALHO, 2006).

Além disso, o uso abusivo de álcool é um dos fatores desencadeantes para doenças coronarianas, uma vez que favorece a elevação da pressão arterial (DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010). Portanto, ressalta-se a necessidade dos profissionais de saúde em realizar ações para investigar o uso do álcool nos pacientes e estimulá-los à abstinência.

Com relação ao uso de drogas ilícitas, os resultados mostram que a maioria dos pacientes não faz uso destas substâncias, porém observou-se que 5,6% dos pacientes ainda não são abstinentes desta prática.

De acordo com Bocchi *et al.* (2009), deve ser recomendada a abstinência total sem exceções das drogas ilícitas. A cocaína, por exemplo, compromete diretamente a função ventricular podendo induzir arritmias potencialmente fatais.

Além disso, os pacientes viciados em drogas apresentam maior probabilidade de desenvolver endocardite infecciosa aguda. O *staphylococcus aureus* é a bactéria encontrada em aproximadamente metade dos casos. Os fungos também podem participar e associam-se a pior evolução (TARASOUTCHI; GRINBERG, 2001).

Desta forma, a equipe de saúde deve monitorar sistematicamente o paciente quanto à prática de autocuidado de não usar drogas ilícitas, pois configura-se um fator de risco evitável, sendo fundamental a sua identificação pela equipe, visando reverter esse hábito precocemente (CUSTÓDIO, 2012).

Para identificar os requisitos de autocuidado desvio de saúde, buscou-se avaliar nos pacientes com prótese mecânica os aspectos relacionados ao uso regular da medicação, comparecimento às consultas da equipe de saúde, controle do INR e conhecimento acerca da doença.

Com relação ao requisito de AC de desvio de saúde uso regular da medicação, observa-se que a maioria dos pacientes realiza todas as práticas relacionadas principalmente com relação ao medicamento certo e a dose certa. Porém observa-se um déficit com relação à hora certa e ao uso regular das medicações.

A adesão medicamentosa pressupõe uma fidelidade irrevogável às orientações de uma equipe multidisciplinar, sem a qual não há como conferir o sucesso do tratamento pretendido (VIEIRA; FREITAS; TAVARES, 2006). É necessária uma maior atenção com relação a esta adesão por parte dos profissionais de saúde para com os pacientes em uso de terapia medicamentosa com ACO (ESMERIO *et al.*, 2009).

Os autores reiteram que a baixa adesão aos medicamentos prescritos e consequentemente ao tratamento clínico proposto gera impactos negativos sobre todos os

aspectos dos cuidados à saúde, custos excessivos e subutilização dos recursos de tratamento disponíveis, além de sérias consequências aos pacientes e um aumento de eventos negativos nas doenças crônicas.

Portanto, de acordo com os resultados desse estudo, observa-se uma necessidade de maior esclarecimento sobre a utilização das drogas por parte da equipe de saúde para esse grupo de pacientes, objetivando a melhoria das condições de saúde.

Com relação ao requisito de AC de desvio de saúde comparecimento às consultas da equipe de saúde, constatou-se que a maioria dos pacientes realiza as práticas relacionadas a este requisito. Porém, observou-se um déficit de AC em relação ao comparecimento as consultas de enfermagem no ambulatório de valvopatia no qual 15,8% dos pacientes não comparecem regularmente.

A consulta de enfermagem é além de uma ação de ajuda, uma ação de aprendizado na qual enfermeiro e paciente interagem, buscando solucionar os problemas identificados (VANZIN; NERY, 2000). E para os pacientes deste estudo, a consulta de enfermagem visa orientar o paciente com relação às práticas de AC necessárias para a prevenção de complicações e a melhoria da qualidade de vida.

Em um estudo de Barreira *et al.* (2004), que objetivou avaliar a eficácia da monitorização da terapêutica com anticoagulantes orais por intermédio de ambulatórios de valvopatias como forma de monitorização da terapêutica com anticoagulantes orais comparadas a monitorização pelo médico assistente do paciente, concluíram que existem benefícios óbvios na eficácia da monitorização através de ambulatórios de valvopatias.

Para os autores, é fundamental que haja a implementação de ambulatórios de valvopatias visto que é uma forma privilegiada de monitorização deste tipo de terapêutica, pois sabe-se que existe uma clara relação entre um controle adequado da anticoagulação e uma menor incidência de complicações trombóticas ou hemorrágicas.

Assim, é imprescindível o comparecimento do paciente de forma sistemática às consultas de toda a equipe de saúde, para que seja realizada a avaliação do estado geral, avaliar os fatores que interferem na adesão à terapêutica, buscar maneiras individualizadas de atuar junto ao paciente, estabelecer uma relação de ajuda, com o intuito de facilitar a adaptação, promover o equilíbrio e a reeducação do paciente e da família e incentivar a prática do autocuidado, com o intuito de minimizar as possíveis complicações (CUSTÓDIO, 2012).

Com relação ao controle do INR, constatou-se que a maioria sabe identificar sinais de sangramento. Porém constatou-se um déficit de AC com relação ao controle

laboratorial do INR regularmente, no qual se verifica que 55,2% dos pacientes não realizam de forma regular o exame. De acordo com Meneghedo, Liporace e Barroso (2009) é aconselhável que a monitorização do INR seja realizada mensalmente mesmo que este se mantenha na faixa terapêutica ideal por longos períodos.

Resultado semelhante foi encontrado em estudo de Kimmel *et al.* (2007) que avaliou a influência da adesão medicamentosa do paciente no controle da anticoagulação com varfarina, no qual os autores concluíram que os pacientes tinham dificuldades para manter uma regular adesão a terapia com varfarina e que a baixa adesão tem efeitos significativos no controle da anticoagulação.

Outros déficits de AC identificados nesse requisito foram com relação à adesão à dieta específica para paciente em uso de ACO e a cautela com o uso de fármacos que fazem interação com os ACO.

Estes déficits devem ser monitorados pela equipe de saúde que acompanha os pacientes com prótese valvar mecânica, pois de acordo com Rohde *et al.* (2007) as causas da instabilidade da terapia de anticoagulação oral são múltiplas, incluindo principalmente a interação com outras drogas e alterações ou inconstâncias dietéticas.

A importância da dieta é frequentemente citada em programas de educação para pacientes em terapia de anticoagulação ambulatorial, e vários nutrientes, em especial a vitamina K, tem sido lembrada nas interações nutrientes/drogas com derivados cumarínicos (BOOTH *et al.*, 1997).

Com relação aos fármacos que fazem interação com os ACO, como os antibióticos, anti-inflamatórios, por exemplo, essas drogas podem tanto potencializar, como inibir a atividade coagulante (KLACK; CARVALHO, 2006). Neste estudo, 33,1% dos pacientes não tem cautela ao utilizar alguma outra medicação, este fato relacionado com a baixa adesão da dieta para pacientes em uso de ACO, no qual foi observado em 35,5% dos pacientes, afetam diretamente o controle do INR.

Com relação ao requisito de autocuidado de desvio de saúde conhecimento, constatou-se um déficit de AC com relação ao conhecimento sobre a doença e tratamento, informações sobre uso crônico de ACO e as práticas de AC de pacientes com prótese valvar mecânica.

O prognóstico de pacientes em uso de anticoagulante oral depende não apenas da terapêutica farmacológica, como também de aspectos não-farmacológicos fundamentais para o tratamento. Os pacientes necessitam de acompanhamento constante para receber orientações a respeito do autocuidado, da possibilidade de evento tromboembólico e de maneiras de

adaptação à terapêutica empregada. A educação em saúde é uma das atribuições das equipes que trabalham com essa população de pacientes, para isso se faz necessário que os profissionais desenvolvam novas estratégias visando melhorar o conhecimento dos pacientes acerca da doença e a adesão à terapêutica (ESMERIO *et al.*, 2009).

