



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

IRES LOPES CUSTÓDIO

**AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DE PACIENTES APÓS TRANSPLANTE  
CARDÍACO ACOMPANHADO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM**

FORTALEZA

2012

IRES LOPES CUSTÓDIO

**AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DE PACIENTES APÓS TRANSPLANTE  
CARDÍACO ACOMPANHADO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção de Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Francisca Elisângela  
Teixeira Lima

FORTALEZA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

C991a

Custódio, Ires Lopes.

Avaliação do autocuidado de pacientes após transplante cardíaco acompanhado na consulta de enfermagem / Ires Lopes Custódio. – 2012.

136 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Centro de Ciências da Saúde; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Mestrado em Enfermagem; Fortaleza, 2012.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima.

1. Papel do Profissional de Enfermagem. 2. Autocuidado. 3. Transplante de Coração. I. Título.

---

CDD 610.73691

IRES LOPES CUSTÓDIO

**AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DE PACIENTES APÓS TRANSPLANTE  
CARDÍACO ACOMPANHADO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Enfermagem na Promoção da Saúde.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Francisca Elisângela Teixeira Lima  
Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Thereza Maria Magalhães Moreira  
Membro Efetivo

---

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes  
Membro Efetivo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lúcia de Fátima da Silva  
Membro Suplente

***Dedicatória:***

Aos meus pais, Miguel (*in memoriam*) e Marquesa, exemplo de força e coragem que estimularam a importância do conhecimento.

Ao meu esposo, Ivanovich, pela paciência, compreensão e amor.

A Roberta e Iasmin, anjos que iluminam a minha vida e me deram força para continuar sempre aprendendo.

## AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora, por conceder-me serenidade nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, que amo, por me ensinarem a esperar em Deus e a erguer a cabeça.

Ao meu esposo, Ivanovich, e às minhas meninas, Roberta e Iasmin, por terem sido compreensíveis e terem me suportado nesses momentos de estresses. Eu os amo!

A todos os meus irmãos, em especial a Acácia (*in memoriam*), Francinete, Livia, Diana, Ana Lúcia e Jefferson por estarem compartilhando do sucesso da minha vida, incentivando-me e apoiando-me na realização dos meus sonhos. Amo a todos!

Aos meus sobrinhos, David, Onnara e Nara, que contribuíram expressivamente para esse meu sucesso.

À minha grande e querida orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Francisca Elisângela Teixeira Lima, que, muitas vezes, fez o papel de irmã, mãe e amiga, contribuindo significativamente para muito do que sou hoje. Agradeço por seguirmos juntas nesse caminho. Agradeço, ainda, por acreditar em mim e na minha capacidade. Amo você!

Às amigas Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Neyva e Doutoranda Islene Victor, obrigada pela amizade e força.

Às amigas Dra Ana Ruth, Margarida e Valquíria, pelo estímulo.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, pelo seu incentivo no decorrer dessa caminhada.

Aos coordenadores da equipe do transplante cardíaco Dr. João David de Sousa e Dra. Marilza, e também a secretária Francisca, do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, pelo consentimento e realização deste estudo.

Às enfermeiras do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, e, em especial, às da equipe do transplante cardíaco: Dra. Vera Mendes, Dra. Rachel Carvalho, Dra. Aline Braga, Dra. Vanessa Maia e Dra. Mabel Leite, pelo apoio e incentivo no decorrer dessa caminhada.

Às diretoras do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Dra. Samya Coutinho, Dra Socorro Martins e a chefe de Enfermagem Dra Celina, por terem sido sempre solícitas aos meus pedidos. Parabéns, por serem exemplos de líderes. Minha eterna gratidão!

Ao diretor do Hospital Municipal do Maracanaú, Dr. João Elísio de Holanda, Dr. João Borges, pelo apoio nessa minha caminhada.

Ao coordenador dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) do Hospital de Messejana, Dr. Adilson Martins, e as funcionárias Karla e Liduina, por terem me dado força em todo o período da construção do estudo.

Aos colegas Roberto Freire e Higor do Hospital de Messejana, pelo apoio.

Às companheiras do mestrado, Shériida, Fernanda, Larissa, Rosa e Joelna por termos compartilhado conhecimentos e, mesmo trilhando caminhos diferentes, tínhamos em comum um objetivo: SERMOS MESTRAS!

Às graduandas Ana Paula, Luiza e Tamires, pela ajuda nas coletas de dados.

Aos membros da Banca, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Thereza Magalhães, Prof.<sup>a</sup> Dr. Marcos de Oliveira e à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lúcia de Fátima, por terem aceito participar da avaliação deste estudo e por suas preciosas contribuições.

Ao Professor Paulo Cesar, pela sua compreensão e contribuições nas análises estatísticas.

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.

Aos pacientes que realizaram transplante cardíaco, por terem aceito participar do estudo, pois, sem eles, este estudo seria inviabilizado.

À professora Maria do Céu, pelas correções de português e seus ensinamentos.

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



*‘Tudo o que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo, uma planta, uma criança, um idoso, o planeta terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência’*

(BOFF, 1999)

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes transplantados cardíacos, considerando os fatores condicionantes para o autocuidado: sexo, idade, cor, estado civil, procedência, escolaridade, ocupação, renda familiar, prática religiosa. Fortaleza-CE, 2012.....	64
Tabela 2 - Distribuição dos pacientes transplantados cardíacos, considerando as características clínicas: diagnóstico médico do transplante. Fortaleza-CE, 2012..	65
Tabela 3 - Distribuição dos pacientes transplantados cardíacos, considerando os requisitos de autocuidado. Fortaleza-CE, 2012.....	66
Tabela 4 - Distribuição dos pacientes quanto aos Escores do Perfil de Engajamento no Autocuidado (PEAc), Fortaleza, 2012.....	72
Tabela 5 - Comparação do Perfil de Engajamento do Autocuidado com os fatores condicionantes para o autocuidado: sexo, idade, cor, estado civil, procedência, escolaridade, ocupação, renda familiar, prática religiosa. Fortaleza-CE, 2012.....	74

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	13
2 OBJETIVOS .....	22
3 REVISAO DE LITERATURA .....	23
3.1 Contextualização do transplante cardíaco.....	23
3.2 Práticas do autocuidado para a promoção da saúde dos pacientes transplantados cardíacos.....	28
3.3 Consulta de enfermagem ao paciente transplantado cardíaco.....	36
4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO .....	39
5 METODOLOGIA .....	50
5.1 Tipo de estudo .....	50
5.2 Local da pesquisa.....	50
5.3 População e amostra.....	51
5.4 Coleta de dados.....	52
5.5 Análise dos resultados .....	59
5.6 Aspectos ético-legais .....	62
6 RESULTADOS.....	63
6.1 Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes: fatores condicionantes para o autocuidado.....	63
6.2 Requisitos de autocuidado universal, desenvolvimental e desvio de saúde.....	66
6.3 Escores do Perfil de Engajamento no Autocuidado (PEAc).....	72
6.4 Comparação do Perfil de Engajamento do Autocuidado com os fatores condicionantes para o autocuidado.....	73
7 DISCUSSÕES.....	78
7.1 Fatores condicionantes do autocuidado correlacionados com o Perfil de Engajamento do Autocuidado (PEAc).....	78
7.2 Requisitos de autocuidado universal, desenvolvimental e desvio de saúde .....	111
7.3 Escores do Perfil de Engajamento no Autocuidado (PEAc).....	111
8 CONCLUSÃO.....	114
REFERÊNCIAS.....	118
APÊNDICES E ANEXOS .....	130
APÊNDICE A – Roteiro de Coleta de Dados .....	131
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	135
ANEXO I – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....	136

## RESUMO

O transplante cardíaco é uma modalidade terapêutica de alta complexidade e exige do enfermeiro uma assistência específica, com qualidade, tendo como foco o autocuidado, uma vez que possibilita o envolvimento do paciente de maneira participativa no tratamento. Teve-se como objetivo geral avaliar o autocuidado de pacientes que realizaram transplante cardíaco, baseado no Modelo do Autocuidado de Orem. E como específicos: identificar os fatores condicionantes que interferem na prática do autocuidado de paciente transplantado cardíaco após a alta hospitalar; verificar os déficits de autocuidado de pacientes adultos que realizaram transplante cardíaco; e correlacionar os fatores condicionantes com o Perfil de Engajamento do Autocuidado. Trata-se de um estudo descritivo-analítico, com delineamento transversal e natureza quantitativa, desenvolvido na Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca de um hospital público terciário da cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil. A amostra foi composta por 63 pacientes transplantados cardíacos, que atenderam aos critérios de inclusão. A coleta de dados foi realizada mediante uma entrevista individualizada, no período de outubro a dezembro de 2011. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob protocolo do CEP/HM: 109/11. Como resultados dos fatores condicionantes, obteve-se: sexo masculino (88,9%); a idade variou de 23 a 72 anos, predominando de 40 a 59 anos (68,3%); cor da pele não-branca (74,6%), católico (81,0%); casado (77,8%); procedentes do interior do estado (49,2%); nível de escolaridade-ensino fundamental (71,4%); aposentado ou não trabalha (82,5%); renda de até um salário mínimo (47,6%); miocardiopatia chagásica (28,6%); tempo pós-transplante entre um e três anos (39,7%). Em relação ao autocuidado do requisito universal, têm-se como déficit os seguintes dados: oxigenação/respiração (26,9%); higiene pessoal (31,7%); higiene do ambiente domiciliar (47,6%); ingestão de líquidos (39,6%); ingestão de alimentos (68,8%); eliminações (20,6%); prática de exercício físico (87,3%); sono e repouso (79,3%); interação social (90,4%); comportamento emocional (58,7%); prevenção de doença/promoção da saúde (77,7%); tabagismo (1,58%); etilismo (3,17%); prática sexual (61,9%); prevenção do câncer (60,3%). Quanto ao autocuidado do requisito desenvolvimental, apresentou os seguintes déficits: participação das atividades educativas (39,6%); adaptação às mudanças após transplante cardíaco (34,9%). E ao requisito desvio de saúde, têm-se os seguintes déficits: comparecimento às consultas da equipe de saúde (41,2%); imunização básica (100%); uso de máscara descartável (46%); contato com pessoas e animais domésticos (38%); e conhecimento (20,6%). O Perfil de Engajamento do Autocuidado variou de 88 a 113, constatando-se que a maioria dos pacientes apresentou algum déficit de autocuidado, pois 57,1% estavam na classe que “frequentemente realizava autocuidado”. No entanto, embora nenhum paciente realizasse 100% das práticas de autocuidado recomendadas para o transplantado cardíaco, 42,9% sempre realizavam o autocuidado. Conclui-se que os pacientes transplantados cardíacos apresentam déficit de autocuidado para manutenção e promoção da saúde. Portanto, é necessário que os profissionais da equipe de transplante cardíaco estejam atentos para os fatores condicionantes do autocuidado dos pacientes transplantados cardíacos, visando estabelecer estratégias para redução do déficit de autocuidado.

**Palavras chaves:** Enfermeiro; Autocuidado; Transplante cardíaco.

## ABSTRACT

Cardiac transplantation is a highly complex therapeutic modality that requires specific assistance of nurses, with quality and focused on self-care, as it enables patient involvement in a participatory way in treatment. The general objective was to evaluate self-care of patients who underwent heart transplantation, based on Orem's Self Care Model. And as specific objectives: identify the conditioning factors that affect the practice of self-care of heart transplant patient after discharge; verify the self-care deficits in adult patients who underwent heart transplantation; and correlate the conditioning factors with the Profile of Engagement Self-care. This is a descriptive-analytical study, with transverse delineation and quantitative nature, developed in the Transplant and Heart Failure Unit of a tertiary public hospital in Fortaleza-Ceará-Brazil. The sample consisted of 63 heart transplant patients who attended the inclusion criteria. Data collection was performed by an individual interview, during the period of October to December 2011. The project was approved by the Ethics and Research Committee, under protocol CEP/HM: 109/11. The results of the conditioning factors were: males (88.9%), between the ages of 23 to 72 years old, predominantly 40 to 59 years old (68.3%), non-white skin color (74.6%), catholic (81.0%), married (77.8%) originating from the countryside (49.2%), primary education level (71.4%), retired or not working (82.5%); minimum wage income (47.6%), chagasic cardiomyopathy (28.6%), *time after transplant* between one to three years (39.7%). Regarding self-care in an universal requirement, there is a deficit of the following data: oxygenation / respiration (26.9%), personal hygiene (31.7%), home environmental hygiene (47.6%), fluid intake (39.6%), food intake (68.8%), deletions (20.6%), physical exercise (87.3%), sleep and rest (79.3%), social interaction (90.4%), emotional behavior (58.7%), disease prevention / health promotion (77.7%), smoking (1.58%), alcoholism (3.17%), sexual activity (61.9%), cancer prevention (60.3%). As the self-care developmental requirement, the following deficits were presented: participation in educational activities (39.6%), adaptation to changes after heart transplantation (34.9%). And the requirement of health deflection, here are the following deficits: attending medical appointments conducted by the health team (41.2%), basic immunization (100%), use of disposable mask (46%), contact with people and domestic animals (38%) and knowledge (20.6%). The Profile of Engagement Self-care ranged from 88 to 113, noting that most patients showed some self-care deficit, since 57.1% were in the group that "often performed self-care." However, although no patient performed 100% of self-care practices recommended for heart transplant, 42.9% always performed self-care. We conclude that cardiac transplant patients have a deficit of self-care maintenance and health promotion. Therefore, it is necessary that the professional heart transplant team be aware of the factors that influence self-care of cardiac transplant patients, to establish strategies for self-care deficit reduction.

**Keywords:** Nurse, Self-care, Heart transplant.

## 1 INTRODUÇÃO

O transplante cardíaco é uma modalidade terapêutica de alta complexidade para os pacientes com insuficiência cardíaca. Assim, exige dos enfermeiros uma assistência específica, com qualidade e domínio técnico-científico para promover a saúde dessas pessoas.

Promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2002). Assim, cabe aos pacientes praticar o autocuidado para recuperar e promover sua saúde após o transplante cardíaco.

Diante dessa necessidade, tem-se como objeto de estudo a avaliação da prática do autocuidado realizada pelo paciente transplantado cardíaco acompanhado na consulta de enfermagem.

O transplante cardíaco é uma modalidade de tratamento, que possibilita a reversão de uma doença grave de um paciente cardíaco, utilizada quando não há mais nenhum tipo de tratamento disponível (BRAUNWALD; ZIPES; LIBBY, 2003). Lemos e Cantinelli (2001) corroboram ao firmarem que o transplante cardíaco está indicado como forma de recuperação dos agravos cardíacos considerados graves, nos quais o tratamento cirúrgico está indicado como forma de recuperação. Tem como finalidade a recuperação e reabilitação das condições clínicas do paciente, pois o coração apresenta-se insuficiente para manter suas funções. Este procedimento visa a uma sobrevida maior, além de lhes devolver sustentável parcela da qualidade de vida.

No entanto, para o êxito do transplante, é necessário que o paciente seja um ser participativo no processo do cuidar, praticando o autocuidado. Assim, o transplante cardíaco, por ser uma terapêutica complexa, requer assistência específica de qualidade e exige do enfermeiro constante acompanhamento das necessidades do paciente e permanente estímulo e motivação à prática do autocuidado, para que o paciente se recupere o mais rápido possível e adote um estilo de vida saudável.

A despeito dos vários avanços direcionados ao tratamento clínico dos pacientes com insuficiência cardíaca, o transplante cardíaco continua sendo a terapêutica de escolha. E o avanço nessa área foi observado na última década, com a incorporação de novas técnicas

cirúrgicas, imunossupressores, novos métodos diagnósticos e novas abordagens da equipe multidisciplinar no pré e pós-operatório precoce e tardio (BACAL *et al.*, 2009).

O registro da *International Society for Heart and Lung Transplantation* mostra uma experiência acumulada de 76538 transplantes cardíacos ortotópicos, realizados em 352 centros em todo o mundo, no qual 3040 transplantes cardíacos foram realizados em 2006 (BOUCEK *et al.*, 2007).

O Brasil tem ocupado cada vez mais espaço no campo dos transplantes, com destaque na América Latina, e, acima de tudo, como país referência no transplante cardíaco na doença de Chagas, guiando condutas incorporadas no mundo todo (BACAL *et al.*, 2010).

Segundo o DATASUS, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, totalizaram 633 procedimentos de transplantes cardíacos em todo o Brasil, no qual foram realizados 162 no ano de 2008, 169 em 2009, 160 em 2010 e 142 em 2011. Nesse universo, ressaltam-se os estados mais expressivos, a exemplo de São Paulo, que realizou 266 transplantes cardíacos, seguido de Paraná com 91, Minas Gerais com 79 e Ceará com 71 procedimentos. Destaca-se que, dentre os 71 transplantes cardíacos realizados no estado do Ceará, 24 foram em 2008, 20 em 2009, 12 em 2010 e 15 transplantes cardíacos até dezembro de 2011 (BRASIL, 2012).

Diante desse elevado número de transplante cardíaco, é imprescindível que uma equipe multiprofissional, atuando em caráter interdisciplinar, acompanhe o paciente transplantado para atingir o melhor nível de saúde e de bem-estar, assim como uma boa qualidade de vida (SANTOS; OLIVEIRA, 2004).

Dentre os membros da equipe multidisciplinar, o enfermeiro ocupa o seu lugar de destaque, pois, em sua formação e atuação profissional, desenvolve papéis nos âmbitos educativo, gerencial, na coordenação e implementação da assistência de Enfermagem ao paciente, à família e à comunidade. Segundo Zago (1992), o enfermeiro tem características que facilitam o seu papel de educador com o paciente, uma vez que ele é o elemento da equipe que mais tempo permanece ao lado do paciente e tem a capacidade de observá-lo e considerá-lo como um todo, e não apenas como um caso.

De acordo com Bacal *et al.* (2009), a assistência de enfermagem ao paciente transplantado cardíaco deve envolver o processo de educação em saúde, com

acompanhamento individualizado e sistematizado, por meio da consulta de enfermagem, estimulando às práticas do autocuidado.

Zagonel (2001) corrobora afirmando que a consulta de enfermagem configura-se em uma tecnologia que contribui para o cuidado efetivo e confere organização das informações de maneira racional, lógica e sistemática.

Não obstante, a assistência de enfermagem deve ser fundamentada em uma teoria de enfermagem. Além disso, proporciona a adaptação de intervenções às necessidades individuais dos pacientes e seu uso associado a uma teoria pode direcionar uma assistência mais efetiva, com condições de participação do paciente no planejamento do cuidado.

Sampaio *et al.* (2008), ao desenvolverem um estudo de caso clínico, constataram que a teoria do autocuidado revelou-se como base para o cuidar que propiciou a comunicação terapêutica entre o enfermeiro e a paciente no seu domicílio, adequando-se à sua problemática. Afirmando ainda que estudos como este poderão estimular enfermeiros a trabalhar com as teorias de Enfermagem.

Diante dessa realidade, optou-se por fundamentar esse estudo no modelo teórico de Dorothea Orem (1995), o qual determina que o autocuidado é relacionado com o cuidado pessoal, requerido pelos indivíduos cotidianamente para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento, bem como a prática de atividades que indivíduos pessoalmente iniciam e fazem por eles mesmos, para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Além disso, o autocuidado é uma condição de cada pessoa, tanto o homem quanto a mulher e a criança, pois, quando ele não é mantido, enfermidades e doenças específicas poderão ocorrer.

Assim, as maneiras para determinar e conhecer as necessidades de autocuidado de alguém não são natas. Em geral, as atividades de autocuidado, para serem apreendidas, estão relacionadas a vários fatores que interferem nesse processo, como as crenças, hábitos e práticas que caracterizam o modo de vida cultural de um grupo ao qual o indivíduo pertence. Ainda assim, os fatores individuais de idade e saúde geralmente determinam o grau do alcance das atividades de autocuidado que uma pessoa pode desempenhar (OREM, 1971).

Segundo Orem (1980), cada padrão estabelecido de um adulto em responder a estímulos externos e internos irá afetar suas decisões e outras ações relacionadas ao autocuidado. Portanto, estabelecer uma demanda de autocuidado terapêutico requer uma investigação e compreensão da existência dos requisitos do autocuidado, para julgar o que



pode e o que deve ser feito. Nesse contexto, terapêutico quer dizer que ajuda no processo de vida, sendo reparador ou curativo relacionado à má função, devido aos processos de doenças, assim como contribuidor para desenvolvimento pessoal e maturação.

Portanto, o autocuidado, como uma abordagem prática e terapêutica, envolve a ação de autocuidado, a qual é uma resposta prática de uma pessoa a uma demanda vivenciada ou experienciada para se autoassistir. Desta forma, as demandas podem se originar na pessoa, com falta de energia ou problemas emocionais, ou de outras pessoas, como profissionais da saúde para paciente (OREM, 1980).

Nessa perspectiva, um princípio para organização de possíveis tipos de respostas e demandas de autocuidado é que alguns tipos de autocuidado são universalmente necessários enquanto outros são necessários somente no caso de doenças ou injúrias. Por motivos de referência, o primeiro tipo é chamado requisito de autocuidado universal e o segundo, de desvio de saúde. Os requisitos de autocuidado desenvolvimental são também expressões especializadas dos requisitos de autocuidado universal que têm sido particularizados por processos desenvolvimentais, no qual eles são requisitos novos derivados de uma condição, a exemplo da gravidez, ou associados com um evento como a perda de um cônjuge ou pai (OREM, 1980).

Em publicações mais recentes, Orem (1993; 1995) reformula os conceitos dos requisitos, considerando que 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, o qual existe para as pessoas enfermas, que apresentam formas específicas de doenças, deficiências ou incapacidades, que estejam sob diagnóstico e tratamento médico.

Diante do exposto, é de fundamental importância que o enfermeiro, para habilitar uma pessoa a praticar o autocuidado, entenda os seus comportamentos. E no caso dos pacientes que se submeteram a um transplante cardíaco, o enfermeiro deve conhecer o seu contexto de vida, uma vez que satisfazer as necessidades do paciente irá depender da sua personalidade, seu comportamento nas diversas situações, condição social, cultural, econômica, sobretudo, da forma como o indivíduo percebe a sua doença. Segundo Orem

(1971), a enfermagem deve ter uma preocupação especial com a necessidade do homem de se autocuidar, prover e gerenciar o autocuidado em sua rotina para que ele possa continuar sua vida, recuperar-se de doenças ou injúrias e conviver com seus efeitos.

Não obstante, o enfermeiro deve ter como principal preocupação a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo, tendo em vista os vários fatores que interferem no autocuidado, em uma base contínua, para sustentar a vida e a saúde, sobretudo recuperar-se de doença e compatibilizar-se com seus efeitos (OREM, 1971). De tal modo que, para a enfermagem prover cuidados em um adulto transplantado cardíaco, a partir de uma abordagem terapêutica, deve considerar a capacidade do paciente para manter seu autocuidado, considerando todos os fatores envolvidos no pré, trans e pós-operatório, buscando melhorar sua saúde, manter seu bem-estar, aumentar sua sobrevida e, principalmente, evitar complicações.

Assim, a Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem é constituída de três constructos teóricos que se encontram inter-relacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (OREM, 1993).

A teoria do autocuidado descreve e explica porque o autocuidado é necessário para a saúde e bem-estar da pessoa. É definido como a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Desta maneira, as capacidades do indivíduo, para engajar-se no autocuidado, estão condicionadas pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sócio-cultural, saúde e recursos disponíveis (OREM, 1995). Logo, a pessoa que se submeteu ao transplante cardíaco deve ser encorajada a praticar o autocuidado de maneira ativa, pois o cuidado pessoal é indispensável para a melhoria de sua qualidade de vida e diminuição das complicações. Assim, promover mudança no estilo de vida e estimular o paciente a atuar no autocuidado é importante para ajudá-lo no tratamento (SAMPAIO *et al.*, 2008).

A teoria do déficit de autocuidado explica quando e por que a enfermagem é necessária para ajudar as pessoas. Igualmente, acontece quando um adulto se encontra incapacitado ou limitado para prover o autocuidado contínuo e eficaz, havendo a necessidade de cuidados da enfermagem. Isso muitas vezes ocorre quando os pacientes precisam incorporar medidas novas para o autocuidado, ou seja, requeira conhecimentos e

habilidades especializados a serem adquiridos a partir de treinamento e experiência (OREM, 1995).

Deste modo, a enfermagem é um serviço de saúde especializado, principalmente quando direcionado ao tratamento do paciente transplantado cardíaco, o qual é complexo, sobretudo por ter seu foco de atenção nesses pacientes com incapacidades para a contínua provisão de quantidade e qualidade de cuidados em um momento específico, sendo eles reguladores de seu próprio funcionamento e desenvolvimento.

Em relação à teoria de sistemas de enfermagem, a qual explica como o enfermeiro se organiza para ajudar as pessoas em função de sua estrutura e conteúdo de sua prática. Assim, deve ser planejado pelo profissional enfermeiro, baseado nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do paciente para a execução de atividades de autocuidado (OREM, 1995).

Para esse estudo, consideraram-se a teoria do autocuidado e a teoria do déficit de autocuidado na reabilitação do paciente transplantado cardíaco, considerando os requisitos universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde, relevantes para um adulto transplantado cardíaco.

Assim sendo, Bocchi *et al.*(2009), Santos e Oliveira (2004) afirmam que o engajamento do paciente no autocuidado é possibilitado pela implementação de ações educativas que visem à mudança de comportamento, buscando adotar estilo de vida saudável, que integra um modelo de educação em saúde e está diretamente associado ao bom relacionamento entre enfermeiro, paciente e família. Pela complexidade do tratamento do transplantado cardíaco, necessita ser desenvolvido pelo enfermeiro, método de tratamento baseado nas necessidades dos pacientes, sobretudo de educação em saúde, no qual envolva mudança de comportamento e estilo de vida, com participação efetiva desse paciente na prática do autocuidado.

Santos (2004) afirma que na consulta de enfermagem acontece a exposição das queixas do paciente, para a identificação das demandas ou necessidades de autocuidado quanto ao aspecto biopsíquico e socioespiritual, e às capacidades do paciente para o exercício das atividades de autocuidado. Também envolve um momento educativo, que visa preparar o indivíduo e a família para o autocuidado. Assim, a partir das informações adquiridas pelos pacientes transplantados, as ações de enfermagem devem ser planejadas e

precisam favorecer a adesão desses pacientes no tratamento direcionado para o autocuidado, mudança de comportamento e estilo de vida saudável.

A consulta de enfermagem, para promover a qualidade de vida ao paciente transplantado cardíaco, necessita da adesão ao tratamento, que é o engajamento no autocuidado. A ocorrência deste engajamento está diretamente associada ao bom relacionamento enfermeiro-paciente e ao apoio familiar (SANTOS, 2004).

Wade *et al.* (2004) afirmam que as recomendações do enfermeiro, para o paciente submetido ao transplante cardíaco, são indicadas em todas as fases do transplante, envolvendo a implementação de atividades de educação e ensino ao paciente e família, identificação de complicação e condições para o autocuidado, bem como orientação de autoadministração de medicamentos, em especial os imunossupressores.

Crozeta *et al.* (2009) corroboram que, além da consulta de enfermagem ser uma tecnologia valiosa para o desenvolvimento da autonomia do enfermeiro, é excelente instrumento que viabiliza a prática de promoção da saúde, mediante ações educativas, voltadas à prática do autocuidado, contemplando estilo de vida favorável à saúde do paciente.

É fato que o enfermeiro tem um papel fundamental na prestação de cuidado aos pacientes e, em especial, ao transplantado cardíaco, pois, mediante a sensibilização para o autocuidado, pode evitar as várias complicações inerentes a esse procedimento, melhorar a qualidade de vida do paciente, bem como sua sobrevivência (BACAL *et al.*, 2009).

Estudo realizado por Cade (2001), para avaliar a teoria do déficit de autocuidado de Orem em mulheres com hipertensão arterial, em tratamento ambulatorial, concluiu que, a partir da avaliação dos requisitos de autocuidado, puderam direcionar-se as ações assistenciais do enfermeiro e responder às necessidades do doente crônico no tratamento, bem como possibilitar a identificação dos aspectos importantes do hipertenso para serem trabalhados pelo enfermeiro.

Outro estudo desenvolvido por Brito, Bachion e Souza (2008), sobre autocuidado de pacientes com lesão medular, atendido no ambulatório, evidenciou que há condicionantes que favorecem o autocuidado, tais como a idade (adultos jovens), disponibilidade de cuidador do sexo feminino; e condicionantes que dificultam o autocuidado, tais como escolaridade e renda baixas, os quais limitam o acesso a recursos tecnológicos.

Confirmando, assim, a necessidade de um sistema de enfermagem capaz de preparar o paciente e seus familiares para a alta hospitalar.

Assim, a assistência de enfermagem deve ter como foco o autocuidado, uma vez que possibilita o envolvimento do paciente de maneira participativa no tratamento, dividindo a responsabilidade com o enfermeiro na implementação da assistência e nos resultados.

Nesse aspecto, estão registrados na literatura diversos trabalhos elaborados no âmbito da enfermagem, utilizando a Teoria do Autocuidado de Orem: com pacientes com epilepsia (DUARTE *et al.*, 2000); com pacientes com diabetes (FERNANDES; MODESTO; NÓBREGA, 2000); pacientes pós-transplante de medula óssea (SILVA, 2001); com pacientes pós-cateterismo cardíaco (LIMA; PEREIRA; CHIANCA, 2006); paciente infartado e com HIV (LIMA *et al.*, 2007); prevenção e controle da hipertensão arterial com adolescentes (REQUIÃO; PIRES; CAMARGO, 2007); e pacientes com hipertensão arterial (MANZINI; SIMONETTI, 2009). Porém, constatou-se a inexistência da utilização da Teoria de Orem com pacientes transplantados cardíacos.

Desta forma, a realização desse estudo tem como origem a inquietação da pesquisadora, por não ter encontrado estudos que contemplassem a prática do autocuidado em paciente transplantado cardíaco, pois, apesar do número crescente de pesquisas sobre transplante cardíaco, estudos que tenham avaliado a eficácia do autocuidado como fator favorável à recuperação desses pacientes ainda são inexistentes.

Outro fator importante é que, quando a pesquisadora atuou como enfermeira da unidade de transplante cardíaco, observou empiricamente as dificuldades dos pacientes em aderir às práticas do autocuidado. Percebeu que determinados fatores contribuíam para isso, tais como a condição clínica do paciente comprometida e/ou grave, a presença de ansiedade em receber um coração, pela incompatibilidade do doador/receptor, medo, angústia, tempo de espera indeterminado e, principalmente, pela insegurança após a cirurgia do transplante.

Então, diante desses fatores, a pesquisadora observou a importância em abordar sobre o autocuidado no período pós-alta hospitalar, durante o acompanhamento do paciente transplantado no ambulatório e na consulta de enfermagem, pois constatou que o sucesso da recuperação do paciente depende da adoção de estilo de vida saudável para melhor sobrevida e, para tanto, é imprescindível a adesão do paciente às práticas do autocuidado.

Assim, a pesquisadora tornou-se consciente da necessidade de investir neste estudo, visando melhorar não só o transplante cardíaco em si mas também a realidade que envolve a prática do autocuidado dos pacientes após o transplante, considerando que o autocuidado é necessário para evitar complicações clínicas e para manter a vida do paciente com qualidade.

Dessa forma, surgiram os seguintes questionamentos: como é a prática de autocuidado de pacientes adultos que realizaram transplante cardíaco e são acompanhados na consulta de enfermagem? Quais os fatores condicionantes para a prática de autocuidado do paciente transplantado cardíaco? Quais os déficits de autocuidado desses pacientes após a alta hospitalar?

As respostas a tais questionamentos poderão estimular os enfermeiros a aperfeiçoarem a assistência de enfermagem ao paciente transplantado cardíaco, segundo a demanda de autocuidado do paciente. Desse modo, espera-se, por meio desse estudo, contribuir para o avanço na assistência de enfermagem ao paciente transplantado cardíaco, principalmente na sensibilização do paciente à prática do autocuidado, visando à prevenção dos agravos e à promoção da saúde no período pós-transplante cardíaco.

## **2 OBJETIVOS**

### **Geral**

Avaliar o autocuidado de pacientes que realizaram transplante cardíaco, baseado no Modelo do Autocuidado de Orem.

### **Específicos**

Identificar os fatores condicionantes que interferem na prática do autocuidado de paciente transplantado cardíaco após a alta hospitalar, considerando os indicadores: sexo, idade, cor, prática religiosa, estado civil, procedência, escolaridade, ocupação, renda familiar, causa e tempo de transplante cardíaco;

Verificar os déficits de autocuidado de pacientes adultos que realizaram transplante cardíaco, segundo os requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde;

Correlacionar os fatores condicionantes com o Perfil de Engajamento do Autocuidado.

### 3 REVISAO DE LITERATURA

O transplante de coração transformou-se em uma opção terapêutica para pacientes com cardiopatia em estágio terminal, quando não está respondendo ou se beneficiando do tratamento convencional. Assim, o candidato para ser transplantado cardíaco deve se encontrar em estágio final de uma doença cardíaca.

Segundo a III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica, apesar dos avanços no tratamento clínico da insuficiência cardíaca, o transplante cardíaco é reconhecido como a melhor modalidade de tratamento cirúrgico para a insuficiência cardíaca terminal, podendo melhorar a qualidade, expectativa e sobrevida do paciente (BOCCHI, 2009).

No entanto, as listas de espera são longas e há uma escassez de doadores de órgãos, razão pela qual são utilizados critérios rigorosos na inclusão da lista de espera para o transplante, para proporcionar o máximo benefício.

#### 3.1 Contextualização do transplante cardíaco

O transplante cardíaco em seres humanos teve início na Universidade de Cape Town da África do Sul, em 1967, com cirurgia realizada por Bernard (BERNARD, 1967). Em 1968, foi realizado o primeiro transplante cardíaco na América Latina e o décimo sétimo no mundo, por Zerbini e Decourt, em paciente com miocardiopatia dilatada (ZERBINI; DECOURT, 1969).

Hoje, o transplante cardíaco persiste sendo o tratamento de escolha para a insuficiência cardíaca, apesar da grande melhora na expectativa de vida com o tratamento clínico. Tornou-se um procedimento de rotina, transformando-se em terapêutica consagrada para os doentes com insuficiência cardíaca em fase terminal, melhorando cada vez mais a sobrevida (JATENE *et al.*, 1987).

Dinkhuysen (2003) complementa dizendo que há indicação de transplante cardíaco quando os pacientes apresentam insuficiência refratária ao tratamento clínico, sem outra possibilidade cirúrgica, para os quais a sobrevida é de 50% em 6 a 12 meses. Porém, existem limitações, criadas pela maior demanda de receptores diante da escassez permanente de doadores (AREOSA *et al.*, 2007).

Bacal *et al.* (2009), na II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco, corroboram com o descrito, afirmando que o transplante cardíaco é aceito como método efetivo para o



tratamento dos pacientes sem esperança, prazer ou satisfação de uma existência saudável e digna, ou, mesmo, com risco de morte. Com os novos conhecimentos do funcionamento da imunologia e da aplicação de medicamentos potentes contra a rejeição do coração transplantado, a sobrevida dos pacientes tem melhorado significativamente.

A partir dos anos 80, com a introdução de uma nova droga, a ciclosporina, houve um crescimento de procedimentos e número de centros envolvidos nos programas de transplante. Tal fato pode ser facilmente constatado no registro da *International Society of Heart and Lung Transplantation* (HOSENPUD *et al.*, 1997).

A ciclosporina foi usada pela primeira vez em *Stanford* e revolucionou os transplantes clínicos mundialmente, aumentando o número de transplantes, o índice de sobrevida e o encorajamento da sociedade em relação a eles. Ela age como imunossupressor, diminuindo a rejeição do corpo às proteínas heterólogas, como os órgãos transplantados, todavia reduz a capacidade do corpo de resistir às infecções, de modo que um equilíbrio tênue deve ser alcançado entre suprimir a rejeição e evitar a infecção (OYER *et al.*, 1983). Assim, após o surgimento da ciclosporina, os centros de transplantes cardíacos começaram a realizar mais procedimentos nessa área e as técnicas foram sendo aprimoradas.

Segundo Silva (2008) e Bacal *et al.* (2010), há duas técnicas de transplante: ortotópico e heterotópico. A técnica de transplante ortotópico descreve o procedimento cirúrgico mais comum para transplante cardíaco, pois o coração do receptor é retirado e o coração do doador é implantado nas veias cavas e pulmonares. O coração do doador, que geralmente foi preservado em gelo, é preparado para o implante ao se ressecar uma pequena parte dos átrios, a qual corresponde às ressecções feitas no coração do receptor, que permaneceram no local. O coração do doador é implantado suturando-se os átrios do doador no tecido atrial residual do coração original do receptor.

A técnica de transplante heterotópico é realizado com menor frequência. O transplante heterotópico é uma alternativa ao ortotópico. Em pacientes com impossibilidade de utilização de dispositivos de assistência circulatória mecânica, esta opção estaria indicada apesar do pior desempenho hemodinâmico e menor sobrevida. Pode ser considerado nas seguintes situações: resistência vascular pulmonar maior do que cinco unidades Wood, após o uso de vasodilatadores; desproporção entre o peso do doador e do receptor maior do que vinte por cento, quando houver emergência clínica, disfunção ventricular potencialmente

reversível, situações imprevistas que leve ao aumento do tempo de isquemia e doadores limítrofes em situação de emergência. O coração do doador é colocado à direita e um pouco anterior ao coração do receptor, o qual não é retirado.

Carlos *et al.* (2008) e Almenar *et al.* (2010) afirmam que o transplante cardíaco constitui a modalidade de tratamento de escolha para os pacientes com insuficiência cardíaca grave nas classes III ou IV, com sintomas incapacitantes com alto risco de morte dentro de um ano e sem possibilidade de outra alternativa de tratamento clínico ou cirúrgico.

O transplante cardíaco é indicado nos pacientes que apresentam insuficiência cardíaca refratária, que não responde ao tratamento clínico (BOCCHI *et al.*, 2009). Assim, as indicações mais frequentes para o transplante cardíaco são as miocardiopatias, cardiopatia isquêmica, cardiopatia congênita, doença valvular e rejeição de corações previamente transplantados. Em geral, um candidato típico possui vários sintomas não controlados pela terapêutica clínica, nenhuma outra opção cirúrgica em um prognóstico de vida inferior a um ano.

Já segundo Bacal *et al.* (2009), na II diretriz de transplante cardíaco, alguns critérios de indicações e contraindicações têm mudado nos últimos anos. Assim, na realização do transplante cardíaco, as indicações devem seguir as classes de recomendação e níveis de evidências, e as contraindicações estão incluídas as absolutas e relativas, estando relacionadas, principalmente com relação à idade, teste cardiopulmonar, resistência vascular pulmonar, obesidade, câncer, *diabetes mellitus*, doença de chagas, insuficiência renal, doença vascular periférica e abuso de drogas.

Com relação às classes e níveis de evidência para indicação do transplante cardíaco, estão: classe I (consenso sobre a indicação do procedimento e tratamento), classe IIa (evidência favorece a indicação do procedimento e tratamento), classe IIb (evidência não favorecem a indicação do procedimento e tratamento) e classe III, não indicados o procedimento e tratamento. E quanto aos níveis de evidência: A (dados obtidos a partir de estudo randomizado), B (dados obtidos em um único ensaio clínico randomizado ou vários estudos não randomizados), C (casos obtidos de estudos que incluíram uma série de casos e do consenso e opiniões de especialistas) (BACAL *et al.*, 2009).

Então, para a classe I, estão indicados os pacientes com insuficiência cardíaca refratária na dependência de drogas inotrópicas, classe funcional III e IV, doença isquêmica

com angina refratária sem possibilidade de revascularização, arritmia ventricular refrataria. Na classe IIa, os pacientes mais comuns são aqueles que realizam o teste de caminhada de seis minutos e não atingem os 300 metros, e classe III com disfunção sistólica isolada e IC classe funcional III ou IV sem otimização terapêutica. Todos com nível de evidência C (BACAL *et al.*, 2009).

A despeito das contraindicações absolutas do transplante cardíaco estão a resistência vascular pulmonar, com resultado de teste de caminhada de seis minutos e percorrer uma distância menor de 300 metros, há uma associação com maior mortalidade, doença cerebrovascular e/ou vascular periférica grave, insuficiência hepática irreversível, doença pulmonar grave, incompatibilidade ABO na prova cruzada prospectiva entre receptor e doador, doença psiquiátrica grave e dependência química e não aderência às recomendações da equipe (BACAL *et al.*, 2009; BACAL *et al.*, 2010).

Ainda referente às contraindicações relativas, incluem a idade maior de 70 anos, diabetes tipo 1 com lesões graves de órgãos-alvo, comorbidades com baixa expectativa de vida, obesidade mórbida, infecção sistêmica ativa, úlcera péptica em atividade, embolia pulmonar com menos de três semanas, neoplasia com liberação do oncologista, *diabetes mellitus* de difícil controle, hepatite B ou C, síndrome de imunodeficiência adquirida e insuficiência renal com *clearance* abaixo de 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (BACAL *et al.*, 2009).

Após a indicação do paciente ao transplante cardíaco e a realização dele, tem-se evidenciado como resultados em todo o mundo uma melhora significativa na sobrevida desses pacientes em torno de 80% a 90% no primeiro ano, 70% em cinco anos e 60% em dez anos na capacidade de exercício, retorno ao trabalho e na qualidade de vida dos pacientes submetidos ao procedimento, quando comparados ao tratamento convencional da insuficiência cardíaca (GUIMARÃES *et al.*, 2002; BACAL *et al.*, 2009).

Outros autores confirmam que a sobrevida, após transplante de coração, em um ano, em média, é de 85% e, ao final de três anos, é de 78%. Contudo, existem pacientes vivos há mais de 17 anos após o transplante. A qualidade de vida dos pacientes é melhorada, pois eles recuperam sua capacidade física, voltam a trabalhar e a praticar esportes (JATENE, 1999; MATOS, 2006).

Apesar de o transplante cardíaco apresentar melhora da condição clínica, sobrevida e qualidade de vida do paciente, ainda assim, um coração transplantado tem alterações em sua

função, pois os nervos foram cortados durante a remoção e a frequência cardíaca do coração transplantado são mais elevadas, girando em torno de 100 a 110 batimentos por minuto, enquanto a variação ideal é em torno de 60 a 100 batimentos por minuto. A resposta do novo coração às exigências do exercício e à aceleração do coração para tais fins é mais lenta (MATOS, 2009).

O Protocolo de Transplante Cardíaco (CEARÁ, 2007), o Manual do Transplante Cardíaco da Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca (UTIC) do Ceará (SOUZA NETO, 2007) e Bacal na II Diretriz de Transplante Cardíaco (2010) afirmaram que a principal complicação, após o transplante cardíaco, é a rejeição, pois o corpo pode não aceitar o órgão transplantado e as células responsáveis pela defesa tentarão expulsá-lo. Além disso, a pessoa pode apresentar outras complicações, que incluem infecção, aterosclerose nas artérias coronárias, hipertensão, hipotensão, distúrbio do sistema nervoso central, respiratório e gastrointestinal, insuficiência renal, além de respostas aos estresses psicossociais impostos pelo transplante de órgãos.

Tais complicações, durante a evolução do transplante podem ser decorrentes da falta de adesão ao tratamento, condições socioeconômicas precárias, hipertensão arterial pulmonar, quadro infeccioso, alcoolismo e dependência de drogas (BOCCHI *et al.*, 2009).

Bacal *et al.* (2009) complementam que muitos fatores podem estar associados ao sucesso ou não do transplante cardíaco, dentre eles, dizem respeito às características relacionadas com o doador ou com o receptor, no qual incluem sexo, idade, causa de morte encefálica, além da etiologia da doença, que, na maioria das vezes é associada à insuficiência cardíaca.

Dessa forma, para boa evolução do transplante cardíaco, faz-se necessário o constante acompanhamento da equipe de saúde que atende os pacientes em avaliação ou em seguimento pós-transplante, assim como os seus familiares, pois a evolução pós-operatória desses pacientes está diretamente relacionada às complicações, os quais contemplam o risco de rejeição e o risco de infecção.

Assim, os cuidados com o transplantado cardíaco se iniciam desde o processo de seleção dos potenciais receptores até os cuidados em todas as fases após o transplante. Deste modo, esses pacientes devem aderir a um complexo regime de dieta, medicamentos, atividades, exames laboratoriais de acompanhamento, biópsias (para diagnosticar a rejeição),

consultas clínicas, dentre outros procedimentos e condutas necessárias para o tratamento e a reabilitação da saúde.

### **3.2 Prática do autocuidado para promoção da saúde do paciente transplantado cardíaco**

Para o paciente transplantado cardíaco 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 às 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.

Para Bastable (2010), o ensino é um instrumento integrador que todos os enfermeiros utilizam para prestar assistência aos pacientes e familiares para desenvolverem comportamentos de saúde eficazes e alterarem padrões de estilo de vida que predispõem as pessoas aos riscos de saúde.

O ensino, com ênfase na educação para saúde, origina-se, em parte, do direito de as pessoas terem acesso a uma atenção à saúde compreensiva. Assim, possibilitará o surgimento de um público informado, que questiona mais significativamente sobre saúde e sobre os serviços de atenção à saúde que recebem. Atualmente, um dos maiores grupos de pessoas que requerem educação para a saúde são aqueles com doenças crônicas a medida que aumenta a longevidade da população, aumentam também as pessoas com essas doenças. Além disso, com o avanço das terapêuticas de tratamento, as pessoas necessitam de um comportamento mais consciente (BASTABLE, 2010; SMELTZER; BARE, 2009).

Segundo Vieira e Barroso (2003), a educação em saúde é o processo de sensibilização do ser humano para buscar a qualidade de vida, percorrendo o caminho da autonomia, visando desenvolver nas pessoas uma responsabilidade individual e coletiva para com a saúde.

Kawamoto, Santos e Mattos (1995) corroboram ao afirmar que a ação educativa em saúde deve ser compreendida como um processo que conduz os indivíduos e/ou grupos a assumirem ou ajudarem na melhoria das condições da sua saúde. Além disso, a qualidade de vida depende de políticas públicas e da participação popular mediante conhecimentos, compreensão, motivação e adoção de práticas saudáveis.

Assim, educação em saúde constitui uma estratégia de ação voltada para promoção da saúde, por possibilitar o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança, a troca de conhecimento entre os profissionais, paciente, família e comunidade, com vistas à identificação de opções a serem tomadas para estabelecer atitudes mais saudáveis (MONTEIRO, 2007). Isso justifica o uso das estratégias educativas para paciente transplantado cardíaco.

Alguns autores caracterizam a promoção da saúde como um processo social e político, no qual as ações são direcionadas para o fortalecimento das capacidades das pessoas em participar das mudanças pessoais e também para as mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas, minimizando, assim, o impacto na saúde individual e coletiva (BUSS, 2003; SILVA, 2009).

Dessa forma, as ações de promoção da saúde possibilitam a pessoa aumentar o controle sobre os determinantes da saúde, com o propósito de melhorar a sua própria saúde. Contudo, ressalta-se a importância de sua participação nesse processo, para assim sustentar as ações de promoção da saúde (BUSS, 2003). Tais ações caracterizam-se por estratégias de produção de saúde, com finalidade de alcançar novos saberes e fazeres que ampliem as alternativas de qualidade de vida da população. Além de representar uma estratégia nos âmbitos político, assistencial, educacional e gerencial com estrutura conceitual que contribui na transformação da construção de ações que possam atender às necessidades sociais em saúde (SILVA, 2009).

Segundo Silva (2009), a promoção da saúde depende de alguns fatores importantes para acontecer, os quais incluem a compreensão de saúde, os processos de trabalho e educação, formação dos profissionais de saúde e o controle social.

Diante dessas definições, compreende-se que a promoção da saúde tem estreita afinidade com a educação da saúde e está relacionada com a vigilância em saúde, exigindo uma inter-relação na construção dos consensos entre as pessoas e na execução das políticas públicas pelos governantes. Dessa forma, percebe-se a importância dos enfermeiros em desenvolverem educação em saúde, pois ele, como educador, é responsável pelo ser humano e, por meio da educação em saúde, propicia oportunidade de uma experiência mais digna e uma assistência mais compreensiva no cuidado.

Como afirma Paulo Freire (2004), na realização de educação em saúde, o educador deve ser compreendido como um facilitador no processo de aprendizagem, cujas responsabilidades e tomadas de decisões devem ser compartilhadas com o aprendiz. E, nesses termos, ressalta-se que o educador não é um manipulador de informações, mas instituidor de possibilidades para que o aprendiz adote sua própria construção de conhecimentos.

Assim, promover a saúde da pessoa transplantada cardíaca está relacionado com ações educativas direcionadas principalmente à prática do autocuidado, por permitir ao paciente compreender sua responsabilidade no tratamento e reabilitação, bem como realizar suas atividades diárias de forma mais consciente e de qualidade.

Nesse contexto, o autocuidado está relacionado com a promoção da saúde na medida em que viabiliza a saúde e qualidade de vida do transplantado cardíaco, pois contribui para o paciente adquirir um comportamento adequado para realizar as mudanças no estilo de vida e evitar complicações. O exercício das atividades de autocuidado cobra a necessidade de saberes, tais como conhecimento dos problemas de saúde, formas de tratamento, medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças (SANTOS; SILVA, 2002).

Segundo Aguiar *et al.* (2010), após o transplante cardíaco, os pacientes melhoram sua condição clínica e, em consequência, sua qualidade de vida, pois o transplante cardíaco representa a única opção de tratamento para os pacientes com falência cardíaca. Porém, frequentemente, apresentam outros problemas clínicos e emocionais que dificultam a sua reabilitação. Isso denota uma especificidade na assistência prestada pelo enfermeiro, a qual deve ser direcionada para prática do autocuidado, pois essa prática representa significativamente em aumento de sobrevida e qualidade de vida dos pacientes.

Assim, para prestar uma assistência digna para o transplantado cardíaco, o enfermeiro necessita oferecer cuidados peculiares e de qualidade. Além de fornecer educação específica para o paciente, deve envolver a família, sobretudo, focar as necessidades educacionais do seu convívio social.

Portanto, a educação para a saúde é importante no cuidado de enfermagem, uma vez que ela pode capacitar as pessoas a terem comportamentos que conduzam a um ótimo autocuidado. E sempre será uma estratégia primordial para engajar o paciente nas ações de autocuidado. O enfermeiro, por meio de uma reflexão crítica, relacionando a teoria ao

contexto da prática, cria possibilidades para a produção ou construção do conhecimento necessário a ela, com a finalidade de atender suas demandas de autocuidado, desenvolvendo capacidades e eliminando seus déficits de autocuidado (SANTOS; SILVA, 2002).

Segundo o Protocolo de Transplante Cardíaco (CEARÁ, 2007) e o Manual do Transplante Cardíaco da Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca (UTIC) do Ceará em Ceará (SOUZA NETO, 2007), os cuidados importantes, após o transplante cardíaco, incluem várias condutas que devem ser adotadas pelos pacientes, conforme exposto nos parágrafos seguintes.

Essas condutas envolvem a higiene corporal e do vestuário, saúde bucal, sono e repouso, alimentação, líquidos ingeridos, prática sexual, exercícios físicos, atividade ocupacional, ambiente domiciliar, tratamento medicamentoso, realizar exames de rotina, acompanhamento ambulatorial com todos os profissionais da equipe de saúde do transplantado e manutenção do esquema de vacina atualizada.

Deste modo, para a higiene corporal e vestuário, foram estabelecidos alguns procedimentos, os quais são considerados importantes para o paciente transplantado. Inclui a manutenção da limpeza corporal com o banho diário obrigatório, utilizando, de preferência, produtos neutros. A lavagem dos cabelos deve ser diária (para os homens), ou em dias alternados (para as mulheres), mantendo os cabelos cortados e limpos para prevenir parasita; depilar os pelos com lâminas descartáveis e/ou materiais assépticos, evitando ferimentos e lesões na pele; conservar as unhas cortadas e limpas e atentar para a desinfecção dos materiais utilizados para este fim e cuidado com a remoção das cutículas; usar vestimentas leves, confortáveis e adequadas ao nosso clima; manter roupas limpas e secas; após o banho, enxaguar bem os pés, principalmente, entre os dedos; evitar andar descalço, pois o calçado de uso frequente deve proteger os pés sem causar calosidade, fissura ou outra lesão.

Do mesmo modo, abrangem procedimentos relacionados ao ambiente domiciliar, como a manutenção do domicílio limpo e sem objetos que acumulem poeira e mofo, bem como as instalações sanitárias em boas condições de higiene. Utilização de água filtrada e/ou fervida na preparação dos alimentos, conservação dos alimentos bem acondicionados, protegendo-os de moscas e outros insetos. Lavar sempre as mãos com água e sabão antes das refeições, depois de usar o sanitário, ou, sempre que necessário, utilizar máscara descartável em ambiente público ou na presença de outras pessoas, até o terceiro mês de pós-operado,



sobretudo evitar as visitas no domicílio das pessoas. Evitar a exposição desnecessária e contato com pessoas diferentes do seu convívio cotidiano e, ao retornar ao hospital para as consultas ambulatoriais, não dispensar o uso da máscara descartável e calçado fechado.

Quanto à saúde bucal, no qual envolve a higiene oral, esta deverá ser realizada três vezes ao dia, principalmente após as refeições, cabendo ao paciente examinar diariamente a mucosa oral e procurar o dentista em caso de lesões.

Em relação ao sono e repouso, a pessoa transplantada deve respeitar a regularidade dos horários de deitar e levantar, seguindo as seguintes recomendações: procurar dormir cerca de 6 a 8 horas durante a noite; dormir e acordar cedo é mais saudável, pois proporciona ânimo e disposição; repousar durante o dia, mas evitar permanecer na cama grandes períodos, pois poderá dificultar sua recuperação e causar distúrbio de sono à noite; evitar o uso de substâncias estimulantes, como café, antes de deitar, para evitar insônia.

Quanto à alimentação, são recomendados nutrientes saudáveis, para manter o coração sadio, cabendo ao paciente fazer a escolha correta dos alimentos, ou seja, reduzir o consumo de carnes vermelhas, dando preferência às brancas (frango, peixe e peru) sem a pele, consumindo-as pelo menos três vezes por semana, evitar miúdos (moela, coração) e embutidos em geral (linguiça, salsicha e presunto), pois são ricos em colesterol. Manter a ingestão adequada de cálcio por meio do leite, iogurte e queijo, de preferência na versão desnatados. Assim, melhor fazer opção pelos queijos brancos como frescal de minas, ricota, búfala, *toffu* ou cottage e evitar leite, iogurte integral e os queijos gordos, como coalho, prato, mussarela e de manteiga. Controlar a quantidade de gema de ovo e de alimentos que a contenham, consumindo, no máximo, dois a três ovos por semana, preferencialmente cozidos. Utilizar cereais e leguminosas, devendo-se dar preferência às leguminosas (feijão, soja, lentilha), que formam dupla perfeita com os cereais (arroz, trigo, milho), devendo dar preferência aos cereais e leguminosas integrais, pois são boas fontes de fibras. Moderar o consumo de pães e biscoitos, dando preferência aos integrais e com fibras, evitando biscoitos recheados ou amenteigados, *crossants*, sonhos, roscas e produtos de pastelaria (pastel, coxinha). Caso escolha uma refeição com sanduíche, preferir os mais simples, sem molhos e maionese.

Ainda assim, procurar consumir diariamente frutas e vegetais, pois são fontes de vitaminas, minerais e fibras. Substituir a manteiga e as margarinas duras pelas cremosas

(sem gordura trans no rótulo), utilizar óleos vegetais, deixando de lado as gorduras animais, evitar frituras em geral, evitar alimentos à base de açúcar, mel, doces, chocolates, sorvetes, bolos, refrigerantes, pois seu excesso calórico aumenta o peso e glicemia. Substituir o açúcar por adoçante, reduzir o sal, limitando a ingestão total diária. Evitar usar o saleiro à mesa e acrescentar sal às refeições. Preferir sempre temperos naturais como alho, cebola, cheiro verde. Evitar alimentos industrializados.

Quanto às medidas necessárias para a ingestão de líquidos, devem ser relacionadas com o consumo considerável de líquidos, tanto na forma de água, como sucos e chás, em torno de 3 litros/dia.

Relacionado à prática sexual, o paciente deve reiniciar a atividade sexual somente após os três meses de transplante e deve ser antecedido por avaliação urológica para homens e ginecológica para as mulheres, além de usar, obrigatoriamente, o preservativo para prevenir doenças sexualmente transmissíveis. O parceiro deve realizar anualmente exame urológico e/ou ginecológico e sempre que perceber qualquer alteração (dor, coceira, corrimento). As mulheres transplantadas sexualmente ativas devem evitar a gravidez, fazendo uso de métodos contraceptivos naturais (camisinha, tabela).

Para os exercícios físicos, o paciente transplantado cardíaco deve, de acordo com a determinação médica, iniciar os exercícios de baixa intensidade, aumentando lentamente a frequência cardíaca, pois ocasiona menor risco de lesão músculo-esquelética; priorizar os exercícios aeróbicos, sendo os mais conhecidos: caminhada, hidroginástica e natação; 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; a frequência de exercícios deve ser 3 vezes por semana, durante 30 a 60 minutos; ao terminar a atividade física, realizar relaxamento com durabilidade de, no mínimo, 20 minutos.

A atividade ocupacional refere-se ao lazer e ao retorno ao trabalho, e deve ser encaminhado progressivamente e de acordo com a recuperação do transplantado (a), pois no início deverá evitar o convívio social até a sua plena recuperação. Assim, recomenda-se considerar a avaliação da função laborativa, a capacidade funcional e o condicionamento

para o trabalho, ter o tempo para o lazer, conservando um estilo de vida saudável: não fumar, não beber, dormir bem, evitar situações de conflito e/ou estresse.

Ao mesmo tempo, o paciente deve fazer planos e estabelecer metas de retorno à vida normal, como estudar, trabalhar, dirigir, fazer exercícios físicos, ter atividade sexual, recursos como livro, revistas, palavras cruzadas, jogos, televisão, rádio, se possível, computador com acesso à internet e utilização de materiais que proporcionem expressões de sentimentos, como lápis de cor, papel, canetas hidrográficas, pois são atividades úteis para distração dos transplantados (a), principalmente no início da recuperação, pois podem ser introduzidos os trabalhos manuais com a ajuda de profissionais habilitados, para prevenir episódios depressivos e sentimentos de solidão e insegurança.

Quanto ao ambiente domiciliar do transplantado (a), após a alta hospitalar deve estar sempre bem limpo e arejado, permitindo o máximo da circulação do ar e iluminação natural. De tal modo que a casa deve ser revestida com material lavável do tipo cerâmica ou mosaico e ser forrada com laje maciça ou PVC. As tintas das paredes não devem ser tóxicas, fazendo a opção das que possuem propriedade anti-mofo. Evitar objetos que juntem poeira ou mofo, utilizar, na limpeza do ambiente, água sanitária e desinfetante e evitar produtos com odor muito ativo.

Além disso, o transplantado deve evitar ambientes fechados e com aglomeração de pessoas (shows, igrejas, comícios, estádios de futebol, cinemas), durante os três primeiros meses de transplante, preferir condução de carro particular ou táxi, mas, se não for possível, evitar ônibus lotado, nos três primeiros meses após transplante, evitar contato com animais domésticos dentro de casa e erradicar insetos e roedores periodicamente, devendo proteger-se com máscara durante a dedetização ou sair do local por 24 horas.

Quanto ao tratamento medicamentoso, após a cirurgia de transplante cardíaco, terá que tomar medicamentos por toda a vida, com a finalidade de prevenir a rejeição e/ou tratar de outras doenças como diabetes, hipertensão e dislipidemia. As alterações clínicas, que poderá cessar com a diminuição, substituição ou suspensão do medicamento, devem ser comunicadas à equipe médica e/ou de enfermagem.

As principais medicações utilizadas são ciclosporina para prevenir a rejeição, devendo ser tomada pela manhã e à noite (8 e 20 horas) e controlada sua dosagem pela equipe médica. Como efeitos colaterais, pode causar diabetes, hipertensão, insuficiência

renal, aumento dos pelos, hiperplasia das gengivas, por isso é necessário seu controle rigoroso; micofenolato, para prevenir a rejeição, deve ser tomado pela manhã e à noite (10 e 22 horas, separado da ciclosporina), o qual pode causar alterações digestivas ou sanguinolentas; prednisona é um corticosteroide utilizado para prevenir a rejeição, devendo ser tomado em dose única pela manhã (8 horas, pode ser suspenso pela equipe médica após 6 meses de transplante), o qual pode causar aumento da glicose, obesidade e alterações nas gorduras do sangue; anlodipina age no controle da pressão arterial, é de uso contínuo, devendo ser tomado pela manhã, também pode causar como efeito colateral vermelhidão no rosto e inchaço nas pernas; e atorvastatina que controla os níveis de colesterol no sangue, devendo ser tomado após o jantar e apresenta poucos efeitos colaterais.