Resultado semelhante foi encontrado em um estudo de Mendes (2013), que avaliou o autocuidado de pacientes hipertensos na atenção primária e secundária e constatou que a maioria possuía um conhecimento limitado, visto que somente 28,3% dos pacientes da atenção primária tinham algum conhecimento sobre a doença. Já na atenção secundária 40,2% dos pacientes conheciam sobre a sua doença.

Diante dos fatos, torna-se imprescindível o acompanhamento da equipe de saúde e principalmente do enfermeiro, com orientações e supervisões centradas na prática do autocuidado em todo o processo do tratamento.

7.4 Escores das práticas de AC dos pacientes com prótese valvar mecânica

Após a avaliação de cada requisito de autocuidado universal, desenvolvimental e desvio de saúde, constatou-se que os escores das práticas de autocuidado variaram de 34 a 83 pontos e que 35,4% dos pacientes realizam as práticas de AC de forma deficiente.

De acordo com Orem (1995), as demandas de autocuidado são as medidas necessárias para atender os requisitos de AC do tipo universal, de desenvolvimento ou de desvio de saúde. As demandas de AC variam de acordo com os requisitos de autocuidado que lhes deu origem.

Então, quanto às demandas de autocuidado relativas aos 7 requisitos universais, constatou-se práticas inadequadas, com déficits referente em 5 requisitos, quais sejam: higiene corporal (unhas cortadas e limpas e faz depilação com aparelho elétrico), higiene oral (realiza visita ao dentista duas vezes ao ano, usa fio dental uma vez ao dia e não usa palito de dentes), ingestão de alimentos (consumo equilibrado de alimentos que contenham vitamina K, faz cerca de 5 a 6 refeições ao dia), prática de exercício físico, sono e repouso (adormece rápido).

Com relação aos requisitos desenvolvimentais não foram encontrados déficits de AC com relação a este requisito.

Com relação às demandas de AC relativas aos 4 requisitos de desvio de saúde, constatou-se práticas inadequadas em 3 requisitos quais sejam: comparecimento às consultas da equipe de saúde (comparece sistematicamente a consulta com especialista, conforme necessidades), controle do INR (realiza controle laboratorial do INR regularmente, tem cautela com o uso de fármacos que fazem interação medicamentosa com o ACO, segue a

dieta para pacientes em uso de ACO orientada) e conhecimento (busca informações acerca da doença e tratamento, busca conhecer acerca das práticas de autocuidado para prevenção de doenças e promoção da saúde, busca informações acerca das complicações do uso crônico de anticoagulante).

Em consequência disso, ressalta-se a necessidade do enfermeiro, durante a consulta de enfermagem realizada aos pacientes com prótese valvar mecânica, trabalhar as demandas de autocuidado, pois de acordo com o evidenciado neste estudo, esses pacientes precisam de acompanhamento para minimizar os déficits de AC detectados.

Em estudo realizado por Lessmann *et al.* (2011) que avaliou a assistência de Enfermagem ao indivíduo acometido pelo acidente vascular encefálico enfatizando a reabilitação e o autocuidado baseado em Orem, os autores concluíram que o referencial teórico de Orem serviu de instrumento para o reconhecimento dos déficits de autocuidado, viabilizando a elaboração de planejamento das atividades de enfermagem e para a provisão de tais cuidados, além de ter fornecido apoio para a implementação de atividades de reabilitação.

Portanto, identificar os déficits de autocuidado pelo enfermeiro é necessário visto que possibilita o direcionamento e estabelecimento de estratégias para o plano de cuidado conforme as necessidades de cada paciente.

7.5 Consequentes clínicos: indicadores relacionados ao déficit de autocuidado

Com relação aos indicadores relacionados ao déficit de autocuidado, observou-se que 70 pacientes (55,1%) apresentaram algum evento hemorrágico. Dentre os episódios de sangramento menor teve-se a epistaxe como o evento mais frequente, presente em 34,3% dos pacientes, seguido de gengivorragias (30%), equimoses (24,3%), hematúria (21,4%) e sangramento transvaginal (18,6%).

Ávila *et al.* (2011) realizaram um estudo com 156 pacientes com o objetivo de relacionar a estabilidade do INR com adesão, idade, escolaridade, nível socioeconômico, interação com outras medicações, comorbidades, ingestão de vitamina K, tempo de anticoagulação (ACO) e custo com medicações. Os resultados são compatíveis com os achados neste estudo, pois 41 pacientes (26,5%) apresentaram sangramento leve e 17 (11%) um sangramento maior.

Neste estudo, dois pacientes (1,6%) apresentaram acidente vascular cerebral (sangramento maior). As complicações hemorrágicas, principalmente as intracranianas, são as

mais temidas quando se prescreve anticoagulação oral (SCHULMAN *et al.*, 2008). Vale ressaltar que um total de 31 pacientes (44,3%) apresentou mais de um evento hemorrágico.

Fang *et al.* (2004), chamam a atenção para a maior sensibilidade à varfarina apresentada por pacientes idosos, o que os colocaria em situação de maior risco para sangramento, fato que pode justificar o elevado número de sangramentos apresentados pelos participantes deste estudo, visto que a maioria estava inserida na faixa etária maior que 60 anos.

Hylek *et al.* (1996) demonstraram ainda que o risco de sangramento está ligado aos valores de INR. A probabilidade de sangramento aumenta à medida que a INR se eleva. Este fato foi evidenciado em um estudo com 360 pacientes realizado por Lavítola *et al.* (2009), que investigou as causas determinantes do sangramento em usuários de ACO e constataram que a probabilidade de sangramento entre os pacientes que atingiram valores de INR superiores a 3,5 foi sete vezes maior em relação ao grupo com INR dentro da faixa terapêutica.

Em relação aos eventos tromboembólicos, 17 pacientes (13,4%) apresentaram algum evento, dos quais todos apresentaram acidente vascular cerebral isquêmico e um paciente (5,8%) apresentou também trombose venosa profunda.

O tromboembolismo é uma das complicações mais temidas na prática clínica diária, sendo uma das principais causas de mortalidade no mundo, e um agente importante de morbidade e mortalidade entre os pacientes portadores de valvopatias e próteses valvares cardíacas (MENEGHELO; LIPORACE; BARROSO, 2009).

Os autores reiteram que as sequelas permanentes decorrentes de um evento tromboembólico são, em geral, mais graves que as complicações hemorrágicas com essa terapia. O índice médio anual de sangramento fatal varia de 0,07% a 0,7%, enquanto que na embolia arterial, os episódios fatais são de aproximadamente 20% ao ano, e 40% resultam em incapacidade permanente. A recorrência de um tromboembolismo venoso apresenta índice de mortalidade de 6% e de incapacidades permanentes graves em 2%.

Em estudo de Campos, Andrade e Silva (2010) que avaliou a ocorrência de complicações em pacientes com próteses valvares cardíacas mecânicas submetidos à terapêutica anticoagulante, os pacientes com melhor controle de anticoagulação apresentaram menor porcentagem de qualquer evento adverso do que o grupo cuja qualidade de controle foi menos eficiente.

Portanto, é necessário um controle rigoroso do INR de todos os pacientes acompanhados no ambulatório de anticoagulação objetivando a prevenção de eventos tromboembólicos ou hemorrágicos.

Com relação à endocardite, constatou-se que 7,1% dos pacientes apresentaram endocardite infecciosa, a qual é uma doença rara e com alta morbimortalidade e que manteve sua incidência nas últimas décadas, apesar dos progressos de diagnóstico e de tratamento. Por isso, todo esforço deve ser feito visando reduzir sua probabilidade (FERNANDES; GRIMBERG, 2013).