Para os exames de rotina, o Protocolo de Transplante Cardíaco recomenda que o paciente, após o transplante cardíaco, deva ser ainda mais aderente às recomendações médicas e de enfermagem, pois os exames devem ser periódicos, sendo os principais exames sanguíneos laboratoriais (hemograma completo, coagulograma completo, glicemia, perfil lipídico, ácido úrico, ureia creatinina, sódio, potássio, cálcio, magnésio, fosfato, transaminase oxalacética (TGO), transaminase pirúvica (TGP), bilirrubinas, fosfatase alcalina, proteína total e fração, tri-iodotironina (T3), tiroxina (T4), hormônio tireotrófico (TSH), antígeno prostático específico (PSA) para homens acima de 40 anos, sorologias, eletrocardiograma, Raio X do tórax, ecocardiograma e biópsia. A frequência da realização desses exames ficará sob responsabilidade e determinação da equipe de saúde que atende ao paciente.

E, para o acompanhamento ambulatorial, as consultas devem ser sistemáticas e de acordo com a data do transplante: até o 2º mês (semanalmente); do 3º ao 4º mês (quinzenalmente); do 5º ao 12º mês (mensalmente); a partir do 12º mês e por tempo indeterminado (a cada 2 meses). As reuniões de educação em saúde acontecem com toda a equipe de transplante e são realizadas mensalmente. Assim, cabe ao paciente comparecer às consultas realizadas pelos profissionais médico, enfermeiro e nutricionista, podendo também caso necessário, encaminhar para o assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional. O encaminhamento para o dentista é trimestral. Também é recomendável o comparecimento às consultas e reuniões educativas acompanhado do cuidador e/ ou familiar responsável (CEARÁ, 2007).

Quanto à vacinação dos transplantados, o esquema vacinal deve estar atualizado e de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde, a saber: Hepatite B; Influenza (manter anual no pós-transplante); *Streptococcus pneumoniae* e Hepatite A (revacinar a cada 5 anos); Dupla adulto (realizar o reforço a cada 10 anos) e varicela-zoster.

Diante dessas condutas a serem seguidas pelos pacientes que realizaram transplante cardíaco, percebe-se a necessidade de os enfermeiros avaliarem o déficit de autocuidado para determinar a demanda de autocuidado e, assim, realizarem estratégias educativas para atender à demanda dos pacientes e promover a saúde dessa população.

### **3.3 Consulta de enfermagem ao paciente transplantado cardíaco**

Os cuidados com o transplante cardíaco perpassam por uma equipe multiprofissional habilitada e especializada. Deste modo, para o procedimento transcorrer com sucesso, antes da indicação, faz-se necessária uma avaliação rigorosa do candidato. Assim, alguns fatores devem ser analisados para o paciente realizar o transplante, dentre eles: a idade da pessoa, estado pulmonar, outras condições de saúde crônica, infecções, história de outros transplantes, aderência e estado atual de saúde. Do mesmo modo, após o transplante, é de fundamental importância que os pacientes sejam acolhidos e acompanhados por uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, para atingir melhor nível de saúde e bem-estar (SANTOS; OLIVEIRA, 2004).

Portanto, é imprescindível que os pacientes transplantados compareçam periodicamente às consultas de toda equipe responsável pelo seu atendimento para avaliação da sua condição de saúde. Essa equipe, na maioria das vezes, é composta por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, dentista e nutricionista.

Dos profissionais que realizam consulta ao transplante cardíaco, o enfermeiro é responsável pela constante sensibilização da prática do autocuidado, estímulo à aceitação das alterações no estilo de vida e incentivo à participação dos familiares no processo de mudança de comportamento, pois eles influenciam indiretamente no novo comportamento e estilo de vida a ser seguido pelo paciente transplantado, bem como servem como mediadores da equipe de saúde no que se refere à constante necessidade de avaliação clínica, psicológica e social do paciente.

O enfermeiro necessita buscar maneiras individualizadas de atuar junto ao paciente, estabelecendo uma relação de ajuda, com o intuito de facilitar a adaptação, promover o equilíbrio e a reeducação do indivíduo-família-comunidade, de forma satisfatória e contínua, além de estabelecer com ele uma relação de ajuda, incentivando a prática do autocuidado, com o intuito de minimizar as complicações e, conseqüentemente, os internamentos hospitalares (LIMA, 2002).

O incentivo ao tratamento com prática direcionada ao autocuidado, pelo enfermeiro ao transplantado, 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.

Assim, na consulta de enfermagem, a intervenção do enfermeiro deve ter caráter educativo e participativo para o desenvolvimento do autocuidado, pois habilita o paciente para melhor adesão ao tratamento e mudança de comportamento, especialmente na realização do autocuidado, promovendo, assim, redução de complicações, sobretudo na frequência de hospitalizações.

Estudos realizados, para analisar o impacto da consulta de enfermagem na frequência de internações em pacientes com insuficiência cardíaca e hipertensão arterial, evidenciaram que, a partir da intervenção educativa de enfermagem por meio das consultas, foi promovida a redução da constância de internações hospitalares dos pacientes com insuficiência cardíaca em tratamento (BENTO; BROFMAN, 2009; SANTOS, 2004).

A consulta de enfermagem, realizada com o transplantado cardíaco, demanda do enfermeiro uma responsabilidade na sua assistência, pois necessita de constante avaliação objetiva e direcionada às necessidades do paciente e à preparação de todo o processo que antecede e sucede o transplante.

Dessa maneira, são ofertados os esclarecimentos e orientações da fila de transplante e acesso à lista de espera, seleção de doadores e critérios de compatibilidade, pré e pós-operatório de transplante e riscos cirúrgicos, imunossupressores e seus efeitos colaterais, riscos de rejeição, infecção, hipertensão arterial e nefrotoxicidade, vacinação (contra-indicada vacina de vírus vivos para pacientes em fila como prioridade), planejamento familiar e uso de contraceptivos, reativação da doença de Chagas e orientações quanto a lesões de pele, infecção dentária ou alterações clínicas (SMELTZER; BARE, 2009; BACAL *et al.*, 2009).

Ainda assim, o enfermeiro deve possibilitar ao paciente o esclarecimento de dúvidas, bem como estimular a participação da família no processo, inclusive na avaliação dos fatores que poderão contra-indicar ou comprometer o transplante.

Segundo a II diretriz de transplante cardíaco, na consulta de enfermagem, o enfermeiro deve incluir a implementação de atividades educativas para o paciente e família, identificação do risco de infecções e condições para o autocuidado, sobretudo para a auto-administração de imunossupressores e outros medicamentos, em todo o processo do transplante. Essas atividades foram classificadas pela classe de recomendação (classe I), bem como em nível de evidência (nível C) (BACAL *et al.*, 2009).

De acordo com o Protocolo de Transplante Cardíaco da Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca (UTIC) do Ceará (CEARÁ, 2007), o acompanhamento do enfermeiro ao transplantado deve incluir o monitoramento do autocuidado desses pacientes, bem como atuação do cuidador, sobretudo, providenciar as marcações de exames laboratoriais, métodos gráficos e dosagem sérica da ciclosporina. Além disso, deve acompanhar os resultados de acordo com o aprazamento das consultas de enfermagem e encaminhar os pacientes para os demais profissionais da equipe, tais como médico, nutricionista, odontólogo (trimestralmente), além de assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, quando necessário.

#### **4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO**

Este estudo tem como base o Modelo Teórico de Dorothea Orem, visto que o tratamento do paciente que realizou transplante cardíaco deve promover não apenas a sobrevivência do paciente, mas proporcionar melhor sobrevida e com qualidade, vislumbrando o resultado positivo e o sucesso do próprio transplante. Então, para alcançar uma boa recuperação, precisa-se considerar a mudança que esta terapêutica proporcionará em sua vida. Nestes termos, é importante incentivar a pessoa a praticar o autocuidado.

Nessa expectativa, para melhor investigar os comportamentos dos pacientes em relação ao autocuidado, depois de submetidos ao transplante cardíaco e após alta hospitalar, o enfermeiro deve acompanhá-los na consulta de enfermagem no ambulatório especializado, buscando analisar a prática do autocuidado, a qual deve ser fundamentada em um modelo ou teoria, sendo selecionado neste estudo o Modelo do Autocuidado de Orem.

A utilização desse referencial justifica-se pelo fato de que o cuidado pessoal é indispensável ao indivíduo, a cada dia, para regular seu próprio funcionamento e desenvolvimento em benefício da vida, saúde e bem-estar. Assim, a condição que valida a exigência do enfermeiro para prover o autocuidado em um adulto, é a ausência da capacidade de este manter-se continuamente em níveis elevados de quantidade e qualidade do autocuidado, os quais são imprescindíveis na sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou da lesão e no enfrentamento dos seus efeitos (OREM, 1995).

Muitas vezes, os enfermeiros gerenciam e mantêm o autocuidado continuamente para pessoas incapacitadas. Em outros casos, os enfermeiros ajudam pessoas a manter o autocuidado necessário realizando algumas medidas de cuidado supervisionando outras pessoas (cuidadores) que cuidam de pacientes instruindo e guiando os indivíduos à medida em que eles se movem (sensibilizam) para o autocuidado (OREM, 1971).

Assim, os pacientes acompanhados, após o transplante cardíaco, são considerados complexos biopsicossocialmente, pois necessitam de atenção especial no que se refere ao tratamento e assistência, com vistas ao atendimento de suas necessidades afetadas e atuação frente às complicações que possam ocorrer. Exige do enfermeiro um acompanhamento sistemático e individualizado, enfatizando a prática do autocuidado, pois o paciente é um ser ativo no processo do cuidado.



Deste modo, o enfermeiro deve considerar os fatores que interferem no autocuidado, pois determinam o grau do alcance das ações de autocuidado. Além disso, cada padrão estabelecido de um adulto responder a estímulos externos e internos afetam as suas decisões e outras ações relacionadas ao autocuidado. Os adultos escolhem e seguem curso de ações (atitudes) que julgam ser benéficos ao seu próprio funcionamento humano. Valores sociais e regras, mecanismos fisiológicos e padrões individuais de resposta aos estímulos ambientais afetarão as escolhas dos indivíduos, podendo criar condições favoráveis ou não para o funcionamento humano (OREM, 1971).

Do mesmo modo, o enfermeiro deve avaliar que os indivíduos se comparam entre si quanto à aparência e ao funcionamento. O conhecimento das normas usadas nessas comparações pode ter sido adquirido na família ou em alguma fonte externa. Crenças sobre o que é normal na condição humana variam de um grupo social para outro.

Consequentemente, o autocuidado em resposta às demandas para normalidade pode ter implicações pessoais e sociais. As pessoas que se desviam das normas estabelecidas para os aspectos físicos ou mentais, podem ser rejeitadas pelo seu grupo social. Como resultado, esses indivíduos podem não aceitar sua própria aparência ou nível de funcionamento. Se o autocuidado é terapêutico, deve ajudar o indivíduo a aceitar seu próprio estado e se mover continuamente em direção ao desenvolvimento completo de seu potencial humano. A necessidade dos aspectos considerados normais para o funcionamento humano direciona o autocuidado a promover o funcionamento do corpo de forma integrada, com proteção e cuidado específico do corpo (OREM, 1971).

Orem (1991) afirma que os enfermeiros devem ser educados e qualificados suficientemente para saber quais eventos, condições e circunstâncias caracterizam as pessoas em condições de exercerem o autocuidado ou necessitarem de cuidados de enfermagem.

A despeito da atenção que os enfermeiros possam direcionar para a prática do autocuidado, suas ações devem estar ligadas aos riscos evidentes à vida humana e ao bem-estar, os quais podem provocar demandas nas pessoas adultas, exigindo a proteção deles e de seus dependentes. A natureza dos riscos é que determina a ação protetora necessária. Portanto, valores, além dos ligados à vida e à saúde podem afetar as escolhas e as ações tomadas pelos enfermeiros (OREM, 1991).

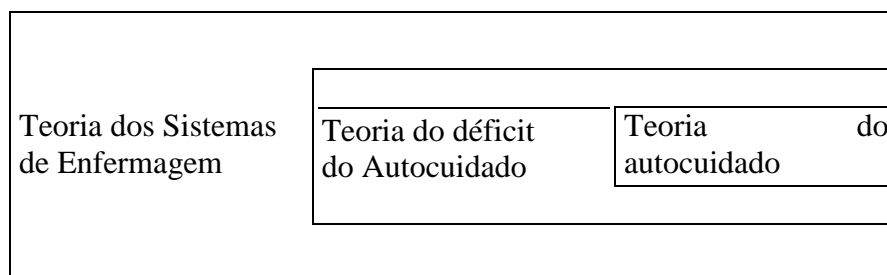
Além disso, outros riscos são autoproduzidos pelo ser humano, como o abuso de tabaco, álcool, drogas ou o consumo descontrolado de comida e água. Também, os riscos que envolvem problema social e econômico podem afetar o desenvolvimento e estabilidade física, mental e emocional. Ainda assim, o autocontrole e o controle das condições ambientais são necessários, já que as variáveis ambientais podem ser prevenidas ou controladas. Nessa perspectiva, a assistência especializada pode também ser necessária a indivíduos para entender a natureza de condições perigosas em ambientes específicos, como relacionado à idade e à atividade. Logo, pode também ser necessário aprender práticas preventivas e protetoras relacionadas aos riscos autoproduzidos (OREM, 1995).

Portanto, convém destacar que se pretende trabalhar com o Modelo Teórico de Dorothea Orem, especialmente, com a teoria de autocuidado e a teoria do déficit de autocuidado, considerando que a reabilitação do paciente transplantado cardíaco implica nos requisitos universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde, relevantes para o adulto transplantado cardíaco. Assim, a seguir, consta uma explanação do Modelo de Autocuidado de Orem.

#### - Considerações gerais do Modelo de Orem (1995).

Orem desenvolveu sua Teoria Geral de Enfermagem e a apresenta a partir da constituição de três outras teorias inter-relacionadas: *Teoria do Autocuidado*, *Teoria do Déficit do autocuidado* e *Teoria dos Sistemas de Enfermagem*. Esta inter-relação pode ser observada na figura a seguir:

Figura 1.: Inter-relação dos constructos teóricos da Teoria Geral de Enfermagem de Orem.



Fonte: (OREM, 1995, p.172)

## - Teoria do autocuidado

Segundo a teoria de Orem (1995), autocuidado é o cuidado pessoal que os indivíduos requerem cada dia para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento. O autocuidado tem influência de diversos fatores, tais como envelhecimento, fase de desenvolvimento, estado de saúde, condições sociais e ambientais.

A teoria de autocuidado engloba o *autocuidado*, a *atividade de autocuidado*, sua *exigência terapêutica* e os *requisitos para o autocuidado* (Orem, 1995). E tem como pressuposto que todos os seres humanos têm potencial para desenvolver suas habilidades intelectuais e práticas, além da motivação essencial para o autocuidado. Nos parágrafos seguintes, estão expostos os pressupostos das teorias conforme Orem (1995).

Assim, o autocuidado é um comportamento que existe em situações concretas da vida, conduzido pelas pessoas, para si próprias, em benefício da vida, saúde e bem-estar. É a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, saúde e bem-estar.

A *atividade de autocuidado* é a habilidade da pessoa para engajar-se em autocuidado, sendo condicionada pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sociocultural, saúde e recursos disponíveis.

A *exigência terapêutica de autocuidado* é determinada pela totalidade das ações de autocuidado a serem executadas durante um espaço de tempo, para satisfazer seus requisitos, por meio do uso de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações e ações.

Os *requisitos de autocuidado* compreendem as expressões de propósitos a serem alcançados por meio do engajamento deliberado do indivíduo no autocuidado e são as razões para as ações que constituem o autocuidado. São divididos em três categorias:

1- Requisitos de Autocuidado Universal, os cuidados que estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos. São comuns a todos os seres humanos, durante todos os estágios do ciclo vital, estando presentes nas atividades do cotidiano. 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;

2- Requisitos de Autocuidado Desenvolvimental 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 têm sido particularizados por processos desenvolvimentais ou são requisitos novos, derivados de uma condição (ex: gravidez) ou associados com um evento (ex: perda de um cônjuge ou um pai). Existem duas categorias de autocuidado desenvolvimental.

A primeira categoria é a manutenção de condições de vida que suportam os processos de vida e promovem os processos de desenvolvimento que é o processo humano da camada mais alta da organização de estruturas humanas e da maturação durante as seguintes fases, a saber: a) estágios intrauterinos de vida e o processo de nascimento; b) estágio neonatal de vida quando nasce a termo ou prematuramente, bem como nasce com peso normal ou peso mais baixo; c) infância; d) estágios desenvolvimental de infância, incluem da adolescência e adentram na fase adulta; e) estágios desenvolvimental da fase adulta; f) gravidez.

A segunda categoria é a provisão de cuidado para prever a ocorrência de efeitos omitidos de condições que podem afetar o desenvolvimento humano ou investigar ou superar estes efeitos das condições, tais como: a) privação educacional (pobreza); b) problemas de adaptação social; c) falhas de individualização saudável; d) perda de parentes, amigos associados; e) perda de posses (bens) e segurança ocupacional; f) mudança brusca de residência para um meio ambiente não familiar; g) problemas associados a *status*; h) saúde pobre (reduzida) ou incapacidade; i) condições de vida opressiva; j) doença terminal e morte impedida (lenta).

A primeira categoria dos requisitos de autocuidado desenvolvimental articula com cada um dos requisitos de autocuidado universal. Os requisitos nesta categoria, quando efetivamente encontrados, deveriam contribuir para a prevenção da desordem desenvolvimental e promover o desenvolvimento de acordo com o potencial humano.

Os tipos de problemas citados na segunda categoria não constituem uma lista exhaustiva. Em algumas situações de enfermagem, os tipos de problemas enumerados podem ser o foco central dos cuidados. Em outras situações, os resultados dos problemas são

considerados como uma modificação da ação inserida em uma situação particular. Por exemplo, o problema de desenvolvimento de “fracasso de uma individualização saudável” pode proporcionar um foco central, de organização para a ação de enfermagem, em algumas situações para a enfermeira da infância. Por outra parte, a detenção do desenvolvimento cognitivo de um adulto associado com “privação educacional” pode ser acertado com uma modificação da ação, posto que não é possível que troque durante a duração da situação de enfermagem.

3- Requisitos de Autocuidado de Desvio de Saúde, exigidos em caso de desvio na estrutura e no funcionamento humano, tais como: condições de doença, ferimento ou moléstia, ou como consequência de medidas médicas, exigidas para diagnosticar e corrigir a condição. E incluem alterações advindas de problemas de saúde que podem gerar dificuldades na manutenção adequada do cuidado.

Os estágios e regras da prática de enfermagem proposta por Orem (1995) são três, quais sejam: contato inicial com o paciente que requer o cuidado; continuidade do contato para desenvolver as ações de enfermagem; estágio de preparação do paciente para desenvolver ações de cuidado independentes da supervisão de enfermagem.

No contato inicial com o paciente que requer o cuidado, há o encontro do enfermeiro com o indivíduo que precisa desenvolver o cuidado. Ele deve ser estabelecido, legitimado e adequado às evidências as quais requerem a enfermagem. São identificados na interação com o paciente os requisitos de autocuidado, sistemas e novas demandas de autocuidado, os diagnósticos e as prescrições de enfermagem.

Na continuidade do contato para desenvolver as ações de enfermagem, o enfermeiro cria um sistema que contempla exigências terapêuticas e formas de auxílio ao paciente. A continuação do cuidado é mantida com a ajuda dos membros da família ou responsáveis pelo cuidado para a atuação nos momentos atuais e futuros. Avalia-se, então, o potencial do paciente para o desenvolvimento do autocuidado. É o momento de reconhecer, organizar e documentar o valor efetivo da enfermagem.

No estágio de preparação do paciente, para desenvolver ações de cuidado independentes da supervisão de enfermagem, há a preparação do paciente, família ou responsável pelo autocuidado para se tornar independente da atuação do enfermeiro. Neste momento, são acordadas com o paciente as demandas requeridas por ele e os fatores

passíveis de interferir nesse novo ajuste. Após as ações estabelecidas de acordo com a demanda de cuidado, elas são documentadas.

Assim, na perspectiva dos cuidados preventivos de saúde, os requisitos de autocuidado universal e desenvolvimental em indivíduos ‘saudáveis’ estão no nível de prevenção primária de doença. Os requisitos, por desvio de saúde, ajudam no controle de doenças em estágios iniciais (prevenção secundária) e na prevenção de deformidade e impotência (prevenção terciária).

Vale ressaltar que Orem apresenta também os fatores condicionantes básicos para o autocuidado, que são os fatores internos ou externos ao indivíduo, e que 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.

#### **- Teoria de déficit do autocuidado**

A teoria de déficit de autocuidado constitui a essência da teoria de Orem (1995), uma vez que delinea quando há necessidade da atuação do enfermeiro. A enfermagem passa a ser uma exigência quando um indivíduo se acha incapacitado para prover o autocuidado.

Desta forma, a ideia central da Teoria de Déficit de Autocuidado, segundo Orem, é que as pessoas necessitam da enfermagem quando suas limitações de realizar cuidados de saúde resultam em incapacidade completa ou parcial, impedido-as de exercerem o autocuidado contínuo e eficaz. Portanto, o enfermeiro necessita de conhecimento, perspicácia e habilidade suficientes para saber que eventos, condições e circunstâncias caracterizam pessoas em situações de cuidados de saúde, bem como para identificar as incapacidades às quais os seres humanos estão sujeitos (OREM, 1995).

Orem (1995) identifica cinco métodos de ajuda, sendo 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.

Não obstante, esta Teoria constitui o centro da compreensão do modelo da Teoria Geral de Enfermagem, pois as pessoas podem beneficiar-se da enfermagem, principalmente,

aquelas que estão sujeitas às limitações de saúde-relatada ou de saúde-derivada, as quais apresentam incapacidade de autocuidado contínuo, ou que resultam em cuidado ineficaz ou incompleto (OREM, 1980).

Deste modo, são descritas, a seguir, as proposições da teoria do déficit de autocuidado: 1) Pessoas, que levam ação para prover o seu próprio autocuidado, têm especializado capacidades por ação; 2) As habilidades individuais para encaixar no autocuidado são condicionados pela idade, estado em desenvolvimento, experiência de vida, orientação sócio cultural, saúde e pesquisa disponível; 3) O relacionamento das habilidades individuais, para o autocuidado e para o autocuidado qualitativo e quantitativo ou a demanda do cuidado dependente, pode ser determinado quando o valor de cada é conhecido; 4) O relacionamento entre as habilidades do cuidado e a demanda de cuidado pode ser definido em termos de igual a, menos que, mais que; 5) A enfermagem é serviço legitimado quando: a) as habilidades do cuidado são menos que aqueles requeridos por encontrar uma demanda de autocuidado conhecido (um déficit de relacionamento); b) autocuidado ou habilidades do cuidado dependentes excedem ou são iguais àqueles requeridos por encontrar a demanda do autocuidado atual, mas um déficit de relacionamento futuro pode ser previsto por causa das doenças previsíveis em habilidades de cuidado, qualitativo ou quantitativo as quais crescem na demanda de cuidado, ou ambos; 6) Pessoas com déficit de cuidados existentes ou projetados estão em, ou podem esperar estar em, estado de dependência social que legitima um relacionamento de enfermagem.

Para Orem (1993), a Teoria do Déficit do Autocuidado contempla pressuposições que ligam a teoria do déficit do autocuidado à teoria de autocuidado e à ideia da enfermagem como um dos serviços de saúde institucionalizados por grupos sociais. Assim, as primeiras pressuposições são: a) O autocuidado é uma forma de autogerenciamento; b) O autocuidado é necessário para vida dele mesmo (autocuidado para saúde, para o desenvolvimento humano e para o bem-estar em geral); c) O autocuidado e o cuidado do descanso do dependente na realização cultural de grupos sociais e na educação dos membros individuais deles. Como segundas pressuposições, têm-se: a) As sociedades provêm para o estado humano de dependência social pelos meios institucionais e significa ajudar as pessoas de acordo com a natureza e as razões pela dependência deles; b) Quando elas, as sociedades, são institucionalizadas, ajuda direta da operação dos membros de grupos sociais tornam os

meios para ajudar as pessoas em estados de dependência social; c) A operação de socorro direto de membros de grupos sociais pode ser classificada dentro daquelas associadas com estados de dependência relatada para idade e aquelas que não estão associadas; d) Serviço de socorro direto instituir em grupos sociais para prover assistência para pessoas independentes de idade inclusos no serviço de saúde; e) A enfermagem é um dos serviços de saúde da civilização ocidental.

Segundo Orem (1995), na teoria do déficit de autocuidado, a enfermagem é indispensável para auxiliar as pessoas, quando elas se encontram incapacitadas de prover o seu autocuidado, de maneira contínua e dinâmica. E, muitas vezes, pode ocorrer, quando essas pessoas precisam incorporar medidas novas para o autocuidado e adquirirem conhecimentos e habilidades especializados, a partir de treinamento e experiência.

Assim, em função da complexidade que envolve o transplante cardíaco, pode acontecer, do paciente adulto transplantado cardíaco, encontrar-se limitado em autocuidar-se, daí a enfermagem como um serviço de saúde especializado, deve capacitá-lo à contínua provisão de cuidados específicos, para que eles sejam reguladores de seu próprio funcionamento.

### **- Teoria de Sistemas de Enfermagem**

A teoria dos sistemas de enfermagem, a qual envolve o sistema de enfermagem planejado pelo profissional, baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do paciente para execução de atividades de autocuidado.

Orem (1995) identificou três sistemas de enfermagem para satisfazer os requisitos de autocuidado do paciente: 1) Sistema totalmente compensatório, o qual se apresenta quando o indivíduo se encontra incapaz de desenvolver atividades de autocuidado, ou impedido temporariamente por recomendação médica para promover melhoria do estado de saúde; 2) Sistema parcialmente compensatório apresenta-se quando o indivíduo se encontra parcialmente apto para desenvolver suas atividades de autocuidado, sendo necessárias as ações de cuidado de enfermagem, quando o paciente e enfermeiro podem exercer o papel principal na execução de medidas de cuidado; e 3) Sistema de apoio-educação apresenta-se quando o indivíduo é capaz de executar medidas de autocuidado terapêutico, de ordem interna ou externa, embora não consiga fazer isso sem auxílio, pois as exigências do



paciente, quanto ao autocuidado, resumem-se à tomada de decisões, controle do comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades. O enfermeiro, nesse caso, é responsável pela promoção de ações educativas, proporcionando melhor desempenho do paciente no desenvolvimento das atividades do autocuidado.

Deste modo, no autocuidado, ocorre uma parceria entre paciente e profissional na qual os problemas são identificados e determinam as ações e o tipo de intervenção apropriada. Contudo, a participação do paciente no plano de cuidados é importante para o desenvolvimento do próprio plano, sobretudo, por incentivar uma diminuição na dependência do paciente (OREM, 1995).

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

A teoria do sistema de enfermagem é o componente organizado essencial da teoria de enfermagem do déficit de autocuidado porque estabelece a forma da enfermeira e a relação entre as propriedades do paciente e as da enfermeira (OREM, 1993).

Todos os sistemas de ação prática, são sistemas de enfermagem, e são formados pelas enfermeiras que através do exercício deliberado das capacidades especializadas da enfermeira, fazem parte do contexto da relação interpessoal e contratual de pessoas com déficit derivados de sua saúde ou associados com ela para a produção de cuidados continuados, efetivos e completos para si mesmas ou para as pessoas que dependem delas, a fim de assegurar que as demandas de autocuidado terapêutico são conhecidas e satisfeitas, e que protege a agência se autocuidado ou se regula seu exercício ou desenvolvimento.

Segundo Orem (1993), há pelo menos duas suposições prévias básicas para a teoria e para proporcionar as suas bases: 1) A enfermagem são os esforços práticos que realizam as enfermeiras durante certo tempo para pessoas em localizações tempo-espacial determinadas, sempre que suas limitações de ação, para ocupar-se do autocuidado ou do cuidado dependente, estão relacionados com a saúde ou dentro dela; 2) A enfermeira é um serviço humano de saúde institucionalizada, com uma competência e uns limites definidos pela própria finalidade ou por seu centro de atenção especializado na sociedade.

Ainda assim, Orem (1993) sugere oito proposições para o direcionamento contínuo e o desenvolvimento da teoria do sistema de enfermagem:

- 1 – As enfermeiras se relacionam e interatuam com pessoas que ocupam a posição de pacientes das enfermeiras;
- 2 – Os pacientes legítimos têm requisitos de autocuidado existentes ou potenciais;
- 3 – Os pacientes legítimos têm déficit existentes ou potenciais para cobrir seus próprios requisitos de autocuidado;
- 4 – As enfermeiras determinam os valores atuais e cambiantes dos requisitos de autocuidado do paciente selecionam processos ou tecnologias válidas e fidedignas e formulam os cursos de ação necessários para usar os processos ou tecnologias selecionadas que satisfaçam os requisitos de autocuidado identificado;
- 5 – As enfermeiras determinam os valores atuais e cambiantes das habilidades do paciente para satisfazer seus requisitos de autocuidado, usando processos ou tecnologias específicos;
- 6 – As enfermeiras valorizam (valoram) o potencial dos pacientes para: 1) não se ocupar do autocuidado com propósitos terapêuticos; 2) desenvolver ou refinar as habilidades para ocupar-se no autocuidado agora ou no futuro;
- 7 – As enfermeiras e os pacientes atuam conjuntamente para assinar os roles de cada um na produção de autocuidado do paciente e na regulação do exercício ou desenvolvimento das capacidades de autocuidado do paciente;
- 8 – As ações das enfermeiras e as ações dos pacientes (ou as ações das enfermeiras que compensam as limitações de ação dos pacientes), que regulam as capacidades de autocuidado do paciente e satisfazem as necessidades de autocuidado do paciente, constituem sistemas de enfermagem.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de estudo**

O estudo foi do tipo descritivo-analítico, com delineamento transversal e natureza quantitativa. O estudo descritivo enfoca as características dos sujeitos, situações vivenciadas por eles e a frequência da ocorrência do fenômeno (MINAYO, 2004). Os delineamentos transversais são úteis quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição (NEWMAN *et al.*, 2008). É quantitativo, ao envolver a coleta sistemática de informações quantificáveis, mediante condições de extremo controle, além da análise dessa informação com a utilização da estatística (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

### **5.2 Local da pesquisa**

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca (UTIC), a qual é um ambulatório de um hospital terciário, especializado em doenças cardiovasculares e pulmonares, dispendo de procedimentos de alta complexidade nestas áreas.

A instituição é gerenciada pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), conveniado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Possui estrutura horizontal, atende a 184 municípios do Ceará, dos demais estados da região e da região Norte do país. Dispõe de 306 leitos. Destes, 241 leitos pertencem às unidades abertas clínicas e cirúrgicas para adultos, 39 pertencem à unidade de terapia intensiva (UTI) para adultos, 14 são semi-intensivos e 12 são leitos destinados à pediatria.

Este hospital realiza cerca de 925 cirurgias cardíacas por ano, contemplando: revascularização de miocárdio, cirurgia valvulares, transplante cardíaco, implante de coração artificial e outras. Os transplantes cardíacos somaram 237 procedimentos realizados no período de outubro de 1997 até a presente data, sendo, em média, atualmente 16,7 transplantes ao ano.

Trata-se de uma instituição que contempla o programa de assistência aos transplantados cardíacos, prestando assistência com equipe de multiprofissionais de qualidade, que visa ao acompanhamento desses pacientes. Além disso, dispõe de serviços de urgência e emergência, ambulatório especializado, centro cirúrgico, laboratório de análises clínicas, serviços de imagem e de hemodinâmica disponíveis nas vinte quatro horas diárias.

Na UTIC, atua uma equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, odontólogo e assistente social, atendendo pacientes pré e pós-transplante cardíacos, bem como pacientes com insuficiência cardíaca.

A escolha pelo ambulatório do referido hospital, para o desenvolvimento do estudo, decorreu do fato de ser um serviço caracterizado por grande abrangência em termos de atenção à saúde da população, atendendo casos de pacientes com cardiopatias provenientes de diversos estados da região Nordeste do Brasil, bem como por tratar-se de um Centro de referência em alta complexidade cardiovascular e que possui ambulatório de transplante cardíaco, cenário da coleta de dados.

No ambulatório da referida unidade, são realizados atendimentos pelo enfermeiro aos pacientes transplantados cardíacos, por meio da consulta de enfermagem. Após a alta hospitalar, as consultas são realizadas semanalmente até o 2º mês; quinzenalmente do 3º ao 4º mês; mensalmente do 5º ao 12º mês; e a cada dois meses a partir do 12º mês e por tempo indeterminado, sempre havendo flexibilidade em relação à necessidade de atendimento aos outros dias.

A inserção de pacientes no referido ambulatório é feita de acordo com o protocolo do transplante cardíaco, após alta hospitalar, por meio de encaminhamento dos profissionais médicos e enfermeiros, em visitas clínicas realizadas pela equipe multidisciplinar às unidades de internação.

### **5.3 População e amostra**

Conforme citado, na referida instituição, foram realizados 237 transplantes cardíacos desde a inserção desse procedimento na instituição, em 1997. Dentre os 237 transplantados cardíacos, foram excluídos treze crianças, das quais oito estavam vivas, e cinco foram a óbito; e 82 pacientes adultos, que também foram a óbito.

Deste modo, a população foi composta por 142 pacientes pós-transplante cardíaco, que utilizam o referido ambulatório (UTIC) para fins assistenciais e estiveram neste local durante a realização da pesquisa.

Do mesmo modo, a amostra do estudo constituiu-se de 63 pacientes transplantados cardíacos, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade  $\geq 18$  anos; comparecer às consultas de enfermagem no referido ambulatório no período de coleta de

dados; apresentar condições físicas, psicológicas e cognitivas para responder às questões formuladas, e estar vivo. E, como critério de exclusão: ter realizado transplante cardíaco e ainda não recebeu alta hospitalar; ou estar reinternado após transplante cardíaco, pois essas situações impossibilitam o paciente de comparecer às consultas de enfermagem na UTIC.

#### **5.4 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2011, nas segundas e terças-feiras, no turno da manhã, correspondendo aos dias e horários em que os pacientes transplantados cardíacos visitavam a UTIC para as consultas de enfermagem agendadas.

Para a coleta de dados, realizou-se uma entrevista individualizada com os pacientes, realizada em uma sala do próprio ambulatório, no período pré ou pós consulta de enfermagem, com duração de 40 a 60 minutos, em média. Além da entrevista, foi feita consulta aos prontuários e verificação da pressão arterial, medidas antropométricas com medição do peso e altura, e oximetria de pulso digital. As anotações das respostas dos pacientes foram feitas no próprio roteiro de coleta de dados.

O roteiro de entrevista (Apêndice A) foi construído baseado na Teoria do autocuidado de Orem (1995) e na II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco (BACAL *et al.*, 2009), constando perguntas fechadas, pertinentes ao alcance dos objetivos e que detalham a análise de cada variável a ser estudada. Assim, foram colocadas questões relacionadas aos fatores condicionantes (dados de identificação e clínicos) que interferem na prática do autocuidado de paciente transplantado cardíaco após a alta hospitalar, considerando os indicadores: sexo, idade, cor, prática religiosa, estado civil, procedência, escolaridade, ocupação, renda familiar, causa e tempo de transplante cardíaco. Bem como os dados referentes aos requisitos de autocuidado universal, desenvolvimental e de desvio de saúde, propostos por Orem (1995).

Quanto às questões relacionadas aos dados de identificação, optou-se pela entrevista para permitir aos participantes melhor expressão em suas respostas, levando a maior fidedignidade dos dados.

Em relação à obtenção dos dados clínicos, além da entrevista, foram utilizados os prontuários para identificar a história de doença cardiovascular, os registros do diagnóstico médico que levaram ao transplante cardíaco, os tipos de medicamentos usados e os fatores

de risco para doenças cardiovasculares, incluindo peso, altura, pressão arterial, frequência respiratória, saturação e pulso.

Para medir o peso e a altura, utilizou-se uma balança digital e elétrica, de marca Filizola<sup>®</sup>; para a pressão arterial, usou-se um tensiômetro e estetoscópio da marca BD<sup>®</sup>; para frequência respiratória, foi utilizado um relógio de pulso com ponteiro de segundos; para saturação de oxigênio e frequência de pulso, utilizou-se um oxímetro de dedo, digital e portátil.

Para os dados dos requisitos de autocuidado universal e desenvolvimental, foi utilizada a entrevista, de modo a contemplar os dados referentes à caracterização e adaptação do paciente adulto transplantado cardíaco, bem como os dados clínicos avaliados referentes à frequência respiratória e saturação de oxigênio.

Os dados relacionados com o autocuidado de desvio de saúde, os quais incluem os desvios de estrutura e funcionamento, incluindo as alterações advindas de problemas de saúde que podem gerar dificuldades na manutenção adequada do cuidado dos transplantados cardíacos, para a sistematização da sua prática, foi utilizado além da entrevista, consulta ao prontuário.

Assim, para a construção do roteiro de coleta de dados, foi elaborado um quadro estabelecendo os critérios de qualidade e quantidade, assim como adequado e inadequado, dos requisitos de autocuidado proposto pela Teoria de Orem (1995), pois ela assegura que o adulto necessita de habilidades para manter a quantidade e a qualidade do autocuidado ininterruptamente para a sustentação da sua vida (quadro I).

Deste modo, o quadro 1 descreve o guia instrucional para a identificação do perfil de engajamento no autocuidado. Nele constam as ações das práticas do autocuidado, contemplando os requisitos universais, desenvolvimentais e desvios de saúde, considerando os aspectos adequados e inadequados. Ressalta-se que os requisitos universais estão classificados qualitativamente e quantitativamente, pois, de acordo com a Teoria Geral de Orem (1995), a condição de enfatizar a presença de uma necessidade de enfermagem em um adulto é a ausência da habilidade para manter continuamente a quantidade e a qualidade do autocuidado, que são terapêuticas, na sustentação da vida e na recuperação e promoção da saúde.

Do mesmo modo, para as questões referentes aos requisitos de autocuidado foram marcados um “X” apenas para as práticas realizadas pelo paciente.

Ressalta-se que os requisitos universais e desenvolvimentais e desvios de saúde têm pontuação diferenciada. Isso se justifica porque os requisitos universais estão associados aos processos de vida e à manutenção da estrutura e funcionamento do ser humano, além de reunir um quantitativo maior de aspectos, o qual pode interferir na qualidade de vida do paciente transplantado, totalizando 68% das ações de autocuidado.

Os requisitos desenvolvimentais referem a 8% das ações, pois alguns desses requisitos no paciente adulto transplantado cardíaco são modificados para os requisitos desvios de saúde, visto que os requisitos de desvios de saúde buscam a modificação do autoconceito na aceitação de si como estando no estado especial de saúde, cujo paciente necessita de formas específicas de cuidados de saúde (OREM, 1995). Assim, os requisitos, de desvios de saúde possuem 24% das ações de autocuidado do paciente submetido ao transplante cardíaco.

### Quadro 1: Descrição dos Procedimentos das Práticas do Autocuidado.

UNIVERSAL		
<b>1) Oxigenação/respiração</b>	<p><b>QUALIDADE</b>  <b>Adequada:</b> isento de fumaça (tabagismo, combustão de derivados de petróleo); sem fungos (ácaro); sem poeira; sem poluentes ocupacionais.</p> <p><b>QUANTIDADE</b>  <b>Adequada:</b> inalação do ar suficiente para atender às necessidades de oxigenação, sendo caracterizado por eupnéia, Frequência Respiratória (FR) = 12 a 20mrpm, ritmo regular e saturação O<sub>2</sub> ≥ 95%. <b>(Pontuação Total: 0 a 5)</b></p>	<p><b>Inadequada:</b> a composição do ar inalado não está de acordo com os requisitos fisiológicos</p> <p><b>Inadequada:</b> inalação insuficiente de ar, cujo paciente apresente os seguintes parâmetros: dispnéia (falta de ar, dificuldade para respirar, sensação de respiração incompleta), hiperpnéia (respiração profunda), hipopnéia (respiração superficial), ritmo irregular, Frequência Respiratória (FR) &lt; 12; &gt; 20mrpm e Saturação O<sub>2</sub> &lt; 95%.</p>
<b>2) Higiene corporal</b>	<p><b>QUALIDADE</b>  <b>Adequado:</b> banho com uso de produtos neutros; cabelos e unhas cortados e limpos (com cuidado na remoção das cutículas); mãos lavadas com água e sabão sempre que necessário; escova os dentes; anda sempre calçado; usa vestimentas leves, limpas, secas, confortáveis e adequadas ao clima; faz depilação com lâminas descartáveis (evita ferimentos).</p>	<p><b>Inadequado:</b> higiene corporal não está de acordo com os requisitos de limpeza.</p>

	<p><b>QUANTIDADE</b></p> <p><b>Adequado:</b> banho diário (homens lavar os cabelos diariamente e a mulher em dias alternados); cortar e limpar unhas semanalmente; lavar as mãos antes das refeições, depois de usar o banheiro e, sempre que necessário; escovar os dentes após as principais refeições.</p>	<p><b>Inadequado:</b> quantidade da higiene corporal está insuficiente, não correspondendo aos requisitos de limpeza.</p>
3) Higiene do ambiente domiciliar	<p><b>QUALIDADE</b></p> <p><b>Adequada:</b> ambiente domiciliar arejado (máximo da circulação do ar); ambiente limpo com água sanitária e desinfetante (evita produtos com odor ativo); tem iluminação natural; evita objetos que acumulem poeira e mofo; as instalações sanitárias têm boas condições de higiene; utiliza água filtrada e/ou fervida na preparação dos alimentos; conserva os alimentos bem acondicionados, protegendo de moscas e outros insetos.</p> <p><b>QUANTIDADE</b></p> <p><b>Adequada:</b> limpa o ambiente domiciliar diariamente; limpa as instalações sanitárias diariamente; erradica insetos e roedores periodicamente ente.</p>	<p><b>Inadequada:</b> a higiene ambiental não está de acordo com os requisitos de limpeza.</p> <p><b>Inadequada:</b> a quantidade da higiene ambiental está insuficiente, não correspondendo aos requisitos de limpeza.</p>
4) Ingestão de líquidos	<p><b>QUALIDADE</b></p> <p><b>Adequada:</b> ingere água potável (filtrada, fervida ou mineral);</p> <p><b>QUANTIDADE</b></p> <p><b>Adequada:</b> ingere água várias vezes ao dia; ingere sucos e chás frequentemente; 8 a 10 copos de água ao dia (2000 a 3000 ml), exceto nos casos de restrição hídrica por indicação médica</p>	<p><b>Inadequada:</b> ingestão de água não tratada ou de fonte desconhecida</p> <p><b>Inadequada:</b> ingere água &lt; 8 copos de água (&lt; 2000 ml)</p>
5) Ingestão de alimentos	<p><b>QUALIDADE</b></p> <p><b>Adequada:</b> pouco ou sem sal no preparo do alimento;; uso preferencial de gordura vegetal; consumo de vegetais e frutas; consumo de carne branca; não consome café ou reduziu consumo de café.</p> <p><b>QUANTIDADE</b></p> <p><b>Adequada:</b> ingestão de sal <math>\leq</math> 2g/dia ou abstenção na preparação do alimento; faz cerca de 5 a 6 refeições ao dia (desjejum, lanche, almoço, lanche, jantar e ceia); consome carne vermelha no máximo 2 vezes por semana; consumo de vegetais e frutas diariamente; não consome café ou consumo de café no máximo até 2 xícaras (100 ml)/dia.</p>	<p><b>Inadequada:</b> muito consumo de sal, gordura animal, excesso de carboidratos, carne vermelha, excesso de açúcar, ingestão de café superior a 2 xícaras ao dia.</p> <p><b>Inadequada:</b> ingestão de sal &gt; 2g/dia na preparação do alimento; ingestão de alimentos em frequência inferior a 5 refeições diárias e/ou &gt; 6 refeições diárias; ingestão da quantidade de alimento alterado por transtornos biológicos e/ou emocionais; consumo de carne &gt; 2x/ semana; pouco consumo de vegetais e frutas; ingestão de alimento em quantidade inferior e/ou superior as necessidades corporais.</p>



<p><b>6) Eliminações Intestinal</b></p>	<p><b>QUALIDADE</b>  <b>Adequada:</b> fezes de consistência pastosa, cor amarronzada e odor típico; ausência de parasitas; sem sangue, muco e secreções purulentas</p> <p><b>QUANTIDADE</b>  <b>Adequada:</b> frequência das evacuações de 1 a 2 vezes ao dia; volume das fezes superior a 60 gramas por evacuação</p>	<p><b>Inadequada:</b> fezes apresentam alterações na consistência (endurecidas e ressecadas) e cor, com presença de elementos anormais e odor exacerbado.</p> <p><b>Inadequada:</b> evacuação diária superior a 2 vezes (diarréia), evacuação irregular (constipação e incontinência), volume das fezes inferior a 60 gramas por evacuação.</p>
<p><b>Urinária</b></p>	<p><b>QUALIDADE</b>  <b>Adequada:</b> diurese límpida (transparente) a amarelo claro ou âmbar; odor característico (<i>sui generis</i>); ausência de sangue e pus.</p> <p><b>QUANTIDADE</b>  <b>Adequada:</b> a frequência urinária é de 4 a 6 vezes ao dia; o volume urinário está entre 1.500 a 1.600 ml ao dia (50 a 60 ml horários).</p>	<p><b>Inadequada:</b> diurese apresenta alteração na cor, odor; presença de elementos anormais; nictúria (micção excessiva à noite); incontinência (perda involuntária de urina); urgência (necessidade de realizar a micção imediatamente).</p> <p><b>Inadequada:</b> a frequência urinária &lt; 4 vezes/dia e/ou frequência urinária &gt; 6 vezes ao dia; o volume urinário &lt; 1500 ml (&lt; 50 ml por hora) e/ou volume urinário &gt; 1600 ml (&gt; 70 ml); polaciúria (frequência da urina aumentada), poliúria (quantidade de urina aumentada), oligúria (diminuição do volume de urina).</p>
<p><b>7) Atividade/trabalho</b></p>	<p><b>QUALIDADE</b>  <b>Adequada:</b> ambiente confortável, silencioso e tranquilo; limpo e ventilado; seguro (baixo risco ocupacional);  Obs.: Caso seja aposentado, o paciente ganha pontuação máxima.</p> <p><b>QUANTIDADE</b>  <b>Adequada:</b> um turno de 4 a 6 horas ou dois turnos de 8 horas com intervalo para refeição (1 a 2 horas).</p>	<p><b>Inadequada:</b> ausência ou déficit de condições favoráveis de trabalho, relacionadas às pessoas e ao ambiente.</p> <p><b>Inadequada:</b> trabalha por um período superior a 6 horas diárias sem intervalo para refeição</p>
<p><b>8) Prática de exercício físico</b></p>	<p><b>QUALIDADE</b>  <b>Adequada:</b> ingere alimentação leve e em pequena quantidade antes da atividade física; bebe líquido antes, durante e depois dos exercícios físicos; escolhe roupas leves, confortáveis que proporcionem boa ventilação; usa calçado adequado; faz aquecimento e alongamento antes da atividade física e relaxamento após a atividade física.</p> <p><b>QUANTIDADE</b>  <b>Adequada:</b> faz exercício físico de 4 a 5 vezes por semana; faz exercício físico durante 40 a 60 minutos; relaxamento após a atividade física de no mínimo 20 minutos</p>	<p><b>Inadequada:</b> faz exercícios em jejum, não ingere líquidos na atividade física, usa qualquer tipo de roupa e calçado para a atividade física, não faz aquecimento e alongamento antes atividade física, não faz relaxamento depois da atividade física;</p> <p><b>Inadequada:</b> frequência de exercício físico &lt; 3 vezes por semana e/ou não pratica exercício físico regularmente.</p>

<p><b>9) Sono e repouso</b></p>	<p><b>QUALIDADE</b>  <b>Adequada:</b> sono tranquilo; ininterrupto; desperta com disposição e satisfação.</p> <p><b>QUANTIDADE</b>  <b>Adequada:</b> adulto jovem com sono noturno de 6 a 8 horas/noite ou idoso com sono noturno de 4 a 6 horas/noite; descanso/repouso diurno durante 30 minutos.</p>	<p><b>Inadequada:</b> sono intranquilo, interrompido, desperta do sono indisposto e insatisfeito, tem dificuldade prolongada para adormecer por vários dias, insônia ou falta de sono</p> <p><b>Inadequada:</b> adulto jovem com sono noturno &lt; 6 horas/noite; idoso com sono noturno &lt; 4 horas/noite; não descansa durante o dia.</p>
<p><b>10) Interação social</b></p>	<p><b>QUALIDADE</b>  <b>Adequada:</b> não tem sentimento de solidão; relações familiares, vizinhos, colegas de trabalho e amigos favoráveis e harmoniosas; participa de grupos religiosos, da terceira idade, dança, atividades comunitárias, ou outros grupos sociais.</p> <p><b>QUANTIDADE</b>  <b>Adequada:</b> convívio conjugal, pais, filhos, vizinhos e amigos diariamente e/ou frequente; participa de atividades com grupos sociais periodicamente (semanalmente e/ou mensalmente).</p>	<p><b>Inadequada:</b> refere sentimentos de solidão nos últimos meses, ocasionado por morar só; sente-se sozinho; tem isolamento social imposto por si; ambiente familiar em desarmonia, relações conflitantes com familiares, vizinhos e/ou amigos, dificuldade nas relações com pessoas e de comunicação.</p> <p><b>Inadequada:</b> convívio conjugal, pais, filhos, fraternais esporádicos; não tem convívio conjugal com pais, filhos, fraternais; relacionamento com vizinhos e amigos esporádico; não tem relacionamento com vizinhos e amigos; não participa de atividades com grupos sociais semanalmente e/ou mensalmente</p>
<p><b>11) Comportamento emocional</b></p>	<p><b>QUALIDADE</b>  <b>Adequada:</b> tranquilo; controle emocional diante de situação de estresse;</p> <p><b>QUANTIDADE</b>  <b>Adequada:</b> gerenciamento para o estresse permanente; controle emocional permanente.</p>	<p><b>Inadequada:</b> intranquilo; falta de gerenciamento do estresse; descontrole emocional.</p> <p><b>Inadequada:</b> estresse frequentemente presente; descontrole emocional frequente.</p>
<p><b>12) Prevenção de doença/ Promoção da saúde</b></p>	<p><b>QUALIDADE</b>  <b>Adequada:</b> faz tratamento dentário; faz tratamento oftalmológico; realiza acompanhamento de saúde com profissionais da saúde.</p> <p><b>QUANTIDADE</b>  <b>Adequada:</b> visita o dentista a cada 6 meses; visita o oftalmologista anualmente; realiza acompanhamento de saúde com profissionais da saúde (médico, enfermeiro e nutricionista e outros profissionais especialistas) mensalmente ou conforme a necessidade</p>	<p><b>Inadequada:</b> nunca fez tratamento dentário após transplante cardíaco; não realiza acompanhamento da saúde.</p> <p><b>Inadequada:</b> faz tratamento dentário esporadicamente; tratamento dentário em período superior a 6 meses; realiza acompanhamento de saúde com profissionais da saúde esporadicamente.</p>
<p><b>13) Tabagismo</b></p>	<p><b>Adequada:</b> nunca fumou ou parou após a descoberta da doença ou parou há pelo menos 6 meses antes do transplante</p>	<p><b>Inadequada:</b> fuma cigarro caseiro, cigarro industrializado, cachimbo ou qualquer tipo de fumo.</p>

<b>14) Etilismo</b>	<b>Adequado:</b> nunca bebeu ou parou após a descoberta da doença ou parou há pelo menos 6 meses antes do transplante	<b>Inadequado:</b> usa algum tipo de bebida alcoólica.
<b>15) Drogas ilícitas</b>	<b>Adequado:</b> nunca usou drogas ilícitas ou parou após a descoberta da doença ou parou há pelo menos seis meses antes do transplante	<b>Inadequado:</b> usa algum tipo de droga: Cocaína (estimulante); Anfetaminas (estimulantes); Ecstasy (alucinogénea, psicadélica e estimulante); Crack - rock e pedra (estimulantes); Heroína (opíáceo); outra qualquer.
<b>16) Prática sexual</b>	<b>QUALIDADE</b> <b>Adequado:</b> vida sexual ativa; sente prazer nas relações sexuais; uso de contraceptivo (camisinha) em todas as relações sexuais.  <b>QUANTIDADE</b> <b>Adequada:</b> frequência de relações sexuais satisfatória para o paciente/casal	<b>Inadequada:</b> abstinência da prática sexual; nunca utilizou contraceptivo; utiliza contraceptivo esporadicamente.  <b>Inadequada:</b> prática sexual reduzida por medo e/ou ansiedade e/ou estresse esporádico
<b>17) Prevenção do câncer (mama, colo do útero, próstata)</b>	<b>Adequado:</b> mulher faz exame com ginecologista e reposição hormonal (se necessário); e homem faz acompanhamento com urologista.	<b>Inadequada:</b> não realiza acompanhamento com ginecologista ou urologista; realiza esporadicamente no intervalo superior a 1 ano; mulher faz reposição hormonal; homem não realiza exame de próstata anualmente.
<b>DESENVOLVIMENTAL</b>		
<b>18) Participa das atividades educativas para transplante cardíaco</b>	<b>Adequado:</b> participa das atividades educativas direcionadas para o paciente transplante cardíaco.	<b>Inadequada:</b> não participa das atividades educativas, participa de algumas atividades educativas ou participa esporadicamente
<b>19) Adaptação às mudanças após transplante cardíaco</b>	<b>Adequado:</b> facilidade de adaptação social; sem perda de parentes, amigos associados; sem perda de posses (bens) ou status ou segurança ocupacional; não houve mudança brusca de residência para um meio desconhecido; boa saúde ou capacidade de autocuidado.	<b>Inadequada:</b> dificuldade de adaptação social; perda de parentes, amigos associados e de posses (bens) ou status ou segurança ocupacional; mudança brusca de residência para um meio desconhecido; incapacidade de autocuidado.
<b>DESVIO DE SAÚDE</b>		
<b>20) Uso regular da medicação</b>	<b>Adequado:</b> faz uso da medicação certa; dose certa; hora certa; faz uso regular da medicação prescrita	<b>Inadequada:</b> faz uso esporádico da medicação prescrita; não toma as medicações prescritas, não segue o horário e/ou a dose certa.
<b>21) Comparecimento às consultas da equipe de saúde</b>	<b>Adequado:</b> comparece sistematicamente a consulta do cardiologista aprazada; comparece sistematicamente a consulta de enfermagem aprazada; comparece sistematicamente a consulta com o nutricionista aprazada; comparece sistematicamente a consulta com especialista, conforme suas necessidades	<b>Inadequada:</b> esporadicamente comparece as consultas aprazadas pelos profissionais médicos, enfermeiros e nutricionista; não comparece as consultas da equipe.
<b>22) Imunização básica</b>	<b>Adequado:</b> Hepatite B; Influenza (anualmente); <i>Streptococcus pneumoniae</i> (cada 5 anos); Hepatite A (cada 5 anos); Dupla Adulto; Varicela-Zoster	<b>Inadequada:</b> esquema incompleto ou ausência total de imunização

<b>23) Uso de máscara cirúrgica descartável</b>	<b>Adequado:</b> usa/usou máscara descartável em ambiente público, ao retornar ao hospital para consultas (3 meses após transplante cardíaco); usa/usou máscara em casa na presença de outras pessoas nos três primeiros meses após o transplante; usa/usou máscara na presença de pessoas com infecção, segundo orientação da equipe de transplante cardíaco; protege-se com máscara durante a dedetização ou sai do local por 24 horas	<b>Inadequada:</b> nunca utilizou máscara descartável, utiliza máscara descartável esporadicamente desde a data do transplante cardíaco até completar os três meses de cirurgia; não usa máscaras nas dedetizações.
<b>24) Contato com pessoas e animais domésticos</b>	<b>Adequado:</b> evita/evitou ambientes fechados e com aglomeração de pessoas (shows, igrejas, comícios, estádios de futebol, cinemas), nos três primeiros meses após o transplante; evita/evitou exposição desnecessária e contato com pessoas diferentes do seu convívio cotidiano durante os três primeiros meses de transplante; evita contato com animais domésticos; protege-se do contato com insetos e/ou roedores.	<b>Inadequada:</b> nunca evitou o contato com pessoas; evita contato esporádico com as pessoas desde a data do transplante cardíaco até completar os três meses de cirurgia; possui animais domésticos no ambiente domiciliar.
<b>25) Conhecimento</b>	<b>Adequado:</b> conhece acerca da doença; conhece acerca do tratamento; conhece acerca das complicações do transplante cardíaco; conhece acerca das práticas de autocuidado para prevenção de doenças e promoção da saúde do paciente transplantado cardíaco	<b>Inadequada:</b> não tem conhecimento acerca da sua doença e tratamento; não conhece as práticas de autocuidado.

Fonte: Autoria própria

Assim, seguida a finalização da construção do roteiro de entrevista para coleta de dados, ele foi enviado para os quatro profissionais (dois médicos e duas enfermeiras), que trabalham na assistência integral ao paciente transplantado cardíaco UTIC, visando ser analisado para adequá-lo aos pacientes transplantados cardíacos. As adequações sugeridas foram acatadas e o instrumento alterado para melhor atender aos objetivos propostos.

Além disso, antes do início da coleta de dados, o roteiro de entrevista foi testado em relação à compreensão e à pertinência junto aos pacientes com perfil similar à população do estudo. Esses pacientes foram excluídos do estudo, pois o instrumento sofreu alterações quanto à organização dos indicadores de autocuidado, bem como aspectos ortográficos e gramaticais.

## 5.5 Análise dos resultados

Os dados foram armazenados em um banco de dados processados e analisados conforme estatística descritivo-analítico e tabulados tudo no programa Excel do *Windows XP Professional*.

Os resultados foram organizados e apresentados em tabelas e quadros. Para as variáveis quantitativas, foram calculadas a média, o desvio padrão e o erro padrão da média.

Para comparação das médias de dois grupos, utilizou-se *t* de *student*, e de três ou mais grupos, usou-se *F* de *Snedecor*. Caso *F* tenha obtido diferença estatisticamente significativa, aplicou-se o teste de *Tukey* para as comparações múltiplas, e o teste de *Pearson Chi-Square*.