As etiologias mais frequentes da endocardite infecciosa são as bactérias que apresentam maior aderência valvar, como ocorre com os estreptococos e estafilococos. Estas infecções podem ocorrer tanto em valvas aparentemente normais ou em doenças valvares já estabelecidas. A infecção na superfície do endocárdio pode causar grande dano valvar. A mortalidade varia de 10 a 30% quando tratada adequadamente e associa-se a 100% de mortalidade caso o diagnóstico não seja feito e tratado corretamente (TARASOUTCHI; GRINBERG, 2001).

Diante da gravidade desta complicação, deve-se intensificar as ações de prevenção da endocardite infecciosa, que de acordo com o recomendado por Tarasoutchi *et al.* (2011) nas Diretrizes Brasileiras de Valvopatias incluem a boa saúde bucal e a profilaxia antibiótica para endocardite infecciosa.

Com relação às complicações por disfunção de prótese, observou-se que 11% dos pacientes realizaram reoperações para troca valvar devido disfunção. Nas próteses mecânicas as disfunções são geralmente causadas por obstrução por trombos, que se apresenta com quadro de choque cardiogênico de início abrupto ou até morte súbita (TARASOUTCHI; GRINBERG, 2001).

Os autores reforçam que para a implantação de uma prótese mecânica devem-se polarizar esforços para que o paciente tenha assistência frequente para melhor controle da anticoagulação. Em geral os pacientes apresentam sintomas de dispneia em repouso e fraqueza pelo menos um mês antes do quadro cardiogênicos levando-os ao procedimento cirúrgico (TARASOUTCHI; GRINBERG, 2001).

Vale ressaltar que nos últimos anos, o desenvolvimento nos desenhos e estruturas das próteses mecânicas, tem levado a uma melhora significativa em suas características hemodinâmicas e durabilidade. A disfunção da prótese por trombos está relacionada aos eventos tromboembólicos e a falha na anticoagulação. Porém, ao ser diagnosticado trombose

em válvula, uma operação imediata para substituir a válvula é normalmente requerida (ROSCITANO *et al.*, 2005).

Mais uma vez ressalta-se a importância do controle rigoroso do INR de todos os pacientes com prótese valvar mecânica objetivando a prevenção de complicações como os eventos tromboembólicos, hemorrágicos e disfunção de prótese. Assim como ações para melhorar a saúde bucal para a prevenção de endocardite infecciosa.

8 CONCLUSÕES

As conclusões foram traçadas a partir dos objetivos propostos, visando facilitar a compreensão dos resultados encontrados.

Deste modo, ao identificar os fatores condicionantes que interferem na prática do autocuidado do paciente com prótese valvar mecânica, constatou-se a predominância dos seguintes fatores: sexo feminino (56,7%), faixa etária de 40 a 59 anos (50,4%), estudaram mais de 5 anos (69,2%), casados/união estável (63,8%), procedentes de Fortaleza (54,3%), com renda familiar de até um salário mínimo (53,5%), cor da pele não-branca (pardas e negras) (55,1%), não exercem atividade laboral (80,3%) e prática religiosa católica (74%).

Referente aos dados clínicos, a valvopatia que levou ao procedimento cirúrgico é desconhecida por 61,4% dos pacientes, sendo a valva mitral a mais acometida (52%); doença prévia de febre reumática presente em 56,6% dos pacientes; cirurgia realizada há mais de 10 anos (40,5%), variando até 41 anos; histórico familiar de doenças cardiovasculares (49,6%), hipertensos (50,4%). Com relação aos dados antropométricos, 43,3% estavam eutróficos, 62% das mulheres e 24% dos homens apresentaram CA inadequada.

Em relação ao controle do INR, 62,4% dos exames de INR estavam fora da faixa terapêutica, a maior prevalência (48,4%) foi de exames abaixo da faixa terapêutica, o que confere um risco elevado de eventos tromboembólicos. Quanto à estabilidade do INR, 62,2% dos pacientes apresentaram INR dentro da faixa terapêutica em menos de 50% das consultas de enfermagem realizadas. Diante desses resultados, 55,1% dos pacientes apresentou algum evento hemorrágico.

Do mesmo modo, para verificar a demanda de autocuidado de pacientes com prótese valvar mecânica, segundo os requisitos de autocuidado universal, desenvolvimental e de desvio de saúde, foram identificados os déficits de autocuidado.

Assim, em relação ao autocuidado do requisito universal, tem-se os seguintes déficits: unhas grandes e sujas (43,6%), faz depilação com aparelho manual (77,2%), não realiza visita ao dentista regularmente (65,4%), não usa de fio dental (70,9%), usa palito de dentes (71,7%), consumo desequilibrado de alimentos que contem vitamina k (33,1%), faz poucas refeições ao dia (36,3%), não escolhe roupas leves, confortáveis que proporcionem boa ventilação e usa calçado adequado para a prática de atividade física (62,3%), prática de exercício físico por tempo inferior a 30 minutos (65,4%), pouca ingestão de líquido antes, durante e depois dos exercícios (70,1%), prática de exercício físico menos de 5 vezes na semana (70,9%), não faz aquecimento antes da atividade física nem relaxamento após

(74,4%), ingestão de alimentação inadequada ou ausente antes da atividade física (80,4%), dificuldade para adormecer (37,1%).

As práticas com relação aos requisitos desenvolvimental, são seguidas pela maioria dos pacientes, porém 30% ingeriam bebidas alcoólicas, 22,1% fumavam e 5,6% faziam uso de drogas ilícitas.

Quanto ao autocuidado do requisito de desvio de saúde, apresentou os seguintes déficits: não comparece sistematicamente a consulta com especialista, conforme necessidades (45,7%), não realiza controle laboratorial do INR regularmente (33,1%), não tem cautela com o uso de fármacos que fazem interação medicamentosa com o ACO (35,5%), não segue a dieta para pacientes em uso de ACO orientada (55,2%), não busca informações acerca da doença e tratamento (42,6%), não busca conhecer acerca das práticas de autocuidado para prevenção de doenças e promoção da saúde (42,6%), não busca informações acerca das complicações do uso crônico de anticoagulante (44,1%).

O presente estudo revelou, também, a avaliação obtida nos requisitos de autocuidado universal, desenvolvimental e desvio de saúde, a partir da somatória de pontuação das práticas de Autocuidado. Deste modo, constatou-se, que os pacientes com prótese valvar mecânica apresentaram níveis deficientes de autocuidado. Este resultado reforça a importância do processo de orientação e acompanhamento de uma equipe multiprofissional, em ambulatórios especializados, pautado na implementação de ações educativas de forma regular para atender as necessidades e individualidades de cada um, favorecendo a prática de autocuidado e melhorando a qualidade de vida dos pacientes e familiares.

Ao comparar as práticas de autocuidado com os fatores condicionantes houve predomínio dos seguintes fatores: homens; idade entre 40 e 49 anos; solteiros; procedentes de Fortaleza; renda familiar de 3,1 a 30 salários mínimos; praticam religião católica. No entanto, esses fatores não houve diferença significativa ($p > 0,05$).

Já os fatores condicionantes anos de estudo de 11 a 17 anos e atividade laboral apresentaram diferença estatisticamente significante ($p < 0,05$), mostrando que esses fatores interferem nas práticas de autocuidado.

Com relação aos consequentes relacionados ao déficit de autocuidado, as complicações que predominaram foram: eventos hemorrágicos (55,1%) e tromboembólicos (13,4%).

Assim, diante desta realidade, é de fundamental importância que os profissionais da equipe dos ambulatórios de valvopatias, especialmente os enfermeiros, estejam atentos

para os fatores condicionantes do autocuidado dos pacientes com prótese valvar mecânica, pois podem interferir negativamente na prática de autocuidado.

Os pacientes deste estudo eram acompanhados em um ambulatório especializado para os valvopatas, ainda assim, os resultados evidenciaram a necessidade de um acompanhamento mais efetivo no intuito de estabelecer estratégias para a adesão das práticas do autocuidado da população deste estudo. Com isso espera-se um controle das possíveis complicações e agravos à saúde desses pacientes, tornando-os mais autônomos durante o tratamento.