Após levantar os dados, de acordo com as práticas do autocuidado, estes foram avaliados de acordo com a escala de avaliação do autocuidado (quadro 2), a qual foi construída para uniformizar a pontuação de cada item. Assim, cada um dos 25 itens possui cinco classes, variando de 1 a 5, conforme exposto a seguir: 1- paciente não realiza o autocuidado; 2- paciente raramente realiza o autocuidado; 3- paciente, às vezes, realiza o autocuidado; 4- paciente frequentemente realiza o autocuidado; e 5- paciente sempre realiza o autocuidado. Dessa forma, caso o paciente não realize nenhuma atividade de autocuidado, ele receberá a pontuação 25 e, caso realize todas de forma adequada, receberá 125 pontos. Conforme mostra o quadro 2, a seguir:

**Quadro 2 - ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO**

<b>Requisitos de Autocuidado</b>					
<b>UNIVERSAL</b>					
	1	2	3	4	5
	Não realiza Autocuidado	Raramente realiza Autocuidado	Às vezes realiza Autocuidado	Frequentemente realiza Autocuidado	Sempre realiza Autocuidado
1) <b>Oxigenação/respiração</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 item	Contempla 2 ou 3 itens	Contempla 4 itens	Contempla 5 itens
2) <b>Higiene corporal</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 a 3 itens	Contempla 4 a 8 itens	Contempla 9 a 11 itens	Contempla 12 itens
3) <b>Higiene do ambiente domiciliar</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 a 3 itens	Contempla 4 a 6 itens	Contempla 7 a 9 itens	Contempla 10 itens
4) <b>Ingestão de líquidos</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 item	Contempla 2 itens	Contempla 3 itens	Contempla 4 itens
5) <b>Ingestão de alimentos</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 a 3 itens	Contempla 4 a 6 itens	Contempla 7 a 9 itens	Contempla 10 itens
6) <b>Eliminações</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 a 3 itens	Contempla 4 a 6 itens	Contempla 7 a 9 itens	Contempla 10 itens
7) <b>Atividade/ trabalho</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 item	Contempla 2 itens	Contempla 3 itens	Contempla 4 itens
8) <b>Prática de exercício físico</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 ou 2 itens	Contempla 3 a 5 itens	Contempla 6 ou 7 itens	Contempla 8 itens
9) <b>Sono e repouso</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 item	Contempla 2 ou 3 itens	Contempla 4 itens	Contempla 5 itens
10) <b>Interação social</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 item	Contempla 2 ou 3 itens	Contempla 4 itens	Contempla 5 itens
11) <b>Comportamento emocional</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 item	Contempla 2 itens	Contempla 3 itens	Contempla 4 itens

<b>UNIVERSAL (continuação)</b>					
	1	2	3	4	5
<b>13) Tabagismo</b>	Sempre fuma (sem restrições)	Frequentemente fuma ou fumante passivo	Às vezes fuma	Raramente fuma	Nunca fuma
<b>14) Etilismo</b>	Sempre ingere bebidas alcoólicas	Frequentemente ingere bebidas alcoólicas	Às vezes ingere bebidas alcoólicas	Raramente ingere bebidas alcoólicas	Nunca ingere bebidas alcoólicas
<b>15) Drogas ilícitas</b>	Sempre usa drogas ilícitas	Frequentemente usa drogas ilícitas	Às vezes usa drogas ilícitas	Raramente usa drogas ilícitas	Nunca usa drogas ilícitas
<b>16) Prática sexual</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 item	Contempla 2 itens	Contempla 3 itens	Contempla 4 itens
<b>17) Prevenção do câncer (mama, colo do útero, próstata)</b>	Nunca faz prevenção	Raramente faz prevenção	Às vezes faz prevenção	Frequentemente faz prevenção	Sempre faz prevenção
<b>DESENVOLVIMENTAL</b>					
<b>18) Participa das atividades educativas para transplante cardíaco</b>	Nunca participa	Raramente participa	Às vezes Participa	Frequentemente participa	Sempre participa
<b>19) Adaptação às mudanças após transplante cardíaco</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 a 3 itens	Contempla 4 a 6 itens	Contempla 7 a 9 itens	Contempla 10 itens
<b>DESVIO DE SAÚDE</b>					
<b>20) Uso regular da medicação</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 item	Contempla 2 itens	Contempla 3 itens	Contempla 4 itens
<b>21) Comparecimento às consultas da equipe de saúde</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 item	Contempla 2 itens	Contempla 3 itens	Contempla 4 itens
<b>22) Imunização básica</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 item	Contempla 2 a 4 itens	Contempla 5 itens	Contempla 6 itens
<b>23) Uso de máscara cirúrgica descartável</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 item	Contempla 2 itens	Contempla 3 itens	Contempla 4 itens
<b>24) Contato com pessoas e animais domésticos</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 item	Contempla 2 itens	Contempla 3 itens	Contempla 4 itens
<b>25) Conhecimento</b>	Não contempla nenhum item	Contempla 1 item	Contempla 2 itens	Contempla 3 itens	Contempla 4 itens

Fonte: Autoria própria

Para determinar os escores do Perfil de Engajamento no Autocuidado (PEAc), foi definida a amplitude de classe da seguinte forma:

$$\text{Amplitude de classe} = \frac{\text{máxima} - \text{mínima}}{\text{N}^\circ \text{ classes}} = \frac{125 - 25}{5} = \boxed{20}$$

Assim, o perfil de engajamento no Autocuidado ficou determinado de acordo com o quadro 3, exposto a seguir:

QUADRO 3 - Escores do Perfil de Engajamento no Autocuidado (PEAc)

<b>Perfil de engajamento no autocuidado – PEAc</b>	<b>Escore</b>
Sempre realiza Autocuidado	105 a 125
Frequentemente realiza Autocuidado	85 a 104
Às vezes realiza Autocuidado	65 a 84
Raramente realiza Autocuidado	45 a 64
Não realiza Autocuidado	25 a 44

Fonte: Autoria própria

### 5.6 Aspectos ético-legais

O estudo respeitou os princípios da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos, bem como os princípios éticos em pesquisa (BRASIL, 1996).

O princípio do respeito pela dignidade da pessoa humana, beneficência, justiça, não maleficência e autonomia foram contemplados, visto que os participantes foram esclarecidos quanto aos propósitos do trabalho, podendo decidir livremente 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).

O anonimato foi garantido e foram asseguradas a confidencialidade, a privacidade e as proteções da imagem, garantindo a utilização das informações em benefício das pessoas e utilizadas apenas no âmbito deste estudo, respeitando, assim, o princípio da justiça.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, bem como da instituição, onde foi realizado o estudo e recebeu a sua aprovação para o seu desenvolvimento, sob o parecer numero 109/11 (Anexo I).

## **6 RESULTADOS**

Os dados foram organizados em tabelas e analisados, obedecendo aos objetivos propostos do estudo. Assim, foram identificados os fatores condicionantes que interferem na prática do autocuidado de paciente transplantado cardíaco após a alta hospitalar, considerando os indicadores: sexo, idade, cor, prática religiosa, estado civil, procedência, escolaridade, ocupação, renda familiar e tempo de cirurgia, bem como expor os déficits de autocuidado para determinar as demandas de autocuidado do paciente, segundo os requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde, os quais serviram de subsídios para avaliar o autocuidado de pacientes que realizaram transplante cardíaco, baseado no Modelo do Autocuidado de Orem.

Desta forma, apresentar-se-ão os aspectos relacionados com os dados das características da população do estudo, as características clínicas e identificadas as demandas de autocuidado de pacientes adultos que realizaram transplante cardíaco, de acordo com os requisitos de autocuidado, os Escores do Perfil de Engajamento no Autocuidado (PEAc) e uma comparação do Perfil de Engajamento do Autocuidado com os fatores condicionantes para o autocuidado: sexo, idade, cor, prática religiosa, estado civil, procedência, escolaridade, ocupação, renda familiar e tempo de transplante cardíaco.

### **6.1 Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes: fatores condicionantes para o autocuidado**

A amostra composta por 63 transplantados cardíacos é apresentada na tabela 1, segundo os fatores condicionantes para o autocuidado.

Foram analisadas as seguintes categorias para os fatores condicionantes: o sexo, considerando ambos os gêneros, masculino e feminino; a idade, incluindo os pacientes adultos; a cor da pele, compreendendo a branca e não-branca; a prática religiosa, abrangendo a católica, assim como as outras religiões; o estado civil, envolvendo os solteiros, casados ou união estável, além dos separados ou divorciados; a procedência, na qual foram incluídos os pacientes da capital (Fortaleza), ou os que moram fora da capital e provêm do interior do estado, bem como os procedentes de outros estados; a escolaridade, contemplando o grau de estudo; a ocupação, contendo os aposentado ou que não trabalham e àqueles que trabalham; e a renda familiar, no qual envolveu os ganhos da família.



TABELA 1- Distribuição dos pacientes transplantados cardíacos, considerando os fatores condicionantes para o autocuidado: sexo, idade, cor, prática religiosa, estado civil, procedência, escolaridade, ocupação, renda familiar. Fortaleza-CE, 2012.

<b>Características dos pacientes</b>	<b>n =63</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	7	11,1
Masculino	56	88,9
<b>Idade</b>		
23 – 39	10	15,9
40 – 49	19	30,2
50 – 59	24	38,1
60 – 72	10	15,9
<b>Cor</b>		
Branca	16	25,47
Não-branca	47	74,6
<b>Prática religiosa</b>		
Católica	51	81,0
Outra religião	12	19,0
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	9	14,3
Casado/união estável	49	77,8
Separado/divorciado	5	7,9
<b>Procedência</b>		
Fortaleza	20	31,7
Interior do Ceará	31	49,2
Outro estado	12	19,0
<b>Escolaridade</b>		
Até educação básica	18	28,6
Ensino fundamental	20	31,7
Ensino médio/superior	25	39,7
<b>Ocupação</b>		
Aposentado/Não trabalha	52	82,5
Trabalha	11	17,5
<b>Renda familiar (Salário mínimo)</b>		
1	30	47,6
1 – 2	11	17,5
2 – 9	22	34,9

Fonte: Autoria própria

Com base na tabela 1, verifica-se, quanto às características sociodemográficas dos pacientes, a predominância do sexo masculino (88,9%). A idade variou de 23 a 72 anos, e a faixa etária predominante foi de 40 a 59 anos (68,3%), referente à fase adulta. Houve um quantitativo de adulto jovem (15,9%) e idoso (15,9%).

Em relação à cor da pele, dos 63 transplantados cardíacos entrevistados, a maioria (74,6%) tem a cor da pele não-branca (pardas e negras) e 16 (25,47%), a cor branca. A prática religiosa predominante foi católica (81,0%), mas 19,0% referiram outras crenças, como evangélica, espiritismo ou judaísmo.

Quanto ao estado civil, 77,8% dos transplantados cardíacos são casados e 22,2%, solteiros ou separados/divorciados.

Outro fator condicionante que pode interferir no autocuidado é a procedência do paciente, sendo constatado que 49,2% são do interior do estado e 31,7%, da capital Fortaleza, havendo ainda 12 (19,0%) participantes procedentes de outros estados, tais como: Rio Grande do Norte, Bahia, Pará, Goiás e Piauí.

Em relação ao grau de escolaridade, 71,4% possuem pelos menos ensino fundamental, o que caracteriza ter estudado no mínimo dez anos. Quanto à ocupação, 82,5% do total são aposentados ou não trabalham e 17,5% exercem atividade laboral remunerada.

Quanto à renda familiar, esta variou de 545,00 (valor do salário mínimo à época) a 5.000 reais, sendo que 47,6% recebem até um salário mínimo.

TABELA 2- Distribuição dos pacientes transplantados cardíacos quanto às características clínicas: diagnóstico médico e tempo do transplante. Fortaleza-CE, 2012.

<b>Miocardiotopia que levou ao transplante cardíaco</b>	<b>n=63</b>	<b>%</b>
Chagásica	18	28,6
Idiopática	12	19,0
Dilatada	10	15,9
Isquêmica	10	15,9
Alcoólica	7	11,1
Orovalvar	3	4,7
Viral	1	1,6
Congênita	1	1,6
Amiloidose (restritiva)	1	1,6
<b>Tempo de transplante cardíaco</b>		
< 1 ano	12	19,0
1   3 anos	25	39,7
3   5 anos	11	17,5
≥ 6 anos	15	23,8

Em relação ao diagnóstico médico do transplante cardíaco, percebeu-se que, em 28,6% dos casos, a doença de chagas foi fator para indicação do transplante cardíaco, seguido por miocardiopatia idiopática (19,0%), dilatada (15,9%), isquêmica (15,9%), alcoólica (11,1%) e orovalvar (4,7%) e miocardiopatia viral, congênita e amiloidose, com 1,6% cada uma.

Quanto ao tempo do transplante cardíaco, variou de dois meses a dez anos e quatro meses, dos quais 39,7% dos pacientes realizaram transplante entre um e três anos, 23,8% há pelo menos seis anos, 19% com período inferior a um ano e 17,5% há um período acima de 3 e maior ou igual a 6 anos.

Destaca-se que as características sociodemográficas e clínicas são avaliadas como fatores condicionantes para o autocuidado do transplante cardíaco na tabela 5.

## 6.2 Requisitos de autocuidado universal, desenvolvimental e desvio de saúde

TABELA 3 - Distribuição dos pacientes transplantados cardíacos, considerando os requisitos de autocuidado. Fortaleza-CE, 2012.

<b>ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO</b>					
<b>Requisitos de Autocuidado</b>					
<b>UNIVERSAL</b>					
	Não realiza Autocuidado (1)	Raramente realiza Autocuidado (2)	Às vezes realiza Autocuidado (3)	Frequentemente realiza Autocuidado (4)	Sempre realiza Autocuidado (5)
1 Oxigenação/respiração	0	0	8	9	46
2) Higiene corporal	0	0	0	20	43
3) Higiene do ambiente domiciliar	0	0	5	25	33
4) Ingestão de líquidos	0	1	3	21	38
5) Ingestão de alimentos	0	1	12	31	19
6) Eliminações	0	0	2	11	50
7) Atividade/ trabalho	1	0	3	3	56
8) Prática de exercício físico	16	1	15	23	8
9) Sono e repouso	3	2	21	24	13
10) Interação social	0	1	49	7	6
11) Comportamento emocional	3	3	29	2	26
12) Prevenção de doença/ Promoção da saúde	0	0	42	7	14
13) Tabagismo	1	0	0	0	62
14) Etilismo	0	1	1	0	61
15) Drogas ilícitas	0	0	0	0	63
16) Prática sexual	12	0	1	26	24
17) Prevenção do câncer (mama, colo do útero, próstata)	37	1	0	0	25
<b>DESENVOLVIMENTAL</b>					
18) Participa das atividades educativas para transplante cardíaco	23	2	0	0	38
19) Adaptação às mudanças após transplante cardíaco	0	5	10	7	41

**DESVIO DE SAÚDE**

20) Uso regular da medicação	0	0	0	0	63
21) Comparecimento às consultas da equipe de saúde	0	0	1	25	37
22) Imunização básica	14	24	25	0	0
23) Uso de máscara descartável	0	0	0	29	34
24) Contato com pessoas e animais domésticos	0	0	1	23	39
25) Conhecimento	0	0	1	12	50

Fonte: Autoria própria

Os requisitos de autocuidado foram analisados individualmente, considerando todos os indicadores relacionados ao requisito universal, desenvolvimental e desvio de saúde.

Para o requisito de autocuidado universal oxigenação/respiração, 46 pacientes transplantados cardíacos sempre realizavam este cuidado adequadamente. E 17, frequentemente ou às vezes, realizavam esse cuidado, ou seja, têm déficit de autocuidado, pois relataram presença de poeira e/ou fumaça no ambiente domiciliar.

Em relação à prática de autocuidado de higiene pessoal, obtiveram-se como resultado: 43 pacientes transplantados cardíacos os quais se adequaram ao item sempre realizam autocuidado e 20, ao frequentemente, realizam o autocuidado. Os itens que mais se destacaram como inadequados foram banho sem uso de produtos neutros e depilação com lâminas descartáveis com excesso de uso.

A preocupação dos transplantados cardíacos, com sua higiene corporal, diz respeito ao fato de esta prática estar ligada à prevenção de infecções diversas, pois eles compreendem que os cuidados de higiene pessoal são essenciais para prevenção de doenças, já que minimizam e/ou evitam micro-organismos e outros agentes causadores de doenças. Isso pode ser constatado nos relatos de alguns entrevistados a respeito da higiene pessoal, como mostra a seguir: “Para manter a saúde, precisamos cuidar bem do nosso corpo” e “É pela higiene que ficamos fortes e saudáveis para impedir as doenças”. Outros pacientes mencionaram hábitos de higiene para proteção da saúde: “Tomar banho todos os dias, como usar roupas limpas, nos ajuda a evitar muitas doenças e odores desagradáveis em nosso corpo”; e “A água e o sabão neutro dissolvem a sujeira e ajudam a retirar os agentes causadores de doença que estão na nossa pele, nos cabelos e também nas unhas”.

Quanto ao requisito de autocuidado higiene do ambiente domiciliar, 33 (52,3%) pacientes sempre realizavam o autocuidado e 30 (47,6%) apresentaram déficit de autocuidado, pois realizavam o autocuidado frequentemente ou às vezes. Dentre os itens

inadequados, ressalta-se a erradicação dos insetos e roedores periodicamente, os quais foram pouco mencionados.

De acordo com o requisito de autocuidado universal ingestão de líquidos, tiveram-se como resultado: 38 pacientes os quais sempre realizavam o autocuidado; 25 apresentaram déficit de autocuidado, pois referiram não ter o hábito de ingerir água várias vezes ao dia, alternando com sucos e chás rotineiramente; e um paciente não tinha o hábito de ingerir água potável, bem como ingerir a quantidade ideal de água necessária para um adulto transplantado.

Quanto ao requisito de ingestão de alimentos, 19 pacientes seguiam as recomendações rigorosamente, sendo classificados em sempre realizam autocuidado, contudo 44 (69,8%) apresentaram déficit de autocuidado, pois não referiram os seguintes hábitos alimentares: uso preferencial de gordura vegetal; hábito de ingerir frutas e hortaliças diariamente; quantidade adequada de refeições diária, pois não seguem uma sequência de desjejum, lanche, almoço, lanche, jantar e ceia, muitos possuem apenas três refeições diária. Além disso, alguns informaram que o consumo de carne vermelha ultrapassa a duas vezes por semana.

Relacionado ao requisito de autocuidado eliminações (intestinais e urinárias), os resultados obtidos, após a avaliação, foram: 50 sempre realizavam esse autocuidado, mas 13 tinham déficit, pois realizavam às vezes o autocuidado. Nota-se que a grande parte realiza este autocuidado dentro dos critérios estabelecidos, contudo uma minoria apresentava eliminações inadequadas, causadas por diarreia ou constipação, sobretudo tinha relação com o tempo do transplante cardíaco, o qual ocorreu com pacientes que tinham menos de um ano de transplante.

Quanto ao requisito de atividade/trabalho, 56 pacientes sempre realizavam esse autocuidado e sete tinham déficit de autocuidado. Destaca-se que a maioria dos pacientes foi incluído em sempre realiza este autocuidado, porque foi pré-estabelecido no roteiro de coleta de dados que os aposentados ganhariam a pontuação máxima, já que não conviviam com os riscos do ambiente de trabalho. Todavia, percebeu-se que, mesmo os pacientes encontrando-se aposentados, ainda assim, exerciam algumas atividades de trabalho liberais e sem vínculo empregatício, para completar a renda familiar, segundo relataram. Neste requisito, alguns

itens não foram contemplados: ambiente de trabalho confortável, silencioso e tranquilo, seguro (baixo risco ocupacional).

Para a prática de exercício físico, somente oito pacientes sempre realizavam esse autocuidado. E 55 apresentaram déficit de autocuidado, pois não mantêm uma rotina de praticar exercício físico na qualidade e quantidade adequadas ou mesmo não exercem essa prática. Ainda assim, percebe-se que esses pacientes não têm o costume de ingerir alimentação leve e em pequena quantidade antes da atividade física, beber líquido antes, durante e depois, não fazem aquecimento e alongamento antes e relaxamento após a atividade física.

Quanto ao sono e repouso, 13 sempre realizavam esse autocuidado, mas 50 (79,3%) tinham déficit de autocuidado. Os pacientes mencionaram que o sono, muitas vezes, é interrompido, ocasionando uma leve insônia, por causa da medicação e da frequência urinária, sendo, portanto, interrompido.

A interação social está prejudicada em 90,5% dos pacientes após transplante cardíaco. Ressalta-se que o sentimento de solidão permeia em alguns pacientes transplantados, especialmente àqueles com pouco tempo de transplante. A participação em atividades com grupos sociais foi pouco mencionada.

Em relação ao requisito de autocuidado comportamento emocional, os resultados foram: 26 pacientes sempre realizavam esse autocuidado, dois frequentemente, 29 às vezes, três raramente e três não realizavam esse autocuidado, caracterizando que 37 pacientes apresentavam déficit de autocuidado nesse requisito. Os pacientes fizeram referência à importância da tranquilidade e a seus efeitos positivos, bem como ao valor do controle emocional diante de situação de estresse. Afirmaram que esses comportamentos não são fáceis de praticá-los, devem ser trabalhados mediante a decisão em realizar o transplante.

Quanto aos resultados do autocuidado prevenção de doença/promoção da saúde: 14 pacientes sempre realizavam esse autocuidado, e 49 (77,7%) realizavam frequentemente ou às vezes esse autocuidado. Foram estabelecidos como prática de autocuidado visita ao dentista, ao oftalmologista e acompanhamento de saúde com outros profissionais de saúde, tais como médico, enfermeiro e nutricionista. Assim, percebeu-se que mais da metade dos transplantados cardíacos não frequentava periodicamente o oftalmologista e o nutricionista.

De acordo com o requisito de autocuidado tabagismo, encontraram-se 62 pacientes que sempre realizavam esse autocuidado, e um que não realizava esse autocuidado, ou seja, continuam fumando mesmo que esporadicamente. Foi determinado como prática de autocuidado que o transplantado cardíaco nunca tivesse fumado, parado após a descoberta da doença ou seis meses antes do transplante. A despeito do uso do cigarro não ser recomendado pelos profissionais da saúde, ainda assim, encontrou-se um paciente que fuma.

Em relação ao requisito etilismo, os resultados obtidos foram: 61 pacientes sempre realizavam o autocuidado, um, às vezes, e um raramente realizava o autocuidado. Determinou-se como prática de autocuidado ideal o paciente que nunca tinha bebido, tinha parado após a descoberta da doença ou seis meses antes do transplante. Embora o álcool seja maléfico ao organismo e contribua para os agravos da saúde, os resultados mostraram que ainda há paciente ingerindo bebida alcoólica, mesmo correndo o risco de complicações. Estes pacientes consumidores de álcool tinham o diagnóstico médico de miocardiopatia alcoólica ao ser transplantado, o que acentua o risco de complicações.

Em relação ao requisito drogas ilícitas, estabeleceu-se como autocuidado ideal que o paciente nunca tenha usado, parou de utilizar após a descoberta da doença ou seis meses antes do transplante, os resultados mostraram que os 63 pacientes sempre realizavam esse autocuidado, ou seja, não faziam uso de drogas ilícitas, do tipo Cocaína (estimulante); Anfetaminas (estimulantes); *Ecstasy* (alucinogénea, psicadélica e estimulante); *Crack-rock* e pedra (estimulantes); Heroína (opiáceo).

Quanto ao requisito da prática sexual, os resultados mostraram que 24 foram avaliados em sempre realizava o autocuidado, 26 frequentemente, um às vezes e 12 não realizava esse autocuidado. Dentre os pacientes que apresentaram déficit de autocuidado, estão os que se sentem inseguros em fazer sexo. Ressalta-se que, caso o paciente tenha até três meses de transplante cardíaco, deve ser incluído em sempre realiza este autocuidado, porque foi pré-estabelecido no roteiro de coleta de dados que, caso o paciente tenha até três meses de transplante, ganharia a pontuação máxima, já que a prática sexual deve ser suspensa nesse período. De acordo com os relatos, o uso de preservativo nas relações sexuais é feita de forma irregular ou, muitas vezes, não são utilizadas.

Para o requisito de autocuidado universal prevenção do câncer de mama e colo do útero na mulher e prevenção do câncer de próstata nos homens, encontraram-se os seguintes

resultados: 25 pacientes sempre realizavam esse cuidado, mas 38 raramente ou nunca realizavam esse autocuidado. Foi determinado, como autocuidado para a mulher, fazer exame ginecológico anualmente e reposição hormonal, se necessário. E, para os homens, fazer acompanhamento com urologista. Verificou-se que mais da metade dos pacientes não realizava este autocuidado, e os motivos pelos quais não o fazem são: esquecimento em realizar a consulta, falta de tempo, dificuldade em marcar consulta com o especialista e aguardar a solicitação da equipe de saúde do transplante.

Em relação à avaliação dos procedimentos dos requisitos desenvolvimental, obtiveram-se como resultados da participação dos pacientes nas atividades educativas para o transplante cardíaco: 38 sempre realizavam esse autocuidado, dois, raramente, e 23 não realizavam esse autocuidado. Verificou-se que 25 pacientes não participam das atividades educativas realizadas pelos profissionais da equipe de transplante cardíaco, por motivo financeiro ou pela distância.

Quanto ao requisito adaptação às mudanças após transplante cardíaco, os resultados foram o seguinte: 41 pacientes foram incluídos em sempre realiza esse autocuidado, porém 22 afirmaram dificuldades em adaptar-se ao meio social e à capacidade para o autocuidado nesse requisito.

O requisito de desvio de saúde, para o uso de regular da medicação, obteve como resultado que todos os 63 pacientes transplantados cardíacos entrevistados sempre realizam esse autocuidado. Portanto, percebe-se que os pacientes demonstraram interesse e responsabilidade quanto à utilização da medicação, visto que esse autocuidado é constantemente incentivado pelos profissionais de saúde para recuperação e promoção da saúde.

Quanto à avaliação do comparecimento às consultas da equipe de saúde, 37 sempre realizam esse autocuidado. Dentre os 26 pacientes que foram incluídos em frequentemente e, às vezes realizam esse autocuidado, notificaram a necessidade do profissional nutricionista na Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca (UTIC), pois atualmente só existe no ambulatório da instituição, dificultando assim o comparecimento às consultas a este profissional.



Em relação à imunização básica, os 63 pacientes apresentaram déficit de autocuidado. Desta forma, constatou-se que todos os entrevistados estão com o esquema de vacina incompleto ou nunca tomou as vacinas recomendadas pelo protocolo de transplante cardíaco.

Quanto ao uso de máscara descartável, os resultados da avaliação foram: 34 sempre realizam esse autocuidado e 29, frequentemente. Dos pacientes que frequentemente realizavam esse cuidado afirmaram não usar a máscara para se proteger durante a dedetização ou sair do local por 24 horas, porque não realizavam esse procedimento em seu cotidiano.

Relacionado ao contato do transplantado com pessoas e animais domésticos, 39 sempre realizam esse autocuidado, mas 24 apresentavam déficit de autocuidado, pois mantinham contato com animais em seus domicílios, como cachorro, gato, vaca, aves em geral. E também não estavam se protegendo do contato com insetos e/ou roedores.

Os resultados direcionados ao conhecimento dos transplantados cardíacos acerca da doença, do tratamento, das complicações do transplante, das práticas de autocuidado para prevenção de doenças e promoção da saúde relacionada ao transplante, foram o seguinte: 50 sempre realizavam o autocuidado, 12 frequentemente e um, às vezes, perceberam déficit de conhecimento das complicações do transplante e na prevenção de doenças e promoção da saúde relacionada ao transplante, uma vez que determinados pacientes mencionaram conhecimentos e habilidades inadequados para cuidar de si mesmo na presença de complicações, bem como refletiram sobre suas práticas pouco eficazes no cuidado relacionado à prevenção de doenças, reconhecendo e valorizando a importância desse autocuidado para prevenir alterações. Constatou-se elevado interesse do paciente pelos cuidados direcionados à infecção e à rejeição.

### 6.3 Escores do Perfil de Engajamento no Autocuidado (PEAc)

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes quanto aos Escores do Perfil de Engajamento no Autocuidado (PEAc), Fortaleza, 2012.

<b>Perfil de engajamento no autocuidado – PEAc</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sempre realiza Autocuidado (105 a 125)	27	42,9
Frequentemente realiza Autocuidado (85 a 104)	36	57,1

Fonte: Autoria própria

Segundo a tabela 4, os Escores do Perfil de Engajamento no Autocuidado (PEAc) dos pacientes transplantados apresentou variação de 88 a 113.

Assim, de acordo com o determinado, os escores do Perfil de Engajamento no Autocuidado seriam definidos, a partir da pontuação alcançada, pela somatória da prática do autocuidado dos pacientes transplantados cardíacos.

De modo que, para os pacientes com somatória variando entre 105 a 125 escores, estes estariam incluídos na classe que sempre realiza o autocuidado; seguido dos que atingissem escores de 85 a 104, os quais ficariam na classe que frequentemente realiza o autocuidado; àqueles que atingissem de 65 a 84 permaneceriam na classe que, às vezes, realiza o autocuidado; os pacientes transplantados cardíacos que obtivessem escores entre 45 a 64 seriam incluídos na classe que raramente realiza o autocuidado; e os que alcançassem de 25 a 44 escores, fariam parte da classe que não realiza o autocuidado.

Portanto, após a avaliação obtida em cada requisito de autocuidado universal, desenvolvimental e desvio de saúde, percebeu-se que todos os pacientes, na somatória de pontuação do Escore do Perfil de Engajamento no Autocuidado, se encontravam em níveis elevados de autocuidado, pois todos estavam incluídos na classe que frequentemente realizava autocuidado (57,1%) e sempre realizava o autocuidado (42,9%).

Este fato é justificado, porque os pacientes transplantados cardíacos são acompanhados por uma equipe multiprofissional capacitada, que presta assistência direcionada às práticas de autocuidado, a partir da sensibilização, orientação e incentivo às mudanças de comportamento, hábitos e estilo de vida saudáveis. Essa assistência tem como prioridade promover a saúde do paciente, a partir da prevenção dos agravos do transplante tendo em vista uma sobrevida com qualidade.

Vale ressaltar que, apesar de alguns itens descritos nos procedimentos das práticas do autocuidado, considerados importantes, não serem mencionados pelos transplantados cardíacos, se verificou o empenho desses pacientes em manter a qualidade do cuidado em sua excelência, pois não houve casos com somatório do Perfil de Engajamento no Autocuidado, nas classes a que, às vezes, realiza-se o autocuidado, raramente ou não realiza o autocuidado.

#### 6.4 Comparação dos fatores condicionantes para o autocuidado com o Perfil de Engajamento do Autocuidado.

TABELA 5 – Comparação do Perfil de Engajamento do Autocuidado com os fatores condicionantes para o autocuidado. Fortaleza-CE, 2012.

Características dos pacientes	PEAC 80 a 104 (n=36)		PEAC 105 a 125 (n=27)		Total (n=63)	Média ± EPM	P
	n	%	n	%			
<b>Sexo</b>							
Feminino	5	71,4	2	28,6	7	101,5 ± 2,83	
Masculino	31	55,4	25	44,6	56	104,2 ± 0,69	0,418*
<b>Idade</b>							
23 – 39	5	50	5	50	10	103,8 ± 1,35	
40 – 49	12	63,2	7	36,8	19	102,1 ± 1,40	
50 – 59	14	58,3	10	41,7	24	104,7 ± 1,12	
60 – 72	5	50	5	50	10	105,4 ± 1,59	0,871**
<b>Cor</b>							
Branca	10	62,5	6	37,5	16	103,3 ± 1,61	
Não-branca	26	55,3	21	44,7	47	104,1 ± 0,75	0,616*
<b>Prática religiosa</b>							
Católica	31	60,8	20	39,2	51	103,5 ± 0,77	
Outra religião	5	41,7	7	58,3	12	105,3 ± 1,55	0,229*
<b>Estado civil</b>							
Solteiro	4	44,4	5	55,6	9	105,0 ± 1,88	
Casado/união estável	27	55,1	22	44,9	49	104,4 ± 0,71	
Separado/divorciado	5	100	0	0	5	97,2 ± 2,93	0,044***
<b>Procedência</b>							
Fortaleza	10	50	10	50	20	105,05 ± 1,35	
Interior do Ceará	21	67,7	10	32,3	31	102,6 ± 0,96	
Outro estado	5	41,7	7	58,3	12	105,4 ± 1,24	0,222**
<b>Escolaridade</b>							
Até educação básica	13	72,2	5	27,8		102,2 ± 1,24	
Ensino fundamental	11	55	9	45		103,5 ± 1,05	
Ensino médio/superior	12	48	13	52		105,4 ± 1,19	0,278**
<b>Ocupação</b>							
Aposentado/Não trabalha	29	55,8	23	44,2	52	104,2 ± 0,75	
Trabalha	7	63,6	4	36,4	11	102,5 ± 1,78	0,632*
<b>Renda familiar (Salário mínimo)</b>							
1	18	56,3	14	43,8	32	103,9 ± 1,01	
1   2	9	69,2	4	30,8	13	103,3 ± 1,39	
2   9	9	50	9	50	18	104,3 ± 1,32	0,560**
<b>Tempo de transplante cardíaco</b>							
< 1 ano	9	75	3	25	12	101,9 ± 1,75	
1   3 anos	16	64	9	45,8	25	102,4 ± 0,84	
3   5 anos	2	18,2	9	81,8	11	107,8 ± 1,86	
≥ 6 anos	9	60,0	6	40,0	15	105,1 ± 1,30	0,031***

\* T de student. \*\*F de Snedeco. \*\*\*Teste de Tukey e Teste de Pearson Chi-Square.

Fonte: Autoria própria

Na tabela 5, consta a relação dos fatores condicionantes para o autocuidado com o Perfil de Engajamento do Autocuidado. Deste modo, em relação ao sexo, o masculino apresentou maior percentual com 44,6% na classe que sempre realiza o autocuidado, enquanto o feminino apresentou 28,6%. Assim, percebe-se que os homens apresentaram maior percentual no perfil de engajamento do autocuidado, pois estão em maior proporção na categoria que sempre realiza o autocuidado. Então, constatou-se que os homens apresentaram uma maior média na prática do autocuidado ( $104,2 \pm 0,69$ ) em relação às mulheres ( $101,5 \pm 2,83$ ). Entretanto, não houve diferença significativa do PEAC entre homens e mulheres ( $p < 0,05$ ).

Em relação à idade, observou-se que, na classe dos pacientes, que sempre realizam o autocuidado, as faixas etárias, entre 23 a 39 e 60 a 72 anos, obtiveram maiores percentuais, com 50%. Portanto, percebe-se que os adultos jovens e os idosos praticam mais o autocuidado. Não obstante, a faixa etária que apresentou uma maior média na prática do autocuidado foi entre 60 a 72 anos, com média variando de  $105,4 \pm 1,59$ . No entanto, constatou-se, também, que não há diferença significativa do PEAC entre as idades ( $p > 0,05$ ).

Quanto a cor, percebeu-se um maior percentual de pacientes não-brancos (44,7%) na classe que sempre realiza o autocuidado. Assim, compreende-se que os pacientes de cor não-branca praticam mais o autocuidado. Verificou-se também que não há diferença significativa do PEAC entre a cor da pele ( $p > 0,05$ ). Contudo, os pacientes de cor não-branca apresentaram uma maior média na prática do autocuidado ( $104,1 \pm 0,75$ ).

Em relação à prática religiosa, encontrou-se, na classe que sempre realiza o autocuidado, um maior percentual de pacientes que possuem outras crenças religiosas (evangélica, espírita e judaica), com 58,3% e menor na católica com 39,2%. Assim sendo, os pacientes que estão incluídos em outras religiões praticam mais o autocuidado, sobretudo, apresentam uma proporção de média maior, com  $105,3 \pm 1,55$ . Não houve diferença significativa em relação à prática religiosa ( $p > 0,05$ ).

Quanto ao estado civil, na classe que sempre realiza o autocuidado, os solteiros apresentaram um maior percentual (55,6%) em relação aos casados/união estável (44,9%). Entretanto, não houve nenhum separado/divorciado que sempre realiza o autocuidado, somente frequentemente (100%). Então, percebe-se que os solteiros praticavam mais o autocuidado, pois obtiveram o maior percentual na classe que sempre realiza o autocuidado

e apresentaram uma proporção de média maior, com  $105,0 \pm 1,88$ . Esse fator condicionante apresentou diferença significativa ( $p < 0,05$ ).

Relacionado à procedência, na classe que sempre realiza o autocuidado, os pacientes de outros estados (Rio Grande do Norte, Piauí, Bahia, Goiás e São Paulo) apresentaram maior percentual (58,3%), seguido dos procedentes da capital Fortaleza (50%), depois, os pacientes do interior do estado (32,3%).

Assim, percebeu-se que os pacientes de outros estados são os que mais praticam o autocuidado, os quais apresentaram maior média do PEAC, com  $105,4 \pm 1,24$ . Este fato pode ser justificado, pelos seguintes fatores: dentre os 12 (19%) pacientes de outros estados, constatou-se que 33,4% tinham nível de escolaridade em ensino médio ou superior; 33,4%, solteiros; 58,4% tinham renda familiar entre dois a nove salários mínimos; 58,3% estavam incluídos na classe que sempre realiza o autocuidado. De tal modo que, quando comparados aos 31 (49,2%) pacientes procedentes do interior do estado, os quais apresentaram menor prática de autocuidado (PEAC=102,6), observou-se que esses pacientes tinham nível de escolaridade e renda familiar menor do que os de outro estado, a saber: 19,3% tinham nível de escolaridade em ensino médio, e ninguém tinha nível superior; 19,3%, solteiros; 22,6% tinham renda familiar entre dois a nove salários mínimos; 35,5% estavam incluídos na classe que sempre realiza o autocuidado.

Além disso, verificou-se que não houve diferença significativa em relação à procedência ( $p > 0,05$ ), constatando que o PEAC independe da procedência.

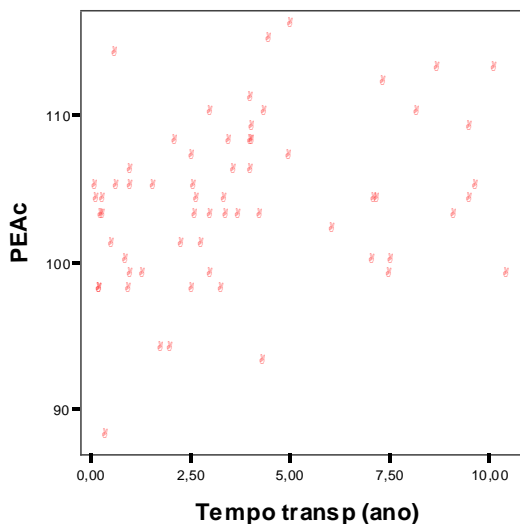
Em relação à escolaridade, na classe que sempre realiza o autocuidado, percebeu-se que os pacientes do ensino médio/superior apresentaram maior percentual (52%), seguido pelos que têm ensino fundamental (45%) e educação básica (27,8%). Desta forma, constatou-se que a escolaridade influenciou diretamente na prática do autocuidado. Assim, os pacientes de nível médio e superior tiveram uma proporção maior na média ( $105,4 + 1,19$ ). Contudo, também não houve diferença significativa em relação à escolaridade ( $p = 0,278$ ).

No que concerne à ocupação, na classe que sempre realiza o autocuidado, os pacientes aposentados ou os que não trabalham obtiveram maior percentual (44,2%) em relação aos que exercem alguma atividade laboral (36,4%). Logo, os pacientes que são aposentados ou não trabalham obtiveram uma proporção maior na média com  $104,2 \pm 0,75$ . Contudo, verificou-se que não há diferença significativa ( $p > 0,05$ ).

Em relação à renda familiar, na classe que sempre realiza o autocuidado, os pacientes que ganham acima de dois a nove salários mínimos são os que mais praticam o autocuidado (50%), seguido dos que recebem um salário (43,8%), depois os pacientes que recebem acima de um a dois salários mínimos. Desta forma, constatou-se que os pacientes que ganham acima de dois a nove salários mínimos apresentaram uma maior média na prática do autocuidado ( $104,3 \pm 1,32$ ). Porém, não houve diferença significativa do PEAC entre homens e mulheres ( $p=0,560$ ).

Quanto ao tempo de transplante cardíaco, na classe que sempre realiza o autocuidado, verificou-se que os pacientes que estavam nas faixas de tempo superior a 3 e inferior a 6 anos apresentaram maior percentual (81,8%), seguido daqueles que pertenciam à faixa de um a três anos (45,8%). Conforme mostra a figura 1.

FIGURA 1: Correlação entre PEAC e o tempo de transplante. Fortaleza-CE, 2012.



Fonte: Autoria própria

A figura 1 mostra que os pacientes das faixas de tempo entre 3 e 6 anos são os que mais praticam o autocuidado e apresentaram maior média, com  $107,8 \pm 1,86$ . Esse fator condicionante apresentou diferença significativa ( $p<0,05$ ). Pode-se dizer então que, quanto maior o tempo de transplante, maior é o valor da PEAC.

## 7 DISCUSSÕES

### 7.1 Fatores condicionantes do autocuidado correlacionados com o Perfil de Engajamento do Autocuidado (PEAc)

Em relação aos fatores condicionantes para o autocuidado, observou-se que o maior percentual dos pacientes que se submeteram ao transplante cardíaco era do sexo masculino (88,9%), apresentando maior média na prática do autocuidado ( $104,2 \pm 0,69$ ) em relação às mulheres ( $101,5 \pm 2,83$ ). Entretanto, não houve diferença significativa do PEAC entre homens e mulheres ( $p > 0,05$ ).

Esses resultados podem ser comparados com o estudo desenvolvido por Moraes Neto *et al.* (2001), com 35 transplantes cardíacos, realizados entre agosto de 1991 e fevereiro de 2000, no Instituto do Coração em Recife, onde se verificou o predomínio de pacientes do sexo masculino (82,9%). Em outro estudo mais recente, realizado com o objetivo de descrever as características de 156 pacientes inseridos na Lista Única de Espera do Ceará para transplante cardíaco no período de 1999 a 2006, concluíram que o maior percentual é do sexo masculino, com 81% dos pacientes (LIMA *et al.*, 2010). Já Lima e Araújo (2005), ao correlacionar as ações de autocuidado desenvolvidas por pacientes que realizaram revascularização do miocárdio, não encontraram diferença estatística significativa ( $p > 0,05$ ) entre os sexos, entretanto, observou-se que as mulheres praticavam mais o autocuidado.

Quanto à faixa etária, variou de 23 a 72 anos, com predomínio de 50 a 59 anos (38,1%). E, ao relacionar esse fator condicionante com o PEAc, as faixas etárias que apresentaram maior percentual na classe que sempre realiza o autocuidado foram os extremos de idade, ou seja, de 23 a 39 e 60 a 72 anos. No entanto, constatou-se, também, que não há diferença significativa do PEAC entre as idades ( $p > 0,05$ ).

Aguiar *et al.* (2010), ao desenvolverem um estudo com 55 pacientes transplantado cardíaco acompanhados na Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca, em Fortaleza, no período entre o terceiro e o 103º mês pós-transplante, apresentaram resultados semelhantes, pois a faixa etária predominante dos pacientes foi de 49 a 59 anos, correspondendo a 47,3%.

Em outro estudo realizado por Boaz, Bordignon e Lasralla (2006) com 125 pacientes transplantados cardíaco, de junho de 1984 a janeiro de 2004, correspondendo a 20 anos, evidenciou que a idade da população variou de nove dias a 71 anos, com mediana de 47

anos, predominando o sexo masculino (75,2%). Bacal *et al.* (2000) estudaram 39 pacientes submetidos ao transplante cardíaco no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, e constatou uma idade média de  $46 \pm 12$  anos.

Lima e Araújo (2005) desenvolveram um estudo para correlacionar as ações de autocuidado desenvolvidas por pacientes que realizaram revascularização do miocárdio, com idade variando de 46 a 86 anos, com predominância acima 65, e constataram que não houve uma diferença estatística significativa entre a idade e o grau de autocuidado, contudo demonstrou que a idade avançada favoreceu a prática do autocuidado.

Para Trigo, Coelho e Rocha (2001), em termos de idade e sexo, os homens abaixo dos 60 anos de idade apresentam uma incidência de doenças das artérias coronária maior que as mulheres e, após os 60 anos de idade a incidência de doenças das artérias coronárias torna-se igual para ambos os sexos. Tal fator pode ser decorrente da queda dos fatores hormonais.

Assim, os achados deste estudo referentes ao sexo e à idade dos pacientes que realizaram transplante cardíaco condizem com a literatura, visto que há um predomínio de homens (88,9%) e faixa etária correspondente à fase adulta (68,3%) que realizaram transplante cardíaco. 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 importante que o enfermeiro, na abordagem das práticas do autocuidado para o paciente transplantado cardíaco, 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.

Em relação à cor da pele, a maioria (74,6%) dos transplantados cardíacos tem pele não-branca (pardas e negras). Percebeu-se que os pacientes de cor não-branca praticavam mais o autocuidado, com média de  $104,1 \pm 0,75$ . Não havendo diferença significativa entre fator condicionante cor da pele e PEAc ( $p > 0,05$ ).



Na análise da cor da pele, a parda predomina no estudo, pelo fato do alto índice de mestiçagem brasileira. Estudos desenvolvidos nos Estados Unidos, comparando grupos étnicos ou raciais, têm sido importantes para mostrar as desigualdades existentes na sociedade norte-americana e para ajudar a identificar fatores que contribuem para a menor expectativa de vida em negros do que em brancos (CARNETHON *et al.*, 2006; FERGUSON, 1997). Uma das razões para o excesso de morte em negros, quando comparado com os brancos, é a maior prevalência e o pior prognóstico de doença cardiovascular, particularmente a hipertensão arterial e complicações relacionadas como o acidente vascular encefálico e a insuficiência cardíaca (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1994; DRIES *et al.*, 1999; GILES *et al.*, 1995).

No que concerne à prática religiosa, verificou-se, neste estudo, a predominância do catolicismo (81,0%). Entretanto, ao comparar a prática religiosa com o PEAc, verificou-se que os pacientes incluídos em outras religiões praticavam mais o autocuidado, sobretudo, apresentaram uma proporção de média maior, com  $105,3 \pm 1,55$ . Contudo, não houve diferença significativa em relação à prática religiosa ( $p > 0,05$ ).

Percebe-se que a religiosidade tem influência sobre as ações relativas à saúde. Neste aspecto, Orem (1991) destaca que as ações de autocuidado são apreendidas de acordo com as crenças e os hábitos, práticas que caracterizam o estilo de vida do grupo social ao qual o indivíduo pertence. Portanto, a crença religiosa deve ser considerada para a prática do autocuidado na busca da promoção da saúde.

Quanto ao estado civil, verificou-se que a grande parte dos pacientes transplantados cardíacos são casados (77,8%). Contudo, quando se relacionou com o PEAc, percebeu-se que os solteiros praticavam mais o autocuidado e apresentaram maior média, com  $105,0 \pm 1,88$ . Ressalta-se que esse fator condicionante apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), constatando-se que, no grupo avaliado, a prática de autocuidado foi dependente do estado civil, confirmando que as pessoas solteiras se dedicavam mais as ações de autocuidado, talvez por disporem de mais tempo, atenção e de melhores condições para a prática de um estilo saudável. Destaca-se que os solteiros residiam com os familiares (pai, mãe, irmãos) e recebiam o apoio dessas pessoas.

Estudo realizado por Vargas, Dantas e Gois (2005), com 97 pacientes, após cirurgia de revascularização do miocárdio, em São Paulo, constatou que, apesar da maioria dos

participantes (79,4%) serem casados ou terem alguém emocionalmente significativa, não houve uma correlação estatística entre autoestima e estado civil.

No entanto, segundo Allen, Ciambrone e Welch (2000), o estado civil é um indicador de apoio social, instrumental e emocional para recuperação de cirurgias. Assim, a recuperação da cirurgia de transplante cardíaco envolve processos de alta complexidade, caracterizado por ansiedade e angústia, necessitando do apoio de uma pessoa confiável e que assuma o papel de interlocutor da equipe de saúde. Essa pessoa denomina-se de cuidador, a qual, muitas vezes, é um membro da família ou o cônjuge (MACHADO, 2007).

Deste modo, é importante considerar a família como parte essencial no cuidado com o paciente transplantado cardíaco, pois é ela quem vai, por vários momentos, compartilhar com o paciente seus medos, tristezas, ansiedades, sofrimentos e alegrias, gerando, até mesmo, maior integração entre eles. Por isso, necessita-se da inserção da família como suporte para o autocuidado do paciente que se submeteu ao transplante cardíaco.

Relacionado à procedência do paciente, foi constatado que 49,2% são do interior do estado do Ceará. Esse percentual mais expressivo é justificado por diversos aspectos positivos de acompanhamento na capital (Fortaleza), dentre eles: ter meios modernos para diagnósticos e tratamento de transplante cardíaco, oferecer atendimento gratuito e, principalmente, ser referência em transplante cardíaco no estado do Ceará (CEARÁ, 2009). Todavia, percebeu-se que os pacientes de Fortaleza e de outros estados apresentaram maiores médias de prática de autocuidado, as quais foram bem semelhantes. Entretanto, não houve diferença significativa em relação à procedência ( $p > 0,05$ ).

Quanto ao grau de escolaridade, evidenciou-se que a maior parte dos transplantados cardíacos possui pelo menos o ensino fundamental (71,4%). E, quando comparado esse fator condicionante com o PEAc, constatou-se que os pacientes de nível médio e superior apresentaram maior média (105,4 + 1,19). Entretanto, não houve diferença significativa em relação à escolaridade ( $p > 0,05$ ).

Estes achados condizem com o estudo de Matos *et al.* (2011), desenvolvido em Belo Horizonte, realizado com 49 pacientes pós-transplante cardíaco, nos quais predominou o ensino fundamental incompleto (57,1%). Condiz também com o estudo realizado por Silva (2011), também em Belo Horizonte, para traçar o perfil demográfico dos 44 pacientes

submetidos ao transplante cardíaco. Verificou-se que a maioria dos pacientes (81,4%) tinha escolaridade de nível fundamental, cuja profissão/ocupação exigia este grau de instrução.

Assim, a questão da escolaridade é importante para que ocorra adesão e continuidade ao tratamento. Saber ler, escrever e interpretar são fatores decisivos para a compreensão das orientações sobre o tratamento proposto, exames a serem realizados e cuidados a serem tomados. Além disso, 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).

Em relação à ocupação, constatou-se que 82,5% são aposentados ou não trabalham. Sobretudo, quando esse fator condicionante foi comparado com o PEAc, esse grupo é o que mais pratica o autocuidado e obteve maior média ( $104,2 \pm 0,75$ ). No entanto, verificou-se que não há diferença significativa ( $p > 0,05$ ).

Um estudo desenvolvido por Matos *et al.* (2011), que tinha como objetivo traçar o perfil demográfico e epidemiológico de 49 pacientes em pós-operatório, mediato de transplante cardíaco, encontrou resultado similar a este estudo, pois constatou em relação à ocupação que as categorias aposentados e do lar apresentaram maior percentual (32,7% e 20,4%, respectivamente). Também, no estudo realizado por Lima e Araújo (2005), houve predominância de aposentados (71,15%). Contudo, ao correlacionar a ocupação com o grau de autocuidado desenvolvidos por pacientes que realizaram revascularização do miocárdio, houve diferença estatisticamente significante ( $p < 0,05$ ), constatando-se que, no grupo avaliado, o grau de autocuidado foi dependente da variável ocupação.

Ressalta-se que 17,5% dos transplantados entrevistados trabalham, fato considerado importante, pois, segundo Custódio *et al.* (2010) o trabalho tem um papel fundamental na vida das pessoas, contribui para a formação de sua identidade, construção da subjetividade, permitindo que elas participem da efetividade da vida social, considerado elemento essencial para a saúde. Daí, a importância da participação do enfermeiro, influenciando o retorno do paciente transplantado cardíaco ao trabalho, o qual deve ser condizente com sua atual condição biopsicossocial.

Assim, o suporte profissional deve ser na estimulação ao retorno às atividades sociais e laborativas. Evitar induzir o paciente à aposentadoria definitiva e estimular o retorno ao

mercado de trabalho, exercendo as suas funções originais ou uma nova função compatível com suas possibilidades atuais (CUPPLES *et al.*, 2006).

Os resultados também mostraram que a maioria dos transplantados apresentou renda familiar de até um salário mínimo (47,6%). E, quando comparado esse fator condicionante com o PEAc, constatou-se que os pacientes que ganham acima de dois a nove salários mínimos apresentaram uma maior média na prática do autocuidado ( $104,3 \pm 1,32$ ). Porém, não houve diferença significativa ( $p > 0,05$ ).

Resultado semelhante foi encontrado no estudo realizado por Santos e Oliveira (2004), com transplantados cardíacos acompanhados em um ambulatório de uma Instituição Pública de Saúde em Fortaleza, pois se constatou que a maioria dos pacientes entrevistados tinha renda familiar de um salário mínimo.

Logo, mediante inúmeros fatores condicionantes existentes, os quais podem interferir na prática do autocuidado do paciente transplantado cardíaco, vale ressaltar que a assistência do enfermeiro e demais profissionais da equipe deve ser de forma individualizada e sistematizada, levando-se em conta os vários aspectos biopsicossocial de cada paciente.

Em relação às características clínicas dos pacientes, consideraram-se o diagnóstico médico pré-transplante e o tempo de transplante cardíaco.

Quanto ao diagnóstico médico, que levou ao transplante cardíaco, destacaram-se a doença de chagas (28,6%) e a miocardiopatia idiopática (19%). Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos realizados por Silva (2011), com 44 pacientes submetidos a transplante cardíaco, em Belo Horizonte, no qual a miocardiopatia chagásica foi a principal causa do transplante (50,0%) na população estudada, seguida pela miocardiopatia dilatada idiopática (20,5%). Condiz, também, com o estudo de Galantier *et al.* (2008), desenvolvido em São Paulo, com 29 pacientes indicados em caráter de prioridade para transplante cardíaco, acompanhados no período de outubro de 2003 a abril de 2006, no qual o principal diagnóstico etiológico foi cardiopatia chagásica (71%), seguida de idiopática (29%).

Bestetti (2001) e Moreira *et al.* (2005) corroboram ao afirmarem que a cardiomiopatia chagásica é uma das principais indicações para o transplante cardíaco no Brasil, sendo uma afecção de elevada mortalidade nas fases mais avançadas de comprometimento miocárdico.

Bacal *et al.* (2009) afirmam que o Brasil tem ocupado cada vez mais espaço no campo dos transplantes, com destaque na América Latina, e, acima de tudo, como país

referência no transplante cardíaco na doença de Chagas, guiando condutas que são incorporadas no mundo.

Contudo, a despeito da indicação do transplante cardíaco, outros estudos encontraram dados controversos a este, tais como o realizado por Bortolotto *et al.* (1997) com 65 transplantados cardíacos acompanhados no INCOR em São Paulo, o qual se constatou que 36,9% dos transplantes cardíacos foram de causa idiopáticas, seguido da isquêmica (35,3%), chagásicas (7,7%), miocardites (7,7%), hipertensivas (6,1%), reumáticas (3,07%), peripartos (3,07%). Já em estudos mais recentes, desenvolvidos por Salles *et al.* (2006) com 45 pacientes transplantados cardíacos, constataram como causas: cardiomiopatia dilatada idiopática (40%), miocardiopatia crônica chagásica (33%), miocardiopatia crônica isquêmica (25%) e miocardiopatia hipertensiva (2%). E no estudo de Areosa *et al.* (2007) com 330 pacientes, com insuficiência cardíaca crônica, acompanhados em um centro de referência para transplante cardíaco de São Paulo, no período de cinco anos, e encaminhados para avaliação de transplante cardíaco, evidenciou-se que 37,5% tinham cardiomiopatia dilatada idiopática, chagásica (28,5%), isquêmico (19,4%) e cardiopatia de outras etiologias (14,5%).

Assim, é importante o contato do enfermeiro com os pacientes desde o seu preparo para o transplante cardíaco, pois saber da etiologia da doença proporciona uma oportunidade ideal para reavaliar as necessidades de aprendizado dos pacientes e para fornecer informações adicionais sobre a doença e seu tratamento direcionado ao autocuidado. Vale ressaltar que o acompanhamento é um processo colaborativo entre o paciente, a família e os profissionais de saúde.

Quanto ao tempo de transplante cardíaco, a maioria dos pacientes que realizaram transplante está entre um e três anos (39,7%). Contudo, quando comparado esse fator condicionante com o PEAc, constatou-se que os pacientes que estavam nas faixas de tempo superior a 3 e inferior a 6 anos apresentaram maior percentual (81,8%) na classe que sempre realiza o autocuidado, demonstrando que são os que mais praticam o autocuidado, pois apresentaram uma proporção maior na média, com  $107,8 \pm 1,86$ . Sobretudo, esse fator condicionante apresentou diferença significativa ( $p < 0,05$ ). Assim, pode-se dizer que, quanto maior o tempo de transplante, maior é o valor da PEAc.

Segundo Couto *et al.* (2001), o transplante cardíaco tem sido uma opção terapêutica eficaz, modificando a expectativa de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca refratária ao tratamento clínico, principalmente com o advento da ciclosporina, pois permitiu uma maior sobrevida desses pacientes. Nesse aspecto, estudos realizados para avaliar a sobrevida de pacientes, após transplante cardíaco, com o uso da ciclosporina, constatou-se que a sobrevida no primeiro ano é em torno de 80% a 90%, em cinco anos 60% a 70% e 60% em dez anos, após a operação (ASSEF *et al.*, 2001; GUIMARÃES *et al.*, 2002; FIORELLI, OLIVEIRA e STOLF, 2009; BACAL *et al.*, 2009). Assim, além de aumentar a sobrevida dos pacientes, o transplante cardíaco também melhora a qualidade de vida e viabiliza o retorno às atividades sociais e laborais.

Desta forma, percebe-se que o tempo de sobrevida do paciente transplantado cardíaco está vinculada ao uso contínuo de imunossupressor, no caso a ciclosporina, pois, além de proporcionar maior sobrevida, reduz o risco de mortalidade, diminui a incidência de rejeição, período de hospitalização inicial, e o número de reinternações (BORTOLOTO *et al.*, 1997).

Não obstante, a terapia imunossupressora faz-se necessária para evitar as rejeições, desde o grau leve até o mais severo. No entanto, ao mesmo tempo em que essas medicações trazem benefícios, podem também causar efeitos colaterais. O uso crônico em grande escala dessa droga evidenciou efeitos tóxicos indesejáveis para a maioria dos transplantados, dentre os quais se destacam a nefrotoxicidade, insuficiência renal, hipertensão arterial sistêmica (HAS), *diabetes mellitus*, dislipidemia, osteoporose e depressão. Essas doenças podem influenciar na evolução do paciente no pós-operatório de transplante cardíaco (BORTOLOTO *et al.*, 1997; ABNT, 2008; BACAL *et al.*, 2009).

Estudos, para avaliar as alterações decorrentes do transplante cardíaco e uso da ciclosporina, foram realizados por Silva (2011) com 44 pacientes transplantados cardíacos, dos quais 88,6% apresentaram co-morbidades como arritmias, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica e tireoidopatia e outras complicações durante a internação, tais como alteração da glicemia, insuficiência renal e infecções e, após a alta hospitalar, infecções, rejeição e lesões dermatológicas. A taxa de mortalidade foi de 20,4% no período de internação e de 34,1%, após um ano de transplante.

Bacal *et al.* (2000) corroboram ao realizarem um estudo com 39 pacientes transplantados cardíacos, com mais de dois anos de seguimento pós-operatório, com média de  $86\pm 31$  meses, estáveis clinicamente e assintomáticos, nos quais foi avaliada a influência dos fatores de risco imunológicos e não-imunológicos no desenvolvimento da doença vascular do enxerto, sendo constatado, apesar da rejeição celular no desenvolvimento da doença vascular do enxerto ainda ser controversa, que o índice de massa corpórea foi um importante marcador de doença vascular do enxerto na população estudada.

Assim, segundo Fiorelli, Oliveira e Stolf (2009), os efeitos colaterais, ainda, são preocupantes e requerem controle rígido dos pacientes a longo prazo. Desta forma, cabe aos profissionais da equipe de transplante cardíaco o monitoramento contínuo e sistemático dos pacientes, envolvendo as práticas de autocuidado para o controle das complicações, pois, segundo foi evidenciado neste estudo, determinados pacientes apresentaram déficit de autocuidado.

De acordo com a Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco (BACAL, 2010), a prevalência dos efeitos tóxicos da ciclosporina em cinco anos após o transplante cardíaco é de 94% para hipertensão arterial, 85% para dislipidemia, 33% para *diabetes mellitus*, insuficiência renal (21,4%), osteoporose (2-20%). Além disso, os pacientes podem apresentar depressão (25%).

Portanto, diante dos possíveis efeitos advindos do transplante cardíaco, torna-se necessário enfatizar a responsabilidade que o enfermeiro deve ter em realizar uma avaliação dos requisitos universal, desenvolvimental e desvio de saúde, durante todo o processo terapêutico do paciente, considerando os fatores condicionantes que interferem no perfil de engajamento do autocuidado.

## **7.2 Requisitos de autocuidado universal, desenvolvimental e desvio de saúde**

Na busca para identificar os requisitos do autocuidado universal, desenvolvimental e desvio de saúde, relacionados com pacientes transplantados cardíacos, seguiram-se os passos da Teoria do Autocuidado de Orem (1991).

De tal modo que, para os requisitos do autocuidado universal, se encontrou junto aos pacientes do estudo, a evidência dos aspectos relacionados às necessidades comuns a todo ser humano, tais como oxigenação/respiração, higiene corporal, higiene do ambiente

domiciliar, ingestão de líquidos, ingestão de alimentos, eliminações, atividade/trabalho, exercício físico, sono e repouso, interação social, comportamento emocional, prevenção de doença/promoção da saúde, tabagismo, etilismo, drogas ilícitas, prática sexual, prevenção do câncer de mama, colo do útero na mulher e prevenção do câncer de próstata nos homens. Não obstante, foram discutidos individualmente.