Sugere-se, com este estudo, a realização de outras pesquisas sobre a temática, com o intuito de buscar estratégias para favorecer e melhorar a sobrevida dos pacientes com prótese valvar mecânica principalmente no que concerne ao monitoramento regular e autocuidado desses pacientes.

O estudo realizado apresentou viés em relação à amostra visto que foi necessária a realização da pesquisa em dois ambulatórios decorrente do número reduzido de pacientes em um único ambulatório devido a possibilidade de diferença de acompanhamento dos pacientes entre os serviços.

Outra limitação importante diz respeito a pouca literatura existente acerca do autocuidado de pacientes com válvula mecânica, além do aspecto transversal do estudo já que obtém dados dos pacientes em um determinado espaço de tempo e o que não permite um acompanhamento do estado e parâmetros de saúde dos pacientes. Outro fato que pode ser citado como limitante foi o da utilização de um instrumento que não foi validado para a avaliação das práticas de autocuidado.

Assim, acredita-se que a identificação dos déficits de autocuidado viabiliza a elaboração de um plano de cuidados direcionado às necessidades individuais e específicas de cada um, a fim de minimizar as deficiências existentes, além de motivar e orientar os indivíduos a realizarem o autocuidado.

Espera-se ainda que a realização deste estudo possa contribuir para a construção de conhecimento acerca da prática do autocuidado do paciente com prótese valvar mecânica, além de nortear a equipe multiprofissional que acompanham esses pacientes nos ambulatórios especializados a trabalhar diretamente com os déficits de AC identificados no estudo.

REFERÊNCIAS

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2012 – www.abep.org – abep@abep.org Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2011 – IBOPE
- ALVES, R.R.N.; ALVES, H.N.; BARBOZA, R.R.D.; SOUTO, W.M.S. Influência da religiosidade na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, Jul. 2010.
- American Heart Association. Heart disease and stroke statistics – 2005 Update. Dallas (Texas); 2005
- ANSELL, J.; HIRSH, J.; POLLER, L.; BUSSEY, H.; JACOBSON, A.; HYLEK, E. The pharmacology and management of the vitamin k antagonist: The seventh ACCP conference on antithrombotic and thrombolytic therapy. **Chest**, v. 126, Suppl: 204S-33S. 2004.
- ARAÚJO, C.L.; CEOLIM, M.F. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. **Rev Esc Enferm USP**. v. 44, n. 3, p.615-22. 2010.
- BASTABLE, S.B. **O enfermeiro como educador: princípios de ensino – aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BENDASSOLLI, P.F. Crítica às apropriações psicológicas do trabalho. **Psicol. Soc.** vol.23 no.1 Florianópolis Jan./Apr. 2011
- BOCCHI, E.A.; BRAGA, F.G.M.; FERREIRA, S.M.A.; ROHDE, L. E. P.; OLIVEIRA, W.A.; ALMEIDA, D.R. e colaboradores. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 93, n. 6, supl. 1, p. 1-71. 2009.
- BOOTH, S.L.; CHARNLEY, J.M.; SADOWSKI, J.A.; SALTZMAN, E.; BOVILL, E.G.; CUSHMAN, M. Dietary vitamin K1 and stability of oral anticoagulation: proposal of a diet with constant vitamin K1 content. **Thromb Haemost.** v. 77, n. 3, p. 504-9. 1997.
- BORLINA, L.P.; SILVA, E.L.C.; GHISLANDI, C.; TIMI, J.R.R. Conhecimento sobre anticoagulantes orais e seu manejo por médicos de pronto atendimento. **J. vasc. bras**, Porto Alegre, v.9, n.2, Jun. 2010.
- BOUSSO, R.S.; POLES, K.; SERAFIM, T. S.; MIRANDA, M. G. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.2, Abr. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Notícias. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude>. Acesso em: 28/04/2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução nº466/2012: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores de Mortalidade: taxa de mortalidade específica por doenças cerebrovasculares. Brasília – DF, 2013. Acesso em 02 de março de 2013. DATASUS. Disponível em www.datasus.gov.br

[BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2006.](#)

BUTCHART, E.G.; PAYNE, N.; LI, HH.. et al. Better anticoagulation control improves survival after valve replacement. **J Thorac Cardiovasc Surg**, v.123, p. 715– 23. 2002.

CAMPOS, N.L.K.L.; ANDRADE, R.R.; SILVA, M.A.M. Anticoagulação oral em portadores de próteses valvares cardíacas mecânicas. Experiência de dez anos. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto, v.25, n.4, Out./Dez. 2010.

CARAPETIS, J.R.; STEER, A.C.; MULHALLAND, E.K.; WEBER, M. The global burden of group A streptococcal diseases. **Lancet Infect Dis**, v.5, n.11, p. 685-94. 2005.

CARVALHO, A. R. S.; CIOL, M. A.; TIU, F.; ROSSI, L. A.; DANTAS, R. A. S. Oral anticoagulation: the impact of the therapy in health-related quality of life at six-month follow up. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**. v. 21, p. 105 – 112. 2013.

CARVALHO, L. D. P.; MAMEDE, M. V.; ARAUJO, M. R. O. de. Conhecimento de pacientes sobre o processo de autocuidado em pós – operatório de cirurgia cardíaca. **Cad Pesq.**, São Luis, v. 18, dez. 2011. Especial.

CASTRO NETO, J.V.; MELO, E.; FERNANDES, J.; GOMES, R.; FREITAS, C.; MACHADO, J.; MARTINS, F.; BARBOSA, A.; OLIVEIRA, B.; GONDIM, C. Cirurgia valvar mitral e da comunicação interatrial - abordagem minimamente invasiva ou por esternotomia. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v.99, n.2, Epub Jul 2012.

CAVALHEIRO, C.; RACHED, R.A. Coagulação e Anticoagulação: conceitos básicos. In: SERRANO JR., C.V.; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2009.

CHEREGATTI, A.L.; AMORIM, C.P. **Drogas utilizadas em UTI e os anticoagulantes**. 3.ed. São Paulo: Martinari, 2011.

CUNHA, I.C.; PEIXOTO, M.R.G.; JARDIM, P.C.B.V.; ALEXANDRE, V.P. Fatores associados à prática de atividade física na população adulta de Goiânia: monitoramento por meio de entrevistas telefônicas. **Rev. bras. epidemiol.** v.11, n.3, São Paulo, set, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BRASIL). Resolução n 159/1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Diário Oficial da União. Acesso em 07 de março 2014. Disponível em www.portalcofen.com.gov.br

CONTRAN, R.S.; KUMAR, V.; ROBBINS, S.L. **Patologia: bases patológicas das doenças**. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p. 618 – 26.