No que concerne ao requisito de autocuidado universal oxigenação/respiração, 46 pacientes transplantados cardíacos sempre realizavam esse cuidado e 17, frequentemente ou às vezes, realizavam esse cuidado. A oxigenação inadequada foi identificada nos 17 pacientes e estava relacionada com a presença de poeira e/ou fumaça no ambiente domiciliar provenientes de poluentes ocupacionais e restaurantes, ocasionando tosse, espirros e irritação na garganta, conforme os próprios pacientes relataram. Tal resultado condiz com o achado de outro estudo, também realizado em Fortaleza, no qual a oxigenação inadequada foi identificada em cinco (27,7%) pacientes e estava relacionada com a inalação de fumaças, em seu domicílio, oriundas do tabagismo praticado por familiares, fungos e poeiras, o que foi revelado clinicamente pelas seguintes manifestações dos pacientes: dispnéia, tosse e espirros (SANTOS ; OLIVEIRA, 2004).

Para Orem (1971), se o ar fica poluído ou o suprimento de água está contaminado, desordem respiratória e infecções bacterianas podem prevalecer e pôr em risco a saúde. Entretanto, as normas que um indivíduo usa para guiar o seu comportamento podem não ser as normas descritas culturalmente. Ou seja, a maneira na qual as demandas de ar, água e alimento são supridas pode ou não ser de uma natureza terapêutica. Assim, o que uma pessoa entende e aceita como certo ou errado irá interferir na sua prática de autocuidado.

Desta forma, o enfermeiro, ao abordar os padrões de comportamento relacionados à oxigenação/respiração do ar, deve fazê-lo de acordo com os padrões sociais, econômicos e culturais do paciente transplantado cardíaco, para que possa produzir efeito terapêutico. Assim, o enfermeiro deve sensibilizar o paciente a seguir práticas de comportamentos terapêuticos ligadas ao ambiente saudável e livres de impurezas, devendo envolver a família, pois se trata de um cuidado que deve ser seguido todos os membros do ambiente domiciliar.

Em relação à prática de autocuidado de higiene corporal, constatou-se que 43 (68,2%) pacientes sempre realizavam esse autocuidado e 20 (31,7%) frequentemente. Percebeu-se que a higiene corporal é tratada como uma condição importante para prevenção



de infecção e manutenção de uma vida saudável pelos pacientes. A higiene corporal inadequada estava relacionada ao banho com uso de produtos não-neutros e depilação com lâminas descartáveis com excesso de uso.

Deste modo, o Protocolo de Transplante Cardíaco (CEARÁ, 2007) recomenda que o paciente deva tomar banho de preferência utilizando produtos neutros e usar lâminas descartáveis para depilação, desprezando-a preferencialmente a cada uso para evitar ferimentos e infecções. Do mesmo modo, ele afirma que a higiene corporal é considerada uma ferramenta importante para promover a saúde e bem-estar do paciente transplantado. O grande desafio dos profissionais, em relação à higiene corporal, é levar em conta a realidade do indivíduo. O conhecimento dessa realidade é condição fundamental para articular conhecimentos e atitudes que possibilitam a sua execução.

Assim, ressalta-se que os hábitos de higiene corporal são uma prática de autocuidado, que deve ser monitorado pelos profissionais de saúde, sobretudo pela equipe de transplante cardíaco, em todas as fases do transplante. Salienta-se que a adesão dessa prática é eficaz à medida que o paciente a utiliza continuamente em sua rotina e a torna sistemática. Portanto, cabe ao enfermeiro e demais profissionais da equipe sensibilizar o paciente para manter a sua higiene em condições favoráveis, conforme as recomendações do Protocolo de Transplante Cardíaco (CEARÁ, 2007).

Quanto ao requisito de autocuidado higiene do ambiente domiciliar, 33 pacientes sempre realizavam esse autocuidado e 25, frequentemente. O déficit encontrado refere-se à inadequada precaução na erradicação de insetos e roedores.

Entende-se que a saúde é resultante da influência de fatores socioeconômico e culturais, como alimentação e trabalho, e diversos outros elementos que podem gerar disparidades entre os níveis de vida individual e coletiva. Nesse aspecto, pode-se dizer que a doença é a causa e o efeito da pobreza, da desnutrição, das más condições de habitação e da ignorância (KAWAMOTO, SANTOS e MATTOS, 2004).

Portanto, para alcançar um nível elevado de saúde, alguns fatores são essenciais, os quais incluem principalmente um ambiente limpo e isento de insetos e parasitas. As infestações de casas e pessoas, por qualquer tipo de inseto nocivo ou por todos eles ao mesmo tempo, relacionam-se à falta de higiene pessoal e do ambiente doméstico (CEARÁ, 2007). Assim, o enfermeiro que acompanha o paciente transplantado cardíaco deve orientá-lo a

erradicar, periodicamente, insetos e roedores, devendo o paciente proteger-se com máscara durante a detetização ou sair do local por no mínimo 24 horas.

De acordo com o requisito de autocuidado universal ingestão de líquidos, 38 pacientes sempre realizavam o autocuidado e 21, frequentemente. Os pacientes apresentaram déficit de autocuidado referente à frequência de ingestão de líquidos, ocasionado por esquecimento. Santos e Oliveira (2004) corroboram com um estudo desenvolvido com pacientes transplantado cardíaco, constatando insuficiência de líquidos em sete (38,8%) pacientes causada pelo desconhecimento acerca da necessidade hídrica adequada à manutenção da saúde, e à ausência de sede em decorrência da dieta hipossódica.

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 organismo e ainda participa ativamente dos processos digestório, respiratório, cardiovascular e renal. Portanto, ela é indispensável à vida humana (PHILIPPI, 2008).

As medidas necessárias para a ingestão de líquidos devem ser relacionadas com o consumo considerável de líquidos, tanto na forma de água, como sucos e chás, em torno de três litros/dia. Destaca-se que esses pacientes mantêm sua terapêutica medicamentosa à base de imunossupressor, conferindo, portanto, risco de complicação, como a nefrotoxicidade (BORTOLOTTO *et al.*, 1997; LANGE, 2001; CEARÁ, 2007; BOCCHI, 2009).

Assim, é necessário que os profissionais de saúde atuem conjuntamente com os pacientes e seus familiares no hábito de ingestão de líquidos, por meio da orientação e estímulo a essa prática, sendo recomendada a ingestão de líquidos frequentes para evitar nefropatias.

Quanto ao requisito de ingestão de alimentos, 19 pacientes foram classificados em sempre realiza autocuidado, 43 frequentemente ou às vezes realizavam esse autocuidado. Os resultados mostraram quantidade insuficiente de refeições diárias e uso excessivo de gordura. Encontrou-se um estudo, realizado por Santos e Oliveira (2004) em pacientes transplantados cardíacos, resultado semelhante, pois verificou-se ingestão inadequada de alimentos com número reduzido de refeições diárias, predominando carboidratos e gordura.

Em outro estudo, realizado por Cade (2001), evidenciou-se que a demanda de autocuidado relativa ao requisito alimentação se mostrou inadequada, em alguns aspectos,

pois os pacientes apresentavam obesidade moderada segundo avaliação do índice de massa corpórea, e os motivos para esses déficits foram distintos, destacando-se: desinteresse em perder peso, não priorização de comportamentos que beneficiem sua condição clínica, estilo de vida sedentário e falta de apoio familiar para a realização da dieta.

Foi encontrado em outros estudos realizados por Ades e Kerbaux (2002) e Castro *et al.* (2004), recomendações nutricionais e os benefícios ocasionados por hábitos alimentares saudáveis para proteção, manutenção e recuperação da saúde, bem como prevenção de doenças, como as crônico-degenerativas. Deste modo, as pessoas que não possuem alimentação saudável correm o risco de desenvolver tais doenças, como: hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, dislipidemia, câncer, artrites e artroses.

Assim, a partir da ingestão adequada de alimentos, o organismo desempenha suas funções com a máxima eficiência e melhora sua capacidade de prevenir e combater doenças. Sabe-se que o peso corporal é mantido pelo equilíbrio de nutrientes por um longo período de tempo. Este equilíbrio é determinado pela quantidade de macronutrientes que consumimos, pelo gasto energético e pela distribuição de energia ou de nutrientes. Quando o indivíduo permanece por semanas, meses, com um balanço energético positivo, o resultado é o aumento do peso, sendo que, quando o balanço energético é negativo, o efeito obtido é o oposto (BOUCHAR, 2000).

Portanto, a avaliação do estado nutricional é de grande utilidade e importância para o estabelecimento de estratégias de intervenção, visando à prevenção de doenças cardiovasculares, uma vez que os marcadores de risco relacionados à nutrição, como os antropométricos, dietéticos e bioquímicos, podem ser modificados com a adoção de estilo de vida saudável e controle do peso corporal. Esses aspectos devem ser relevados, pois é sabido que o sobrepeso e o excesso de consumo de sódio podem elevar os níveis pressóricos e que a dieta rica em gordura saturada acelera o processo aterosclerótico na hipertensão (CASTRO *et al.*, 2004; CARLOS *et al.*, 2008).

Diante desta realidade, cabe aos profissionais da equipe de transplante cardíaco desenvolver programas educativos que envolvam tanto os pacientes transplantados cardíacos como os familiares, com o intuito de minimizar os riscos para desenvolverem cardiopatias, incentivando a família a aderir ao tratamento juntamente com o paciente, favorecendo a prática do autocuidado e melhorando a qualidade de vida de todos os membros da família.

Relacionado ao requisito de autocuidado eliminações, 50 pacientes sempre realizavam esse autocuidado e 13, frequentemente ou às vezes se cuidam. Os déficits de autocuidado encontrados foram decorrentes à diarreia ou à constipação. Esses dados encontrados são semelhantes aos resultados do estudo realizado por Santos e Oliveira (2004), pois observaram que os pacientes transplantados cardíacos apresentavam eliminações inadequadas.

Segundo Orem (1995), as eliminações urinárias e intestinais são materiais processados ou produzidos pelo corpo que não tem mais valor ou são excretados por promover alguma mudança no ambiente interno. São eliminados através de orifício ou diretamente na superfície do corpo. Assim, comportamentos de autocuidado relacionados à eliminação incluem atividade de ajustes de condições interna e externa de regular o processo de eliminação; gerenciamento dos processos de proteção das estruturas e dos mecanismos envolvidos; cuidado higiênico corporal; e cuidado do ambiente para manter condições saudáveis.

Assim, a equipe de transplante cardíaco deve realizar orientações das práticas de autocuidado de eliminações, contemplando: analisar os dados do histórico do paciente; estabelecer conduta para promoção da saúde; envolver abordagens que incluam o apoio emocional com retroalimentação positiva para os conflitos e tensões em que ele se encontra no momento; estimular a participação do paciente e da família (cuidador), pois é essencial para o cuidado ser bem-sucedido; estimular ingestão de líquidos (2000 a 3000 ml/dia) ou conforme a necessidade do paciente; registrar as eliminações e a ingestão alimentar; e incentivar o autocuidado da higiene íntima (SMELTZER; BARE, 2009; CEARÁ, 2007).

Quanto ao requisito de atividade/trabalho, 56 pacientes sempre realizavam esse autocuidado e seis, frequentemente ou às vezes, realizavam esse autocuidado. Apesar de os resultados apontarem que a maioria sempre pratica esse cuidado, por serem aposentados, ainda, assim, constatou-se que havia transplantado cardíaco trabalhando e não cumpriam todos os requisitos necessários para desempenhar suas atividades laborais sem riscos.

Assim, o paciente transplantado cardíaco que exerce funções laborais deve considerar a integração das ações de saúde e da proteção ambiental, uma vez que os riscos ocupacionais e os acidentes de trabalho são classificados de acordo com o agente

desencadeante do agravo, sendo estes de ordem física, química, biológica, mecânica, ergonômicas e psicossociais (BRASIL, 2007; CANALLI; MORIYA; HAYASHIDA, 2011).

De acordo com as Normas de Segurança e Medicina do Trabalho (PINTO; WINDT; CÉSPEDES, 2008), o princípio norteador do campo tradicional da saúde ocupacional tem sido o de entender o trabalho como um problema ambiental, a partir de situações que expõem o trabalhador a múltiplos agentes de risco, capazes de desencadear enfermidades e acidentes.

Deste modo, conforme já citado anteriormente nos fatores condicionantes, destaca-se a importância da participação do enfermeiro em estimular o retorno do paciente ao trabalho, por meio de condutas educativas. Do mesmo modo, recomenda-se considerar a avaliação da função laborativa, a capacidade funcional e o condicionamento para o trabalho, os quais devem ser instigados progressivamente e de acordo com a sua recuperação.

Não obstante, além do trabalho, deve-se estimular o paciente a fazer planos e estabelecer metas de retorno a uma vida normal, ter o tempo para outras atividades como o lazer, conservando um estilo de vida saudável.

Em relação à prática de exercício físico, somente oito pacientes fazem exercícios físicos periodicamente e a maioria (32) não faz exercício físico adequados ou não cumprem essa prática. Bacal *et al.* (2009) corroboram ao afirmarem que a inatividade física é frequente no pós-transplante e deve-se ao medo, desconhecimento dos benefícios e eficácia do exercício, falta de ajuda e de suporte familiar.

Destaca-se que a prática do exercício físico nos transplantados cardíacos deve ser precedida da avaliação médica, para liberação ou não desta conduta. Guimarães *et al.* (2004) asseguram que, após o transplante cardíaco, o paciente apresenta intolerância ao exercício físico pela alteração no desempenho hemodinâmico, resultantes de anormalidades cardíacas, neuro-hormonais, vascular, músculo-esquelética e pulmonar. Nessa perspectiva, a atividade física regular tem papel importante na terapêutica dos transplantados, devendo ser iniciada precocemente, se possível, ainda na fase hospitalar, dando prosseguimento após a alta hospitalar, para que possam retornar a um estilo de vida saudável, com retorno a uma vida ativa.

Deste modo, segundo o Protocolo de Transplante Cardíaco (CEARÁ, 2007), o paciente transplantado cardíaco deve iniciar os exercícios com baixa intensidade,

aumentando-a gradativamente, pois ocasiona menor risco de lesão músculo-esquelética. Além disso, é necessária uma investigação das respostas cardiovasculares ao exercício físico, para trazer maior segurança e confiabilidade, estimulando a indicação periódica de exercício, evitando o sedentarismo do paciente.

Não obstante, o sedentarismo constitui um dos mais importantes fatores de risco modificáveis associado à morbi-mortalidade de pacientes portadores de cardiopatias, afecção responsável por grande parte dos casos de doença cardiovascular, no Brasil e no mundo (LIMA; ARAÚJO, 2007; GUIMARAES; AVEZUM; PIEGAS, 2006; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2007).

Desta forma, a identificação pelo enfermeiro, do nível de atividade física nesses pacientes, bem como de seus fatores determinantes ou relacionados, deve ser utilizado como parâmetro importante no acompanhamento e na formulação do planejamento de atividades educativas, para que favoreça à adoção um estilo de vida saudável e, ao mesmo tempo, ativa.

Assim sendo, considerando a importância da adoção precoce de um estilo de vida saudável e mais ativa, verificou-se, em um estudo (SPANNA *et al.*, 2010), realizado com 144 coronariopatas, que o padrão de atividade física e a motivação entre coronariopatas variam segundo o perfil sociodemográfico e clínico, o que deve ser considerado no programa de atividades educativas no incentivo ao exercício físico regular. A adoção de um estilo de vida ativo constitui importante estratégia para promoção da saúde, visto que melhora o perfil lipídico, reduz o peso corpóreo, melhora o metabolismo de carboidratos, dentre outros benefícios (WESSEL *et al.*, 2004).

Daí, percebe-se a necessidade da equipe multidisciplinar de saúde acompanhar a prática de exercícios físicos dos pacientes transplantados cardíacos, pois o déficit de exercícios interfere na sua recuperação, sobretudo, contribui para o desequilíbrio nutricional.

Quanto ao sono e repouso, encontraram-se 13 pacientes que sempre realizavam esse autocuidado, mas a maioria (53) apresentou déficit desse autocuidado, realizando apenas frequentemente ou às vezes. Constataram-se alguns fatores que contribuíram para interferir no sono, tais como: uso de medicação e aumento da frequência urinária em horário noturno. Segundo Marsh (2001), o sono é definido como um estado fisiológico complexo, que requer uma integração cerebral completa, durante a qual ocorrem alterações dos processos

fisiológicos e comportamentais, como mobilidade relativa e aumento do limiar de respostas aos estímulos externos.

De acordo com Geib *et al.* (2003), dois fatores controlam a necessidade fisiológica do sono: a arquitetura intrínseca e o ritmo circadiano de sono e vigília. Deste modo, a arquitetura intrínseca exige, para um estado ótimo de vigília, que o adulto tenha uma média de sete a oito horas de sono em um período de 24 horas. Já o ritmo circadiano de sono e vigília segue o compasso da distribuição de atividades biológicas cíclicas de aproximadamente 24 horas, como ocorre com o ciclo sono-vigília. Esse ritmo é controlado pelo sistema nervoso central e sofre a influência de fatores ambientais e sociais.

Ressalta-se que o processo de envelhecimento normal ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono e podem afetar os adultos acima de 65 anos de idade (EBERSOLE, 2001).

Assim, ao analisar a insônia referida pelos pacientes transplantados cardíacos, percebe-se que a arquitetura intrínseca e o ritmo circadiano de sono e vigília podem estar alterados, mesmo que sejam por motivos necessários para manter a sua sobrevivência.

Destaca-se que, para Orem (1995), além das alterações no sono ser um déficit de autocuidado, também, interfere na adesão das demais práticas, pois o paciente refere cansaço, irritabilidade e indisposição de se cuidar.

Weinert (2000) corrobora afirmando que as pessoas, quando vivenciam situação de ansiedade, podem apresentar insônia psicofisiológica, também denominada insônia comportamental ou aprendida, a qual está associada tanto aos estados de ansiedade quanto aos diversos comportamentos inadequados, como expectativas negativas relativas ao sono e ao cansaço diurno, hábitos irregulares de sono, persistência de pensamentos em problemas e situações de conflito na hora de dormir.

Relacionado ao requisito de autocuidado interação social, seis pacientes sempre realizavam o autocuidado, mas predominaram 56 pessoas com déficit desse autocuidado, as quais justificaram pelo sentimento de solidão e pouca participação em grupos sociais.

Para Griep (2003), as relações sociais se configuram como um dos determinantes sociais da saúde e podem influenciar significativamente na definição da personalidade e na evolução da vida dos indivíduos. Essas relações são consequentes da interação de forças

sociais complexas que determinam as condições com que os indivíduos vivem em um determinado lugar e se relacionem com grupos específicos.

As interações sociais não influenciam somente nos aspectos relacionados ao estilo de vida, mas também estão associadas a aspectos relativos à saúde física dos indivíduos. Estudos mostram evidências da relação da baixa quantidade ou qualidade dos laços sociais com o desenvolvimento e a progressão de doença cardiovascular, obesidade e câncer (DENEWER *et al.*, 2011; HERZER *et al.*, 2001).

Importa ressaltar que o paciente transplantado cardíaco deve evitar o convívio social até sua plena recuperação (BACAL *et al.*, 2009; CEARÁ, 2007). Contudo, logo após a estabilização do quadro clínico, a equipe multidisciplinar deve orientar a convivência social, sobretudo, estimular a prática de atividades em grupo.

Assim, percebe-se a importância da participação do enfermeiro influenciando o retorno do paciente ao autocuidado de convívio social. Ressalta-se a necessidade de envolver o paciente, a família, o enfermeiro e os demais profissionais de saúde em um processo colaborativo, com orientações cuidadosamente planejadas, de modo a fornecer informações importantes no momento em que o paciente necessite.

Em relação ao requisito de autocuidado comportamento emocional, 26 pacientes sempre realizam esse autocuidado, dois, frequentemente, 29, às vezes, seis raramente ou não realizam esse cuidado. A partir deste estudo, percebeu-se que a maioria dos pacientes apresentou dificuldades de manter a tranquilidade e o controle emocional diante de situação de estresse, os quais são essenciais para manter o bem-estar do paciente após o transplante cardíaco.

Assim, o enfermeiro deve enfatizar a prática do controle emocional nas consultas de enfermagem, visto que as doenças coronarianas podem ser agravadas pelo estresse, cujos fatores contribuintes estão presentes no ambiente familiar, no trabalho e no lugar onde as pessoas se encontram durante a maior parte do tempo. Sabe-se, também, que o estresse é um dos responsáveis pela não-adesão à terapêutica (LIPP; NOVAES, 2000). Assim, além do estresse ser um déficit de autocuidado, é um fator contribuinte para a não-adesão das demais práticas de autocuidado.

Então, destaca-se que os profissionais da saúde que cuidam do transplantado cardíaco devem estar atentos para as características de alteração de humor, dentre elas, ansiedade e



depressão, pois o medo de complicações e da morte súbita é frequente nesses pacientes. A avaliação das alterações de humor poderá contribuir na detecção de indivíduos que terão maiores dificuldades em aderir à prática de autocuidado. Julian e Cowan (2000) corroboram ao afirmarem que o paciente cardiopata frequentemente é considerado por si mesmo e pelos outros como um inválido, mesmo quando a lesão no músculo cardíaco foi corrigida. Tal percepção pode interferir na motivação do paciente em se cuidar.

Isso pode ser constatado em um estudo acerca das características dos pacientes em relação aos sentimentos descritos antes e após a cirurgia de revascularização do miocárdio, no qual detectou emoções positivas (alegria, tranquilidade e alívio) e negativas (medo, ansiedade, dúvidas, tristezas, satisfação, angústia e depressão). Muitas pessoas relacionam a cirurgia cardíaca com incapacidade e morte (MELO, 2010). Tais sentimentos negativos interferem na prática do autocuidado e, conseqüentemente, na recuperação da saúde do paciente.

Outro estudo, desenvolvido em Fortaleza com pacientes revascularizados do miocárdio, constatou como principais sentimentos positivos a felicidade e a tranquilidade; e, como negativos, medo, ansiedade, infelicidade, crise de choro, sono interrompido, fadiga, variação de humor e estresse. Vale salientar que as alterações negativas estão mais presentes no período até um ano de cirurgia e após este período, há uma predominância das positivas, talvez pelo fato de ter ultrapassado o período de maior risco de complicações (LIMA *et al.*, 2010).

De acordo com Bacal *et al.* (2009), a depressão é uma ocorrência comum em pacientes transplantados cardíacos e pode acometer até 25% dos pacientes entre um a três anos após a cirurgia. A depressão tem um impacto negativo na qualidade de vida do paciente e interfere negativamente na prática do autocuidado.

Quanto ao autocuidado prevenção de doença/promoção da saúde, 14 pacientes sempre realizavam esse autocuidado, mas 49 só realizavam frequentemente ou às vezes, pois apresentaram um déficit da avaliação oftalmológica e nutricional, periodicamente. Estes indicadores podem ter sido desencadeados pelo desconhecimento, descaso, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e problemas de recursos financeiros.

O déficit na avaliação oftalmológica já havia sido identificado no estudo de Santos e Oliveira (2004), os quais constataram que 11 (61,1%) pacientes transplantados cardíacos, atendidos em ambulatório, apresentaram atraso nas avaliações oftalmológica e odontológica.

Neste estudo, não se encontrou déficit no acompanhamento odontológico, visto que todos os pacientes são acompanhados pelo odontólogo da equipe de transplante cardíaco da instituição.

A avaliação oftalmológica periódica dos pacientes transplantados cardíacos é necessária, em decorrência das várias afecções, que podem surgir decorrente de efeitos colaterais do esquema terapêutico medicamentoso, podendo levar a complicações irreparáveis no campo da visão (BACAL *et al.*, 2010).

Segundo Rosa (2003), os pacientes portadores de doenças cardiovasculares, diabetes e glaucoma podem ser acometidos de afecções sistêmicas, a exemplo das oclusões venosas, sendo a segunda causa mais comum de doenças vasculares da retina, atrás apenas da retinopatia diabética. Fatores de risco são identificados e associados à oclusão de ramo venoso da retina, como a hipertensão arterial sistêmica, alto índice de massa corpórea, história de *diabetes mellitus*, história de doença cardiovascular, histórico de hipertensão ocular e altos níveis séricos de triglicerídeos.

Piletti *et al.* (2007) corroboram ao afirmarem que as oclusões arteriais da retina refletem, na maioria das vezes, um comprometimento de múltiplos órgãos e sistemas e mais de 90% dos pacientes apresentam evidência de doença sistêmica, cujas patologias mais comumente associadas são hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares e acidente vascular encefálico. Por esses motivos, é obrigatória a prática do autocuidado de realização de exame oftalmológico completo e periódico, além das avaliações clínico-laboratoriais.

Do mesmo modo, a avaliação nutricional também é uma prática de autocuidado recomendada aos pacientes transplantados cardíacos, pois podem prevenir e detectar afecções concernentes ao alto índice de massa corpórea (IMC). Em estudo realizado por Carlos (2008), em Fortaleza, encontrou uma relação direta e significativa entre o estado nutricional e a variabilidade do peso no perfil metabólico dos pacientes transplantados cardíacos. A média global do IMC aumentou de  $23,77 \pm 3,68$  Kg/m antes do transplante para  $25,48 \pm 3,92$  Kg/m no primeiro ano e para  $28,38 \pm 4,97$  Kg/m no quinto ano. Os pacientes com sobrepeso/obesidade ( $IMC \geq 25$  Kg/m) apresentaram valores médios de glicose, colesterol total, lipoproteína de baixa densidade (LDL) e triglicerídeos maiores que os pacientes eutróficos ou desnutridos ( $IMC < 25$  Kg/m).

No que diz respeito ao requisito de autocuidado tabagismo, a maioria dos pacientes sempre realiza esse autocuidado (62), ou seja, apresenta abstinência total do tabaco, e apenas um não realiza. Segundo MENEGHELO *et al.* (2010), o tabagismo aumenta o risco para a doença coronariana, sendo que indivíduos que fumam mais de uma carteira de cigarros ao dia têm risco cinco vezes maior de morte súbita do que indivíduos não fumantes. Além de aumentar o risco para a doença cardiovascular total, pode também aumentar o risco de infecção pulmonar. Portanto, os pacientes devem ser estimulados a suprimir o uso do tabaco, passivo e ativo, por meio de abordagem breve/mínima ou pela terapia cognitiva comportamental e suporte de medicamento, se necessário (BOCCHI, 2009).

O tabagismo é um importante fator de risco para o aumento de doenças coronarianas, mas também é um fator totalmente evitável, devendo ser abolido da vida das pessoas, sobretudo, àquelas que realizaram transplante cardíaco. Logo, o uso do cigarro deve ser desencorajado pelos profissionais de saúde e da equipe de transplante cardíaco.

Desta forma, faz-se necessária uma abordagem conjunta dos profissionais de saúde com pacientes e seus familiares no combate ao fumo, sobretudo, com a implementação de programas de apoio psicossocial, com realizações de encontros periódicos e contínuos.

Em um estudo realizado para testar um Protocolo de Consultas de Enfermagem ao paciente, após revascularização do miocárdio, os resultados mostraram que os pacientes que abandonaram o cigarro fizeram-no por decisão própria, após terem sido esclarecidos, sem uso de medicação complementar. Tal iniciativa pode ser atribuída à exigência do paciente quanto ao autocuidado, que se resumia à tomada de decisões, controle de comportamento e aquisição de conhecimentos sobre malefícios do tabagismo e habilidades para evitar a compulsão no ato de fumar (LIMA, 2007).

Em relação ao requisito etilismo, quase todos os pacientes sempre realizavam esse autocuidado (60), ou seja, apresentaram abstinência total do álcool. Destaca-se que os três pacientes que continuavam com o hábito de ingerir bebidas alcoólicas tinham como causa do transplante cardíaco miocardiopatia alcoólica, necessitando, portanto, abster-se desse hábito, prioritariamente.

Considerou-se o consumo de bebida alcoólica como um fator de risco, pois de acordo com as Diretrizes de Hipertensão Arterial (, 2010), o uso abusivo de álcool etílico é um dos fatores desencadeantes para doenças coronarianas, uma vez que favorece a elevação da

pressão arterial. Assim, o alto consumo de bebida alcoólica está relacionado com o aumento da pressão arterial e do acidente vascular encefálico. Estudo tem demonstrado que os efeitos cardiovasculares do álcool dependem da duração e quantidade do álcool consumida (PLAVNIK, 2002).

Assim, salienta-se a necessidade dos profissionais de saúde realizar as seguintes ações: investigar o uso do álcool nos pacientes de maneira respeitosa; estimular os pacientes à abstinência do álcool etílico; incentivar os pacientes e familiares a participarem de programas de combate ao álcool.

Um estudo realizado por Fomazier e Siqueira (2006) revela a importância de programas para auxiliar o paciente no abandono do álcool. Assim, a manutenção da abstinência do álcool, em pacientes que participavam do programa de assistência ao alcoolismo, era feita a partir de orientações na consulta de enfermagem, com atendimento nas necessidades básicas e concentrando a atenção de enfermagem no autocuidado com ênfase em alimentação, sono/repouso, atividade física, lazer, ocupação, vida social, espiritual e recreacional. Além disso, eram feitas orientações sobre o alcoolismo como doença e implementadas atividades educativas com enfoque no conceito, epidemiologia, implicações do álcool no organismo e suas complicações.

Quanto ao requisito de autocuidado drogas ilícitas, os resultados mostraram que os 63 pacientes sempre realizavam esse autocuidado, pois não faziam uso das drogas que foram abordadas na entrevista, como cocaína (estimulante), anfetaminas (estimulantes), *ecstasy* (alucinogénea, psicadélica e estimulante), *crack* (estimulantes), heroína (opióce).

Segundo 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. Para Plavnik (2002), o uso da cocaína e outras drogas ilícitas podem causar arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca e convulsões. As anfetaminas e derivados das anfetaminas, por via oral, mimetizam as ações da cocaína, a estimulação simpática pode causar aumento súbito da pressão arterial associado à acidente vascular encefálico, vasculite cerebral e aneurisma dissecante da aorta. Além disso, essas drogas podem causar hipertensão arterial secundária.

Desta forma, a equipe de saúde deve monitorar sistematicamente o paciente transplantado quanto à prática de autocuidado de não usar drogas ilícitas, pois são fatores de

risco evitáveis, sendo fundamental a sua identificação pela equipe, visando reverter esse hábito precocemente.

Quanto ao requisito da prática sexual, 36 transplantados cardíacos sempre realizavam o autocuidado, 26, frequentemente, um às vezes. Dentre os déficits, constatou-se o uso irregular de contraceptivo (camisinha). De acordo com o Protocolo de Transplante Cardíaco (CEARÁ, 2007), as condutas da prática sexual assumem a mesma importância que a capacidade para o trabalho, sendo importante no resgate da autoestima e sensação de recuperação da saúde.