- CRISTÓVÃO, M.F.; SATO, A.P.S.; FUJIMORI, E. Excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres atendidas em unidade de estratégia saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.45, n. spe2, Dez. 2011.
- CROMHEECKE ME, LEVI M, COLLY LP, MOL JMB, PRINS MH, HUTTEN BA, ET AL. Oral anticoagulation self-management and management by a specialist anticoagulation clinic: a randomised cross-over comparison. **Lancet**, n.356, v.9224, p.97-102, 2000.
- CUSTÓDIO, I.L. Avaliação do autocuidado de pacientes após transplante cardíaco acompanhado na consulta de enfermagem. 2012. 136f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza – Ceará. 2012.
- DATAFOLHA. Fatia de católicos no Brasil é a menor em duas décadas. Disponível em <http://www.datafolha.folha.uol.com.br>. Acesso em 05/02/2014.
- DIRETRIZES BRASILEIRAS DE ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS E ANTICOAGULANTES EM CARDIOLOGIA. **Arq Bras. Cardiol.** v.101, n. 3, suplemento 3, Set. 2013.
- DUTRA, C. M. P.; COELHO, M. J. Implante de valva mitral mecânica: reflexões para cuidar e os cuidados de clientes após a alta hospitalar. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.10, n.2, Ago. 2006.
- ESMERIO, F.G.; SOUZA, E.N.; LEIRIA, T.L.; LUNELLI, R.; MORAES, M.A. Uso crônico de anticoagulante oral: implicações para o controle de níveis adequados. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v.93, n.5, Nov. 2009.
- ESMERIO, F.G.; SOUZA, E.N.; LEIRIA, T.L.; LUNELLI, R.; MORAES, M.A. Uso crônico de anticoagulante oral: implicações para o controle de níveis adequados. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v.93, n.5, Nov. 2009.
- FAGARD, R.H. Physical activity, physical fitness and the incidence of hypertension. **J Hypertens**, v.23, p. 265-7. 2005.
- FANG, M.C.; CHANG, Y.; HYLEK, E.M.; ROSAND, J.; GREENBERG, S.M.; GO, A.S., et al. Advanced age, anticoagulation intensity and risk for intracranial hemorrhage among patients Warfarin for atrial fibrillation. **Ann Intern Med**, v.141, p. 745-2. 2004.
- FERNANDES, J.R.C.; GRINBERG, M. Profilaxia da endocardite infecciosa: uma realidade brasileira diferente? **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v.101, n.2, Ago. 2013.
- FUMINCELLI, L.; MAZZO, A.; SILVA, A. A. T.; PEREIRA, B.J.C.; MENDES, I.A.C. Produção científica sobre eliminações urinárias em periódicos de enfermagem brasileiros. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v.24, n.1, 2011.
- GEIB, L.T. CATALDO NETO, A. WAINBERG, R.; NUNES, M.L. Sono e a idade. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v. 25, n. 3, p. 453-65, 2003.
- GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

- GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5.ed. São Paulo. Atlas, 2006.
- GRINBERG, M. Entendo & aceito & faço: estratégia pró adesão à anticoagulação oral. **Arq Bras Cardiol**, n. 82, v. 04, p 4-12, Abril. 2004.
- GRINBERG, M.; ACCORSI, T.A.D. A densidade de saberes disciplinares motivada pela história natural de valvopatias. **Arq. Bras. Cardiol**. v.96, n.6, São Paulo Jun, 2011.
- GRINBERG, M.; MOISÉS, V.A. Doenças Valvares. In: SERRANO JR., C.V.; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2009.
- GUARAGNA, J. C. V. C.; BODANESE, L. C.; BUENO, F. L.; GOLDANI, M. A. Proposta de escore de risco pré-operatório para pacientes candidatos à cirurgia cardíaca valvar. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo. v. 94, n.4, Abril. 2010.
- GUS, I.; ZASLAVSKY, C.; SEGER, J.M.P; MACHADO, R.S. Epidemiologia da febre reumática: estudo local. **Arq Bras Cardiol**, v.65, n. 4, p. 321 – 5, 1995.
- HAIKAL, D. S.; MARTINS, A. M.E.B.L.; AGUIAR, P.H.S.; SILVEIRA, M.F.; PAULA, A. M. B. de , FERREIRA, E. F. O acesso à informação sobre higiene bucal e as perdas dentárias por cárie entre adultos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, Jan. 2014.
- HORSTKOTTE, D.; PIPER, C. Management of patients with heart valve diseases in 2008. What has changed in the last three decades? **Dtsch Med Wochenschr**, n. 133, p. 280-84. Dez. 2008. Suplemento.
- HOSPITAL DE MESSEJANA. Institucional. Disponível em: <http://www.hm.ce.gov.br/>
Acesso em: 26 maio de 2013
- HOSPITAL WALTER CANTIDIO. Institucional. Disponível em:
<http://www.huwc.ufc.br/site.php?pag=17> Acesso em: 26 maio de 2013
- HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. B.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWNAM, T. B. **Delineando a pesquisa clínica** – uma abordagem epidemiológica. 3.ed. Artmed. p. 21-33. 2008.
- HYLEK, E.M.; SKATES, S.J.; SHEEHAN, M.A.; SINGER, D.E. An analysis of the lowest effective intensity of prophylactic anticoagulation for patients with nonrheumatic atrial fibrillation. **N Engl J Med**, v. 335, p. 540 – 6, 1996.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Disponível em www.ibge.gov.br acesso em 23/02/2014.
- KIMMEL, S.E.; CHEN, Z.; PRICE, M.; PARKER, C.S.; METLAY, J.P.; CHRISTIE, J. D.; BRENSINGER, C. M.; NEWCOMB, C.W.; SAMAHA, F.F.; GROSS, R. The influence of patient adherence on anticoagulation control with warfarin: results from the International Normalized Ratio Adherence and Genetics (IN-RANGE) Study. **Arch Intern Med**, v.167, n.3, p.229 - 35. Fev. 2007.

KIYOSE, A.T.; MITRE, N. KASINSKI, N. Tratamento da Endocardite Infecçiosa. In: SERRANO JR., C.V.; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2009.

KLACK, K.; CARVALHO, J.F de. Vitamina K: metabolismo, fontes e interação com o anticoagulante varfarina. **Rev. Bras Reumatol**, v.46, n.6, p. 398-406, Nov/Dez. 2006.

LAVÍTOLA, P.L.; SPINA, G.S.; SAMPAIO, R.O.; TARASOUTCHI, F.; GRINBERG, M. Sangramento durante a anticoagulação oral: alerta sobre um mal maior. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v.93, n.2, Ago. 2009.

LESSMANN, J.C.; CONTO, F.de; RAMOS, G.; BORENSTEIN, M.S.; MEIRELLES, B.H.S. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v.64, n.1, Jan./Fev. 2011.

LIMA, F.E.T.; ARAÚJO, T.L. de. Correlação dos fatores condicionantes básicos para o autocuidado dos pacientes pós-revascularizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n5, p. 519 – 23, 2005.

LONGO, V.G.T. Aspectos psicológicos dos valvopatas. In: LAMOSA, B.W.R. **Psicologia Aplicada à Cardiologia**. São Paulo: Editorial BYK, 1990.

LOTUFO, P.A. Doenças Cardiovasculares no Brasil. In: SERRANO JR., C.V.; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2009.

LOTUFO, P.A.; BENSENOR, I.J.M. Raça e mortalidade cerebrovascular no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.6, Dez. 2013.

MANSUR, A.P.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização. **Arq Bras Cardiol**, v.99, n. 2, p. 755 – 61, 2012.

MANZINI, F. C.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem aplicada a clientes portadores de hipertensão arterial: uso da teoria do autocuidado de orem. **Rev Latino-am Enfermagem**, n. 17, v. 1. Jan/Fev. 2009.

MATOS, L.D.N.J.; TROMBETA, I.C.; NEGRÃO, C.E. Sedentarismo e Benefícios da Atividade Física. In: SERRANO JR., C.V.; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2009.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

MCMAHAN, C.A.; GIDDINH, S.S.; FAYAD, Z.A.; ZIESKE, A.W.; MALCOM, G.T. TRACY, R.E., et al. Risk scores predict atherosclerotic lesions in young people. **Arch Inter Med**. v. 165, n. 8, p. 883-90, 2005.

MENDES, C.R.S. **Avaliação Da Prática De Autocuidado De Pacientes Com Hipertensão Na Atenção Primária E Secundária De Saúde**. 2013. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ce, 2013.

MENEGHELO, Z.M.; LIPORACE, I.L.; BARROSO, C.M.Q. Terapia Antitrombótica nas doenças valvares. In: SERRANO JR., C.V.; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2009.

MONTENEGRO, A.N.N.; SIMÕES, M.O.S.; MEDEIROS, A.C. D.; PORTELA, A.S.; DANTAS, P.M.S.; KNACKFUSS, M.I. Estado nutricional alterado e sua associação com perfil lipídico e hábitos de vida em idosos hipertensos. **Archivos latinoamericanos de nutrición**. Organo Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición, v.58, n. 4, 2008.

NAKKAR, N.; KAUR, R.; JOHN, M. Outpatient oral anticoagulant management: an audit of 82 patients. **J Assoc Physicians India**, v. 53, p. 847 – 52. 2005.

NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE. The practical guide identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. **NIH** n 00-484. Out. 2000.

OLIVEIRA, E.A.; GARCIA, T.R.; SA, L.D. Aspectos valorizados por profissionais de enfermagem na higiene pessoal e na higiene corporal do paciente. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v.56, n.5, Set./Out. 2003.

OLIVEIRA, S.K.P de; QUEIROZ, A.P.O.; MATOS, D.P.M.; MOURA, A.F. de; LIMA, F.E.T. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 65, n.1, Jan/Fev. 2012.

OREM, D. E. **Nursing Concepts of Practice**. 5. ed. Boston: Mosby; 1995.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. Copyright. by McGraw-Hill Book Company. A Blakiston Publication. Ed R.N., M.S.N, 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) 1946. Constituição. Disponível em <http://www.onuportugal.pt/oms.doc> Acesso em 20 de março de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, DF, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Ottawa charter for health promotion. First international conference on health promotion. Ottawa, 21 november 1986. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> Acesso em 28/04/2013.

PEREIRA, M. M. M.; XAVIER, S. S. M. de; ARAÚJO, M. G. P. de; VALENÇA, C. N.; MENEZES, R. M. P. de; GERMANO, R. A teoria do autocuidado de Orem e sua aplicabilidade como marco teórico: análise de uma pesquisa. **Rev enferm UFPE on line**, n. 5, v. 4, p. 896-900, Jun. 2011.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva (Org.). **Pirâmide dos Alimentos: fundamentos básicos da nutrição**. Barueri: Manole, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7.ed. Porto Alegre: Ed Artmed, 2011.

POMERANTZEFF, P.M.; BARBOSA, G.V. Diretrizes de cirurgia nas valvopatias. **Arq. Bras. Cardiol.** v.82 suppl.5, São Paulo, Mar. 2004.

RABELO, E. R.; ALITI, G. B.; DOMINGUES, F. B.; RUSCHEL, K. B.; BRUN, A. O. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e porquê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. **Rev Latinoam Enferm**, v.15, n.1, p. 165-70. 2007.

REZENDE, F.A.C.; ROSADO, L.E.F.P.L.; RIBEIRO, R.C.L.; VIDIGAL, F.C.; VASQUES, A.C.J.; BONARD, I.S. *et al.* Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**, v. 87, n.6, p. 728 – 34. 2006.

RODRIGUES FFL, ZANETTI ML, SANTOS MA, MARTINS TA, SOUSA VD, TEIXEIRA CRS. Knowledge and attitude: important components in diabetes education. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.17, n. 4, p. 468-73. 2009

ROHDE, L.E.; ASSIS, M.C de.; RABELO, E.R. Dietary vitamin K intake and anticoagulation in elderly patients. **Curr Opin Clin Nutr Metab Care**, v.10, n. 1, p. 1 – 5. 2007.

ROMANO, B.W. **Psicologia e Cardiologia**: encontros possíveis. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

ROSCITANO, A.; CAPUANO, F.; TONELLI, E.; SINATRA, R. Disfunção aguda devido a uma trombose da prótese da válvula mitral mecânica. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto, v.20, n.1, Jan/Mar. 2005.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Introdução à Epidemiologia**. Ed: Guanabara Koogan. 4ª Ed. 2006.

RUI BARREIRA, R.; RIBEIRO. J.; FARINHA. M.; MARTINS, R.; RODRIGUES, I.; MENDES, Z.; CRESPO, F. Monitorização da terapêutica com anticoagulantes orais: consulta de anticoagulação vs médico assistente. **Acta Med Port**, v.17, p. 413 – 16. 2004.

RUTHES, R. M.; FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. **Rev. bras enferm**, Brasília, v. 63, n.2, Mar/Abr. 2010.

SAMSA, G.; MATCHAR, D. B.; DOLOR, R. J.; WIKLUND, I.; HEDNER, E.; WYGANT, G.; HAUCH, O.; MARPLE, C. B.; EDWARDS, R. A new instrument for measuring anticoagulation – related quality of life: development and preliminary validation. **Health Qual life Outcome**. v.2, n. 22. 2004.

SANTOS R. D., GAGLIARDI A. C. M., XAVIER, H. T., MAGNONI, C. D., CASSANI, R., LOTTENBERG, A. M. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz sobre o consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**. v. 100, p. 1-40. 2013. Suplemento 3.

SANTOS, Z.M.S.A.; SILVA, R.M. da. **Hipertensão Arterial**: modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: UNIFOR, 2002. 96 p.

SARAIVA, L.R.; SANTOS, C.L.; VENTURA, C.; SOBRAL, M.A.; BARBOSA, B.; PARENTE, G.B.; MORAES, F. A gravidade da febre reumática aguda em crianças do Estado de Pernambuco, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v.101, n.3, Set. 2013.

SCHULMAN, S.; BEYTH, R.J.; KEARON, C.; LEVINE, M.N. Hemorrhagic Complications of Anticoagulant and Thrombolytic Treatment American College of Chest Physicians Evidence- Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). **Chest**, v.133, n.6, p. 257S-98S. 2008.

SCONCE, E.; AVERY, P.; WYNNE, H.; KAMALI, F. Vitamin K supplementation can improve stability of anticoagulation for patients with unexplained variability in response to Warfarin. **Blood**, v.109, n.6, p.2419-22. 2007.

SERRANO JUNIOR, C.V.; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia – SOCESP**. 2. ed. São Paulo: Manole; 2009.

SILVA, F.M.F.M. Prevalência e Impacto Clínico da Patologia Valvular nos países industrializados. **Sociedade Portuguesa de Cardiologia**. Abril, 2010.

SILVA, J. V. da. BRAGA, C. G. **Teorias de Enfermagem**. 1.ed. São Paulo: Átria, 2011.

SILVA, L. M. G. Breve reflexão sobre o autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós transplante de medula óssea (TMO): relato de caso. **Rev Latino- Am Enfermagem**, n. 9, v. 4, p. 75-82. 2001.

SILVA, M.L.C.; GALVÃO, A.C.A.; SOUZA, N.L.; AZEVEDO, G.D.; JERÔNIMO, S.M.B.; ARAÚJO, A.C.P.F. Mulheres com risco cardiovascular após pré-eclampsia: há seguimento no Sistema Único de Saúde? **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.22, n.1, Jan/Fev. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v.95, n.1, supl 1, p. 1 – 51, 2010.

STEFANINI, E. ; KASINSKI, N; CARVALHO, A.C. **Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar**. 1.ed. São Paulo: Ed.Manole 2005.

TARASOUTCHI, F. GRINBERG, M. Emergências em valvopatias. In: LAGE, S.G.; RAMIRES, J.A.F. **Cardiologia no internato: bases teórico-práticas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

TARASOUTCHI, F.; MONTERA, M. W.; GRINBERG, M.; BARBOSA, M. R.; PIÑEIRO, D. J.; SÁNCHEZ, C. R. M.; BARBOSA, M. M.; BARBOSA, G. V. *et al*. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. **Arq Bras Cardiol**, v. 97, p. 1-67. 2011. Suplemento 1.

TELES, J.S.; FUKUDA, E.Y.; FEDER, D. Varfarina; perfil farmacológico e interações medicamentosas com antidepressivos. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 10, n.1, Jan/Mar. 2012.

VANZIN, A.S.; NERY, M.E.S. **Consulta de enfermagem: uma necessidade social?** 2.ed. Porto Alegre: RM&L; 2000.

VASCONCELOS, I.Q.A.; STABELINI NETO, A. MASCARENHAS, L.P.G.; BOZZA, R.; ULBRICH, A.Z.; CAMPOS, W.; BERTIN, R.L. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes com diferentes níveis de gasto energético. **Arq. Bras Cardiol.** v.91, n. 4, p.227-33, 2008.

VIEIRA, V.; FREITAS, J.B.; TAVARES, A. Adesão ao tratamento clínico. In: DINIZ D.P.; SCHOR, N. e organizadores. **Qualidade de vida.** São Paulo: Manole; 2006. p.157-64

VITOR, A. F.; LOPES, M. V. O.; ARAUJO, T. L. de. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm,** v.14, n.3, Jul/Set. 2010

WILSON, K.; GIBSON, N.; WILLAN, A; COOK, D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. **Arch Intern Med,** v.160, n.7, p. 939-44, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The tobacco Atlas. London (UK): World Health Organization (WHO) disponível em http://www.who.int/tobacco/resorces/publications/tobacco_atlas/en/index.html Acesso em 20 de março de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Fruit and vegetable promotion initiative: a meeting report 25-27/08/03. Geneva; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva: Word Health Organization; 2008

ANEXO 2

DIAS		SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO	ASSINATURA
DOSE DIÁRIA									
DATA	INR	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
DIAS		SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO	ASSINATURA
DOSE DIÁRIA									
DATA	INR	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
DIAS		SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO	ASSINATURA
DOSE DIÁRIA									
DATA	INR	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
DIAS		SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO	ASSINATURA
DOSE DIÁRIA									
DATA	INR	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
DIAS		SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO	ASSINATURA
DOSE DIÁRIA									
DATA	INR	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
DIAS		SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO	ASSINATURA
DOSE DIÁRIA									
DATA	INR	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
DIAS		SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO	ASSINATURA
DOSE DIÁRIA									
DATA	INR	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	

ANEXO 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DO AUTOCUIDADO DE PACIENTES CARDIOPATAS PORTADORES DE PRÓTESE VALVAR MECÂNICA

Pesquisador: Lídia Stella Teixeira de Meneses

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16823913.3.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 422.098

Data da Relatoria: 10/10/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação caracterizado como um estudo do tipo descritivo, com delineamento transversal, de natureza quantitativa. O estudo será realizado no ambulatório de valvopatias de um hospital público Federal, que se caracteriza por ser um hospital de ensino situado na cidade de Fortaleza-CE. Participaram pacientes que atendam aos seguintes critérios de inclusão: ter realizado a cirurgia de troca valvar mecânica, independente da idade; ser a primeira cirurgia cardíaca; comparecer à consulta de enfermagem agendada no ambulatório da referida instituição no período da coleta de dados. E como critério de exclusão: comparecer a consulta de enfermagem em condição de emergência como, por exemplo, um evento hemorrágico. A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevista, consulta aos prontuários e verificação dos dados antropométricos e sinais vitais. O tempo de duração para coleta de dados com cada paciente levará de 30 a 45 minutos. Será realizada estatística descritiva.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar a prática do autocuidado de pacientes portadores de prótese valvar mecânica.

Específicos: Identificar os fatores condicionantes para a prática do autocuidado de pacientes cardiopatas portadores de prótese valvar mecânica, considerando: sexo, idade, escolaridade,

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 422.098

estado civil, ocupação, procedência e os indicadores clínicos; Verificar as práticas de autocuidado realizadas pelos pacientes cardiopatas após cirurgia de prótese valvar mecânica; Averiguar os déficits de autocuidado de pacientes portadores de prótese valvar mecânica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A realização da pesquisa não realizará exposição dos participantes a desconfortos ou constrangimentos.

Benefícios: Conhecimento das práticas de autocuidado de portadores de prótese valvar mecânica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente e relevante para área de enfermagem. Objeto de pesquisa bem descrito, objetivos claros e congruentes com a metodologia apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados: declaração de anuência da instituição; carta de encaminhamento da pesquisa ao CEP; currículo; orçamento; folha de rosto; declaração de concordância da orientadora; TCLE.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ



Continuação do Parecer: 422.098

FORTALEZA, 11 de Outubro de 2013

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Data: ___/___/___

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____

Data da cirurgia: ___/___/___ Tipo de Válvula: _____

1. Sexo: 1 () feminino; 2 () masculino
2. Idade: _____
3. Escolaridade: 1 () Analfabeto; 2 () Educação básica; 3 () Ensino fundamental; 4 () Ensino médio; 5 () Ensino superior. Último Ano estudado: _____
4. Estado civil: 1 () solteiro; 2 () casado/união estável; 3 () viúvo; 4 () separado/divorciado
5. Procedência: 1 () Fortaleza; 2 () Interior do Ceará _____ 3 () Outro estado _____
6. Renda familiar mensal: _____
7. Cor da pele: 1 () branca; 2 () não-branca (preta, parda, indígena).
8. Atividade Laboral: 1 () Não 2 () Sim
9. Prática religiosa: 1 () católica; 2 () evangélica; 3 () outra religião; 4 () nenhuma

2 ANTECEDENTES CLÍNICOS (Dados relacionados com a causa ou fatores de risco da IC que levou a troca valvar)

10. Valvopatia: 1 () Estenose Mitral 2 () Insuf Mitral; 3 () Estenose Aórtica; 4 () Insuf. Aórtica 5 () Estenose Tricúspide; 6 () Insuf Tricúspide; 7 () Estenose Pulmonar; 8 () Insuf. Pulmonar; 9 () Não Informado; 10 () Febre reumática.
11. História de doença cardiovascular:
 - 11.1. Dislipidemia: 1 () Sim 2 () Não; Especificar: _____
 - 11.2. Diabetes melito: 1 () Sim 2 () Não;
 - 11.3. Hipertensão arterial: 1 () Sim; 2 () Não;
 - 11.4. Insuf. cardíaca: 1 () Sim; 2 () Não;
 - 11.5. História familiar de doença cardiovascular: 1 () Sim; 2 () Não. Esp: _____
12. Peso _____ Kg; 13. Altura: _____ cm 14. IMC: _____ Kg/m²
15. Circunf. Abdominal: _____ cm
16. PAS (1º momento): _____ 17. PAD (1º momento): _____
18. PAS (2º momento): _____ 19. PAD (2º momento): _____
20. PAS (3º momento): _____ 21. PAD (3º momento): _____
22. PAS (Média): _____ 23. PAD (Média): _____
24. Valor do INR (últimos seis meses): _____
25. Tipos de Medicamentos
 - 25.1. Anticoagulante Oral: 1 () Marevan; 2 () Marcoumar 3 () Outro _____
 - 25.2. Diurético: 1 () Sim 2 () Não; Especificar: _____
 - 25.3. Antiagregante Plaquetário: 1 () Clopidogrel 2 () AAS; 3 () outros _____
 - 25.4. Anti-hipertensivo 1 () Sim 2 () Não; Especificar: _____
 - 25.5. Betabloqueadores: 1 () Sim 2 () Não; Especificar: _____
 - 25.6. Outros: _____

3 DADOS SOBRE AUTOCUIDADO

Para as questões referentes aos requisitos de autocuidado, marque com um X apenas as práticas que SÃO realizadas pelo paciente.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	
UNIVERSAL	
<p>1) Higiene corporal <input type="checkbox"/> cabelos lavados; <input type="checkbox"/> unhas cortadas e limpas (não remover cutículas); <input type="checkbox"/> mãos lavadas com água e sabão sempre que necessário; <input type="checkbox"/> faz depilação com aparelho elétrico (evita ferimentos); <input type="checkbox"/> banho diário. (Pontuação Total: 0 a 5)</p>	01. ____
<p>2) Higiene Oral (Peso 2) <input type="checkbox"/> escova os dentes após as principais refeições; <input type="checkbox"/> escova os dentes ao dormir; <input type="checkbox"/> usa fio dental uma vez ao dia; <input type="checkbox"/> não usa palitos de dente para higiene da arcada dentária. <input type="checkbox"/> realiza visita ao dentista no mínimo 2 vezes ao ano; (Pontuação Total : 0 a 10) Obs.: Em caso de uso de prótese completa, considera-se cuidados com a prótese e avaliação da gengiva, limpeza, escovação e adaptação da prótese.</p>	02. ____
<p>3) Ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> ingere água potável (filtrada, fervida ou mineral); <input type="checkbox"/> ingere água/líquidos várias vezes ao dia; <input type="checkbox"/> 8 a 10 copos de água ao dia (2000 a 3000 ml), exceto nos casos de restrição hídrica por indicação médica. (Pontuação Total: 0 a 3)</p>	03. ____
<p>4) Ingestão de alimentos (Peso 2) <input type="checkbox"/> faz cerca de 5 a 6 refeições ao dia (desjejum, lanche, almoço, lanche, jantar e ceia); <input type="checkbox"/> consumo de vegetais e frutas diariamente; <input type="checkbox"/> Consumo equilibrado de alimentos que contenham vitamina K; <input type="checkbox"/> não consome café ou reduziu consumo de café; <input type="checkbox"/> ingestão de sal $\leq 2g/dia$ ou abstenção na preparação do alimento; <input type="checkbox"/> uso preferencial de gordura vegetal; <input type="checkbox"/> consumo predominante de carne branca; <input type="checkbox"/> consome carne vermelha no máximo 2 vezes por semana (Pontuação Total: 0 a 16)</p>	04. ____
<p>5) Eliminações - Intestinal: <input type="checkbox"/> frequência das evacuações de 1 a 2 vezes ao dia; <input type="checkbox"/> fezes de consistência pastosa, cor amarronzada e odor típico; <input type="checkbox"/> ausência de parasitas; <input type="checkbox"/> sem sangue, muco e secreções purulentas; - Urinária: <input type="checkbox"/> frequência urinária de 4 a 6 vezes ao dia; <input type="checkbox"/> volume urinário entre 1.500 e 1.600 ml ao dia (50 a 60 ml horários); <input type="checkbox"/> diurese límpida (transparente) a amarelo claro ou âmbar e odor característico (<i>sui generis</i>); <input type="checkbox"/> ausência de sangue e pus. (Pontuação total: 0 a 8)</p>	05. ____
<p>6) Prática de exercício físico <input type="checkbox"/> faz exercício físico 5 vezes por semana; <input type="checkbox"/> faz exercício físico durante 30 minutos ou mais; <input type="checkbox"/> faz aquecimento antes da atividade física e relaxamento após a atividade física; <input type="checkbox"/> ingere alimentação leve e em pequena quantidade antes da atividade física; <input type="checkbox"/> bebe líquido antes, durante e depois dos exercícios físicos; <input type="checkbox"/> escolhe roupas leves, confortáveis que proporcionem boa ventilação e usa calçado adequado; (Pontuação total: 0 a 6)</p>	06. ____
<p>7) Sono e repouso <input type="checkbox"/> adulto jovem com sono noturno de 6 a 8 horas/noite ou idoso com sono noturno de 4 a 6 horas/noite; <input type="checkbox"/> descanso/repouso diurno durante 30 minutos; <input type="checkbox"/> adormece rápido <input type="checkbox"/> desperta com disposição e satisfação; <input type="checkbox"/> não toma remédio para dormir. (Pontuação total: 0 a 5)</p>	07. ____
DESENVOLVIMENTAL	
<p>8) Tabagismo, Etilismo, Drogas ilícitas (Peso 2) <input type="checkbox"/> nunca fumou ou parou após a descoberta da doença ou antes do procedimento cirúrgico; <input type="checkbox"/> nunca bebeu ou parou após a descoberta da doença ou antes do procedimento cirúrgico; <input type="checkbox"/> nunca usou drogas ilícitas ou parou após a descoberta da doença ou antes do procedimento cirúrgico; (Pontuação total: 0 a 6)</p>	08. ____

DESVIO DE SAÚDE	
9) Uso regular da medicação: (Peso 2) <input type="checkbox"/> faz uso da medicação certa; <input type="checkbox"/> dose certa; <input type="checkbox"/> hora certa; <input type="checkbox"/> faz uso regular da medicação prescrita. (Pontuação Total: 0 a 8)	09. ____
10) Comparecimento às consultas da equipe de saúde (Peso 2) <input type="checkbox"/> comparece sistematicamente a consulta do cardiologista aprazada; <input type="checkbox"/> comparece sistematicamente a consulta de enfermagem aprazada; <input type="checkbox"/> comparece sistematicamente a consulta com especialista, conforme suas necessidades; <input type="checkbox"/> procura o serviço de saúde quando tem sangramento ou alterações nos níveis de saúde. (Pontuação Total: 0 a 8)	10. ____
11) Controle do INR: (Peso 2) <input type="checkbox"/> realiza controle laboratorial do INR regularmente; <input type="checkbox"/> identifica sinais de sangramento; <input type="checkbox"/> tem cautela com o uso de fármacos que fazem interação medicamentosa com o anticoagulante oral; <input type="checkbox"/> segue a dieta para pacientes em uso de anticoagulante oral orientada. (Pontuação total: 0 a 8)	11. ____
12) Conhecimento <input type="checkbox"/> busca informações acerca da doença e tratamento; <input type="checkbox"/> busca informações acerca das complicações do uso crônico de anticoagulante; <input type="checkbox"/> busca conhecer acerca das práticas de autocuidado para prevenção de doenças e promoção da saúde do paciente portador de prótese valvar mecânica. (Pontuação Total: 0 a 3)	12. ____
Total	86

4 CONSEQUENTES (indicadores relacionados ao déficit de autocuidado)

Após a cirurgia, já ocorreu alguma das seguintes intercorrências?

1. Eventos hemorrágicos: 1() Sim 2() Não; Especificar: _____
2. Eventos tromboembólicos: 1() Sim 2() Não; Especificar: _____
3. Endocardite: 1() Sim 2() Não; Especificar: _____
4. Disfunção da prótese: 1() Sim 2() Não; Especificar: _____
5. Incompatibilidade prótese-paciente: 1() Sim 2() Não; Especificar: _____
6. Outra intercorrência decorrente do déficit de autocuidado: _____

Observações:

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado por Lídia Stella Teixeira de Meneses a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa que será realizada no Hospital Universitário Walter Cantídio – UFC, tem como título: **Avaliação da prática de autocuidado de pacientes portador de prótese valvar mecânica** que tem como finalidade avaliar a prática de autocuidado do paciente portador de prótese valvar mecânica. Assim, gostaria de contar com a sua participação, permitindo que seja realizada uma entrevista com o(a) senhor(a) para responder a um instrumento de dados, que contém questões sobre características sócio-demográficas, dados clínicos e prática do autocuidado.

Esclarecemos que:

- As informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa, sendo a sua participação voluntária, tendo você, liberdade de desistir a qualquer momento da pesquisa. A sua recusa não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. As informações ficarão em sigilo e o seu anonimato será preservado.
- Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar.
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias sendo que uma ficará com o pesquisador e a outra com você. Existe um desconforto e risco mínimo para você, porém esta pesquisa poderá trazer benefícios com relação ao autocuidado do portador de prótese valvar mecânica. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.
- Gostaria de colocar que a sua participação será de extrema importância para a realização desta pesquisa. Se necessário, pode entrar em contato com a pesquisadora.

Nome: Lídia Stella Teixeira de Meneses **Instituição:** Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 949 - Rodolfo Teófilo **Telefone:** (085) 3366 8057
E-mail: lidiastellatm@yahoo.com.br

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo. Fone: 33668344

O _____ abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda está recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do voluntário	Assinatura do voluntário
Nome do pesquisador	Assinatura do pesquisador
Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Assinatura da testemunha