Não obstante, o medo, a angústia e o estresse são fatores frequentes no reinício da prática sexual pós-transplante e prejudiciais ao bom desempenho. O temor de que o esforço físico do ato sexual seja nocivo e perigoso para o coração, aparece como um dos mais importantes fatores que limitam o retorno à atividade sexual do paciente. Assim, esse requisito de autocuidado é prejudicado por essas manifestações que permeiam a vida do paciente. Desta forma, cabe aos profissionais da equipe orientar e estimular o retorno da prática sexual gradual, após estabilização do quadro clínico.

Quanto ao requisito de autocuidado universal prevenção do câncer de mama e colo do útero na mulher e prevenção do câncer de próstata nos homens, 25 pacientes sempre realizavam esse autocuidado, um raramente e 37 não realizavam esse cuidado. Constatou-se que a maior parte dos pacientes entrevistados apresentava déficits desse autocuidado, pois as mulheres não realizavam exame ginecológico periodicamente nem os homens, o acompanhamento regular com o urologista, portanto não aderiam às práticas para prevenção do câncer de mama, de colo uterino ou de próstata.

O câncer e outras doenças crônicas não transmissíveis vêm se tornando cada vez mais comuns no mundo todo. Nas últimas décadas, ele ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. No Brasil, o problema ganhou relevância, pelo perfil epidemiológico que vem apresentando, e, com isso, o tema tem conquistado espaço nas políticas de todas as esferas de governo.

As estimativas, para o ano 2012, são válidas para o ano 2013 e apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, para o sexo masculino, são os cânceres de pele não melanoma (63 mil casos novos), próstata (60 mil), pulmão (17 mil), cólon e reto (14 mil) e estômago (13 mil). E, para o sexo feminino os

cânceres de pele não melanoma (71 mil casos novos), mama (53 mil), colo de útero (18 mil), cólon e reto (16 mil) e glândula tireoide (BRASIL, 2011).

Estudo realizado para analisar a ocorrência e tipos de neoplasias que se desenvolveram em pacientes submetidos a transplante cardíaco ortotópico, em São Paulo, verificou que 23 pacientes desenvolveram neoplasias (21,3%), destacando-se neoplasia de pele (56,5%), tumores sólidos (30,1%) e doença linfoproliferativa pós-transplante (13,4%), cujos intervalos médios entre o transplante e o diagnóstico de neoplasia foram 54,9 meses, 24,8 meses e 70,3 meses, respectivamente. Concluiu-se que a ocorrência de neoplasias malignas foi relativamente comum na população analisada. O câncer de pele prevaleceu em relação às demais neoplasias e os tumores sólidos foram mais diagnosticados do que as doenças linfoproliferativas nessa série de pacientes (MELLO *et al.*, 2006).

Diante do exposto, os cânceres em geral têm um impacto intenso e expressivo nas pessoas, notadamente no que diz respeito aos aspectos biopsicossociais, os quais levam a pessoa a ter necessidades de uma assistência integrada pelos profissionais de saúde, por ser uma patologia que traz consigo grande temor, e causar danos para os pacientes e familiares. Assim, o enfermeiro deve manter a assistência desses pacientes com caráter educativo, participativo, incluindo a família. Além disso, respeitar o potencial de cada um como agentes do autocuidado.

Em um estudo realizado por SILVA *et al.* (2009), para analisar a prática do auto-exame de mama por profissionais de enfermagem, constatou-se que, apesar de a maioria declarar fazer o exame, sentia-se insegura e gostaria de aperfeiçoar esta prática. Outro estudo, baseado na Teoria e Processo de Enfermagem de Dorothea Orem, constatou déficits de autocuidado concernentes aos fatores de risco do câncer mamário e da sistematização da técnica do auto-exame das mamas (FONTES, 1997).

Assim, o Instituto Nacional de Câncer (BRASIL, 2011) afirma que, para o enfrentamento do câncer, são necessárias ações que incluam educação em saúde em todos os níveis da sociedade, promoção e prevenção orientadas a indivíduos e grupos, não esquecendo a ênfase em ambientes de trabalho e nas escolas. E, para que essas ações sejam bem-sucedidas é necessário ter como base as propostas em informações oportunas e de qualidade, e análises epidemiológicas a partir dos sistemas de informação e vigilância disponível.

Em função disso, o enfermeiro, desenvolvendo o magno papel de educador, em conjunto com os outros membros da equipe de transplante cardíaco, em suas consultas, deve aproveitar ou gerar oportunidades, bem como estimular práticas de autocuidado, que possibilitem a prevenção e detecção precoce das doenças cancerígenas.

Para identificar os requisitos do autocuidado desenvolvimental, os quais se referem ao processo do desenvolvimento humano, aos eventos que podem surgir durante as fases do ciclo de vida e aos acontecimentos que podem afetar o desenvolvimento, buscou-se, junto aos pacientes do estudo, a evidência da participação em atividades educativas para transplante cardíaco e a adaptação às mudanças após transplante cardíaco.

Em relação ao requisito desenvolvimental participação nas atividades educativas para o transplante cardíaco, 38 pacientes sempre realizavam esse autocuidado e 25 raramente ou não realizavam esse cuidado. Segundo Basteble (2010), o propósito da educação em saúde para os pacientes é aumentar sua competência e sua confiança para autogestão, melhorar a sua responsabilidade, bem como alcançar a sua independência para o autocuidado. Focam-se, dessa forma, resultados que demonstrem até que ponto os pacientes e seus cuidadores adquiram conhecimentos e habilidades essenciais para o cuidado independente.

Cipriano (2007) corrobora afirmando que uma abordagem educativa interativa e parceira proporciona aos pacientes a oportunidade de explorar e expandir suas habilidades de autocuidado. A ação individual e/ou coletiva mais importante dos profissionais de saúde como cuidadores é preparar o paciente para o autocuidado, pois, se eles não conseguem manter ou melhorar seu estado de saúde de modo independente, quando não possuem auxílio, falham-se as orientações em ajudá-lo a alcançar seu potencial de autocuidado.

Um estudo realizado com o objetivo de avaliar o impacto das ações educativas em saúde, na consulta de Enfermagem, embasado na teoria de Orem, com 18 pacientes transplantados cardíacos acompanhados em ambulatório, constatou que os pacientes desenvolveram habilidades para o autocuidado e tornaram-se agentes de autocuidado, com o alcance de um bom nível de saúde e bem-estar. Por outro lado, despertou no enfermeiro um direcionamento sistemático e eficaz no acompanhamento ambulatorial a essa clientela (SANTOS; OLIVEIRA, 2004).

Outro estudo realizado por uma equipe multidisciplinar, para avaliar o índice de sobrepeso e obesidade dos empregados de uma empresa distribuidora de energia elétrica,

concluiu que o sucesso para alcançar bons resultados foi decorrente ao desenvolvimento de estratégias de educação em saúde e programas de acompanhamento desses profissionais (D'ALENCAR, 2010).

Quanto ao requisito de autocuidado desenvolvimental adaptação às mudanças após transplante cardíaco, 41 sempre realizavam esse autocuidado, sete, frequentemente, dez, às vezes e cinco, raramente. Este déficit é decorrente de alguns pacientes relatarem dificuldades em adaptar-se ao meio social, pois passam um bom tempo fora do convívio social, no início por indicação da equipe multiprofissional e depois por medo.

No entanto, o apoio social é necessário, pois facilita os comportamentos de adequação do indivíduo. Smeltzer e Bare (2009) corroboram afirmando que as qualidades críticas dentro da rede social são as trocas de comunicações íntimas e a presença de solidariedade e confiança. Assim, o apoio social familiar e de outras pessoas significantes supre o paciente de amor e confiança para desempenhar o autocuidado.

Já outros pacientes notificaram a dificuldade de aptidão para o autocuidado, pois, segundo relataram, a prática do autocuidado envolve adesão de comportamentos, os quais não estavam habituados, exigindo da pessoa uma preparação para adquirir hábitos saudáveis por toda vida. A dificuldade maior para o autocuidado foi descrita pelos pacientes, no início da decisão do transplante cardíaco e no primeiro ano após a cirurgia.

Orem (1971) afirma que o autocuidado é produzido pelos indivíduos, que se engajam nas ações de cuidar deles mesmos, a partir de influências de fatores internos e externos, para regular o próprio funcionamento interno deles e de seu desenvolvimento. As ações do autocuidado, engajados no tempo, são cumpridas por pessoas em seus cenários ambientais e dentro do contexto de seus padrões da vida diária. Portanto, o autocuidado é decorrente do empenho humano e comportamento aprendido, que tem as características de ações deliberadas.

Ainda assim, Orem (1995) assegura que a habilidade, para engajar-se no autocuidado, desenvolve-se no curso da vida, todos os dias e por meio de processo espontâneo de aprendizagem. Seu desenvolvimento é facilitado pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros e pela experiência em desempenhar medidas de autocuidado. Assim, o autocuidado tem forma e conteúdo. A forma do autocuidado é determinada pela ação deliberada e suas fases. O conteúdo deriva das propostas para as



quais são direcionados os requisitos do autocuidado e os cursos de ação que são efetivos em encontrá-los.

Bub *et al.* (2006) corroboram que o autocuidado é a realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, a fim de regular o próprio funcionamento, de acordo com seus interesses na vida. Assim, o autocuidado diz respeito à atitude ligada ao exercício da política, ao modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de relacionar-se com o outro e consigo mesmo, de modificar-se, transformar-se. Ainda assim, o autocuidado é vinculado à saúde humana, embora esteja referido ao exercício do desejo humano de saber, de busca da verdade e de fazer o bem a si mesmo e aos outros. Esse fato também confere ao autocuidado uma dimensão ética, mesmo que vinculado fortemente a um dos aspectos do viver saudável.

Nessa perspectiva, o enfermeiro deve gerenciar as práticas de autocuidado nos pacientes transplantados cardíacos, considerando suas fragilidades e incapacidades, sobretudo os vários aspectos envolvidos. Em todo caso, deve ajudá-los a manter o autocuidado continuamente para manter sua saúde e sobrevida, a partir da adoção de estilo de vida saudável. Além disso, realizar algumas medidas de cuidados, como supervisionar as pessoas envolvidas nesse processo, aqueles que cuidam do paciente, como a família/cuidador, ou instruindo e guiando os indivíduos a praticarem o autocuidado.

Assim, o enfermeiro integrado com os outros profissionais de saúde deve preocupar-se com a necessidade de o paciente transplantado cardíaco se autocuidar e prover o autocuidado em sua rotina, para que ele possa recuperar-se de doenças e conviver com seus efeitos. Lembrar que as habilidades do indivíduo, para encaixar no autocuidado, são condicionados pela idade, estado em desenvolvimento, experiência de vida, orientação sócio-cultural e saúde. Ainda assim, ressaltar que o autocuidado é aprendido dentro do contexto dos grupos sociais por interação humana e comunicação, é o ato deliberado e sequencial realizado para encontrar necessidades conhecidas para o cuidado.

Para identificar os requisitos de autocuidado desvio de saúde, buscou-se avaliar nos pacientes transplantados os aspectos relacionados ao tratamento medicamentoso, como o uso regular da medicação, comparecimento às consultas da equipe de saúde, imunização básica, uso de máscara descartável, contato com pessoas e animais domésticos e conhecimento do transplante cardíaco.

Para o uso regular da medicação, constatou-se que todos os pacientes transplantados cardíacos sempre realizavam esse cuidado (63). Este resultado denota uma excelência da prática deste autocuidado, expressa por reconhecimento dos pacientes quanto aos efeitos dos medicamentos na recuperação da saúde.

O tratamento medicamentoso, após a cirurgia de transplante cardíaco, é por toda a vida, com a finalidade de prevenir a rejeição e/ou controlar outras doenças como diabetes, hipertensão e dislipidemia. O sucesso do transplante cardíaco é decorrente da utilização de imunossuppressores, com resultados em longo prazo de sobrevida. O esquema tríplice, incluindo corticosteróide (Prednisona), inibidor de calcineurina (Ciclosporina e Tacrolimus) e antiproliférico, continua sendo utilizado de maneira rotineira na maioria dos serviços. Mais recentemente, têm sido propostas estratégias incluindo inibidores do sinal de proliferação (ISP), como Everolimus e Sirolimus (CEARÁ, 2007; BACAL *et al.*, 2009).

O enfermeiro responsável pela unidade de transplante cardíaco deve estar familiarizado com as diversas complicações que o paciente poderá apresentar em função do uso dessas medicações, pois viabiliza uma assistência mais eficaz. Principalmente com o uso da ciclosporina, pois é um imunossupressor que, apesar de combater a rejeição, pode ocasionar diversos efeitos colaterais no organismo.

Estudos realizados para identificar déficits de autocuidado nos requisitos universal, desenvolvimental e do desvio de saúde, relacionados ao uso de medicação, em pacientes com hipertensão (CADE, 2001) e em pacientes que utilizam medicamentos cardiovasculares (ARAUJO, 1996), os resultados evidenciaram déficits de autocuidado, com adesão ao tratamento medicamentoso inadequada, atribuídos ao preço do medicamento, ao esquecimento em ingeri-lo, relacionado ao conhecimento da terapêutica farmacológica pós-alta. E, a partir dos resultados obtidos, foram desenvolvidas propostas educativas, com base no processo de enfermagem de Orem, que delineia uma assistência a partir da classificação do Sistema de Enfermagem "Apoio-Educação", cuja prática expressa o papel do paciente cardiopata para o autocuidado.

Assim, o acompanhamento realizado pelos profissionais da equipe de transplante cardíaco, direcionado à terapêutica medicamentosa, deve acontecer de maneira rígida, a partir de propostas educativas e com base no processo de autocuidado, envolvendo o paciente e a família. Os medicamentos utilizados após a cirurgia de transplante podem gerar

riscos à vida e ao bem-estar do paciente, pois estão associados ao uso contínuo de inibidores, podendo provocar alterações clínicas, metabólicas e psicossociais. Daí, a necessidade de atendimento sistemático, pois, muitas vezes, essas alterações podem cessar com a diminuição, substituição ou suspensão do medicamento. Segundo o Protocolo de Transplante Cardíaco (CEARÁ, 2007), essas alterações devem ser comunicadas à equipe médica e/ou de enfermagem.

Quanto à avaliação do comparecimento às consultas da equipe de saúde, 37 pacientes sempre realizavam este autocuidado, entretanto 26 frequentemente, ou, às vezes, realizavam este cuidado. Os déficits constatados estavam relacionados ao não comparecimento do atendimento com o nutricionista, por falta desse profissional na unidade de atendimento ao transplantado cardíaco, existindo somente no ambulatório da instituição. Assim, os pacientes mencionaram dificuldade em agendar atendimento com o referido profissional.

Devido à especificidade e ao grau de complexidade do transplante cardíaco, é de fundamental importância que os pacientes sejam acompanhados por uma equipe multiprofissional. E, para o acompanhamento acontecer com sucesso, a equipe precisa trabalhar com qualidade, domínio técnico científico e interdisciplinaridade, reavaliando periodicamente, implementando e intervindo com segurança nos períodos pré, intra e pós-operatório (SANTOS; OLIVEIRA, 2004).

Assim, é imprescindível o comparecimento do paciente de forma sistemática às consultas, para que seja realizada a avaliação do estado de saúde, acompanhadas as alterações no estilo de vida e, principalmente, o funcionamento cardíaco. Além disso, devem-se considerar os fatores que interferem na adesão à terapêutica, buscando maneiras individualizadas de atuar junto ao paciente, estabelecendo uma relação de ajuda, com o intuito de facilitar a adaptação, promover o equilíbrio e a reeducação do paciente e da família, de forma satisfatória e contínua, além de estabelecer com ele uma relação de ajuda, incentivando a prática do autocuidado, com o intuito de minimizar as complicações após o transplante cardíaco e, conseqüentemente, os internamentos hospitalares.

De acordo com o Protocolo de Transplante Cardíaco (CEARÁ, 2007), a equipe de transplante cardíaco deve ser composta pelos profissionais médico, enfermeiro, nutricionista, dentista, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional. Também é recomendável, além

do comparecimento às consultas, às reuniões educativas, o acompanhamento do cuidador e/ou familiar responsável.

A avaliação do estado nutricional é importante, pois tem a finalidade de identificar os distúrbios nutricionais presentes e planejar a intervenção terapêutica nutricional adequada, de forma a auxiliar na recuperação e/ou manutenção do estado de saúde do paciente (BACAL *et al.*, 2009). Não obstante, não existe uma técnica ideal que, exclusivamente, indique o diagnóstico nutricional com precisão. A avaliação deve ser por meio de indicadores antropométricos, bioquímicos e de consumo alimentar utilizados de forma integrada (KAMIMURA; BAXMANN; SAMPAIO, 2005).

Estudo realizado por Lima e Araújo (2005) verificou que a redução do peso pode ser obtida pela diminuição da ingesta calórica, principalmente os glicídios e lipídios, considerando que o indivíduo consumirá uma quantidade de alimentos insuficiente para seu gasto metabólico habitual, tendo que recorrer às próprias reservas orgânicas. Contudo, somente reduzir o peso não basta, o ideal é mantê-lo em níveis adequados por longo prazo. Para isso, faz-se necessária uma prática de autocuidado com adequação dietética individualizada, considerando a motivação dos pacientes e os aspectos socioeconômicos e culturais.

Portanto, o incentivo ao tratamento realizado pelo profissional nutricionista específico do transplante favorece maior aderência e, por conseguinte, melhor bem-estar, saúde e sobrevida com qualidade. Ressalta-se, porém, que esse sucesso somente é possível se a pessoa praticar o autocuidado de maneira permanente e rigorosa.

Em relação à imunização básica, constatou-se que todos os pacientes entrevistados tinham déficit de autocuidado, pois não tinham esquema vacinal completo (63). Esse déficit pode ser decorrente da pouca orientação sobre as vacinas exigidas para o paciente que é transplantado cardíaco.

Segundo o Protocolo dos Transplantes Cardíacos (CEARÁ, 2007), todo paciente, ao submeter-se ao transplante cardíaco, deve ter o cartão de vacina atualizado, em virtude da maior possibilidade de infecções, principalmente as graves. De acordo com Araújo (2007), outra forma de melhorar os altos índices de morbidade e mortalidade por infecção é monitorizar a vacinação, seja aquela preconizada pelo Ministério da Saúde, sejam as especiais disponíveis nos Centros de Referência.

Bacal *et al.* (2009) relatam que o fato de o paciente transplantado cardíaco estar sob efeito de terapia imunossupressora possa aumentar a ação insalubre da resposta inflamatória, ou seja, gerar uma reação inflamatória exacerbada. Assim, a partir da vacinação, a resposta inflamatória pode ser poupada de uma apresentação mais grave de infecção pelos microorganismos. Então, a atualização do calendário vacinal deve ser feita antes do transplante em virtude de maiores taxas de soroconversão. Após o transplante, embora os dados sejam controversos, nos primeiros seis meses, deve-se evitar a vacinação pelo risco de potencializar eventos de rejeição. Além disso, deve-se evitar o uso de vacinas com vírus vivos atenuados como, por exemplo, as vacinas para febre amarela e para sarampo, rubéola e caxumba.

Em um estudo de caso realizado por Bacal *et al.* (2009) com uma paciente transplantada cardíaca que foi acometida pelo vírus da influenza A (H1N1), verificou que o fato de ela estar sob efeito de terapia imunossupressora contribuiu para uma apresentação mais grave da doença. Portanto, a terapia imunossupressora pode modular a resposta inflamatória pulmonar e sistêmica, a qual contribui significativamente para as complicações relacionadas à doença.

Assim, cabe ao enfermeiro monitorar o calendário de vacinação dos pacientes transplantados sistematicamente, para garantir a imunização de todos, além de ensinar a identificar precocemente os sinais de infecções para pronta assistência.

Quanto ao uso de máscara cirúrgica descartável, 34 pacientes sempre realizavam esse autocuidado e 29 frequentemente. As máscaras cirúrgicas descartáveis são essenciais tanto para a proteção individual dos membros da equipe, quanto para a proteção do paciente, sendo considerada uma das medidas de biossegurança eficaz e eficiente na proteção e prevenção de doenças. Segundo Romney (2001), a eficácia da máscara cirúrgica descartável, como barreira microbiana, foi confirmada, por meio da identificação de cepas de estreptococos nas feridas dos pacientes e na orofaringe da equipe de saúde estudados.

Vários aspectos são importantes quando se refere ao uso de máscara cirúrgica descartável. O Centro de Controle e Prevenção de Doenças recomenda a utilização de máscaras descartáveis, considerando a sua eficácia na filtração de partículas maiores de cinco micras, devendo colocá-las de forma que cubra a boca e o nariz. Segundo Barbosa e

Graziano (2006), a sua eficácia de barreira microbiana é diminuída após quatro horas de uso, o que aponta a necessidade de trocar o dispositivo após este tempo.

Derrick e Gomersall (2005) complementam afirmando que o descarte das máscaras é de fundamental importância, pois a face interna destes dispositivos, após o seu uso, apresenta uma carga microbiana elevada. Portanto, o seu descarte deve ser feito por intermédio do contato das mãos apenas nas tiras que as prendem e não em toda a sua face.

Assim, embora a máscara descartável contribua para prevenir infecções, deve-se levar em conta a sua utilização quanto ao tempo, local e forma de utilizá-la. Estudo realizado para analisar a utilização da máscara facial cirúrgica pelos profissionais e estudantes de saúde, em relação ao tempo, local e forma de utilização, observou que, no geral, ela foi utilizada de maneira adequada conforme preconizado por órgãos nacionais e internacionais, fato provavelmente relacionado ao ambiente acadêmico do hospital analisado, onde há divulgação constante de normas e padrões recomendados (BARBOSA; MARTINI; TEIXEIRA, 2009).

Deste modo, a equipe deve trabalhar de forma integrada e devidamente informada dos diversos aspectos que envolvem os cuidados com o uso da máscara pelo paciente. BACAL *et al.* (2009) afirmam que o uso da máscara descartável é essencial para o controle das infecções, todo paciente transplantado cardíaco deve, nos três primeiros meses que sucedem o transplante, utilizar esse dispositivo, por vários motivos, dentre eles, a instabilidade clínica que a cirurgia proporciona e as altas doses de imunossupressores. O uso da máscara é obrigatório, mesmo quando estão em suas residências, sobretudo quando forem realizadas práticas que exijam proteção respiratória.

Relacionado ao contato do transplantado com pessoas e animais domésticos, 39 sempre realizavam esse autocuidado, mas 24 apresentaram déficit de autocuidado, pois realizavam, frequentemente, ou, às vezes, esse cuidado. Esse déficit foi decorrente do contato com animais domésticos como cachorro, gato, vaca, aves em geral, e também a falta de proteção no contato com insetos e/ou roedores.

Muitas pessoas, apesar de apreciarem os animais domésticos, desconhecem as doenças transmitidas por eles, pois sabe-se que o pelo, a saliva, as patas, as fezes e a urina de diversos animais abrigam múltiplos microorganismos capazes de provocar doenças. Em função disso, os transplantados cardíacos devem evitar o contato com animais, insetos e roedores, pois eles

podem transmitir doenças, as quais implicam complicações que podem repercutir na sua sobrevivência (CEARÁ, 2007).

Não obstante, para o paciente transplantado cardíaco evitar a contaminação decorrente de animais domésticos, deve também impedir o contágio de água e alimentos com os quais os animais tenham tido contato, ou ainda pela areia contaminada com as fezes, pois os animais contaminados eliminam constantemente ovos dos vermes que ficam aderidos aos pelos. As pulgas fazem parte do ciclo de transmissão, e a ingestão acidental de pulgas ou de ovos leva à contaminação.

Diante do exposto, o contato do paciente transplantado cardíaco com animais deve ser desencorajado e monitorado por todos os membros da equipe.

Referente aos resultados sobre o conhecimento dos transplantados cardíacos acerca da doença, tratamento, complicações do transplante, das práticas de autocuidado para prevenção de doenças e promoção da saúde relacionada ao transplante, verificou-se que 50 pacientes sempre realizavam esse autocuidado. Porém, 13 tinham déficit deste autocuidado, pois se constataram inadequadas práticas alusivas ao conhecimento das complicações do transplante e da prevenção de doenças e promoção da saúde relacionada ao transplante.

Notou-se, entretanto, que alguns pacientes, mesmo conscientes da necessidade de manter o cuidado com sua saúde, refletiram sobre seus comportamentos de risco, comprometedores do autocuidado, conseqüentemente o seu bem-estar.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Caetano e Pagliuca (2006), no qual os participantes, mesmo bem informados e esclarecidos sobre seu estado de saúde, ainda persistiam em estilos de vida comprometedores da eficácia do tratamento, considerados pontos relevantes como déficits de autocuidado. Constatou-se, também, que a aplicação da Teoria do Autocuidado requer tempo para apresentar resultados, exige dedicação e paciência, requisitos imprescindíveis no acompanhamento preconizado pela Teoria de Orem, que é o sistema de apoio-educação.

O estudo de Santos e Silva (2006) constatou problemas de saúde em mulheres hipertensas devido à prática ineficaz de autocuidado, desencadeada por um déficit de conhecimento sobre a doença e condutas terapêuticas, baixa escolaridade, problema socioeconômico e familiares, e ainda por conta de condutas inadequadas de promoção de saúde.

Assim, de acordo com o estudo de Rocha e Santos (2009), a enfermagem, por atingir várias áreas do viver humano: emocional, física, financeira e social, tem uma gama de opções de intervenções, dependendo da demanda de autocuidado do paciente para melhorar sua qualidade de vida. Contudo, necessita de uma rede de apoio, incluindo a família e a comunidade.

Desta forma, o relacionamento da equipe multidisciplinar e o apoio da família são necessários para a adaptação do paciente no seu viver com um coração transplantado. Em estudo realizado por Brito, Pessoa e Santos (2007), evidenciou-se que o transplante cardíaco gera mudanças, crises e momentos de desestruturação, e que não só a pessoa é abalada, mas também a rede familiar que se esforça para se adaptar à nova situação.

Assim, torna-se imprescindível o acompanhamento sistemático pela equipe multiprofissional e principalmente pelo enfermeiro, com orientações e supervisões centradas na prática do autocuidado em todo o processo do tratamento, contemplando as terapêuticas medicamentosas e as não-medicamentosas.

### **7.3 Escores do Perfil de Engajamento no Autocuidado (PEAc)**

Após a avaliação de cada requisito de autocuidado universal, desenvolvimental e desvio de saúde, constatou-se que os escores do PEAc variaram de 88 a 113 pontos e, apesar de os pacientes transplantados cardíacos se encontrarem em níveis elevados de autocuidado, percebeu-se que a maioria desses pacientes apresentou algum déficit de autocuidado, pois 57,1% estavam na classe que “frequentemente realizava autocuidado”. No entanto, embora nenhum paciente realizasse 100% das práticas de autocuidado, recomendadas para o transplantado cardíaco, 42,9% sempre realizavam o autocuidado, cuja pontuação máxima do PEAc foi 113.

Segundo Orem (1995), a demanda terapêutica de autocuidado é caracterizada a partir do levantamento dos requisitos de autocuidado, que se referem a toda necessidade para a regularização do funcionamento e desenvolvimento humano.

Deste modo, identificaram-se, nesse estudo, os déficits de autocuidado que determinam a demanda terapêutica de autocuidado, relevante para um adulto transplantado cardíaco. Observou-se que os déficits de autocuidado estavam presentes nos diferentes requisitos, conforme estabelecidos na teoria de Orem.



Então, quanto às demandas de autocuidado relativas aos 17 requisitos universais, constataram-se práticas inadequadas, com déficits referente em 16 requisitos, quais sejam: oxigenação, higiene corporal, higiene do ambiente domiciliar, ingestão de líquidos, alimentação, eliminação, atividade/trabalho, exercício físico, sono e repouso, interação social, comportamento emocional, prevenção de doença/promoção da saúde, tabagismo, etilismo, prática sexual e prevenção do câncer.

Relativas às demandas de autocuidado dos dois requisitos desenvolvimentais, encontrou-se déficit de autocuidado nos dois, quais sejam: participação de atividades educativas para o transplante cardíaco e adaptação às mudanças após transplante cardíaco.

Concernentes às demandas de autocuidado relativas aos seis requisitos de desvios de saúde, verificou-se déficit de autocuidado nos cinco seguintes requisitos: comparecimento às consultas da equipe de saúde, imunização básica, uso de máscara descartável, contato com pessoas e animais domésticos e conhecimento do transplante cardíaco.

Assim, percebeu-se que não houve demanda de autocuidado em apenas dois requisitos, os relativos ao uso de drogas ilícitas e uso regular da medicação, referentes aos requisitos universais e desvio de saúde, respectivamente. Em contrapartida, no requisito imunização básica, não foi constatado ninguém na classe que sempre realiza o autocuidado.

Em consequência disso, urge a necessidade de o enfermeiro e demais membros da equipe de transplante cardíaco trabalharem as demandas de autocuidado dos pacientes transplantados, pois, segundo evidenciou esse estudo, esses pacientes precisam de acompanhamento da equipe de saúde para atenderem às demandas de autocuidado, reduzindo, assim, os déficits detectados.

Estudos realizados para avaliar os déficits de autocuidado por Orem alcançaram resultados semelhantes, a exemplo de Cade (2001), que realizou um estudo com mulheres hipertensas, utilizando a Teoria do déficit de autocuidado de Orem, e detectou déficits de autocuidado nos seguintes requisitos: três no universal, referentes à alimentação, exercício físico, interação social; um no desenvolvimental, dificuldade de adaptação à doença; e três no desvio de saúde, por tratamento medicamentoso inadequado, falta de conhecimento quanto à compreensão do processo saúde-doença, desinteresse e falta de motivação para os aspectos ligados à hipertensão arterial.

Outro estudo realizado por Santos e Oliveira (2004), com 18 pacientes transplantados cardíacos, embasado na teoria de Orem, constatou inadequadas práticas de autocuidado nos requisitos universal, desenvolvimental e desvio de saúde, expostos a seguir: nove no universal, pela inadequada oxigenação, ingestão de líquidos, alimentação, eliminações, atividade/descanso, interação social, promoção da saúde, risco à vida e ao bem-estar; dois no desenvolvimental, adaptação inadequada às modificações do ciclo vital e social; e quatro no desvio de saúde, por desconhecimento da doença e do tratamento, falta de aceitação da doença, adaptação inadequada ao problema de saúde, falta de execução efetiva de condutas orientadas.

Manzini e Simonetti (2009) desenvolveram também um estudo, norteado por Orem, com 56 pacientes hipertensos e detectaram déficits de autocuidado em diferentes requisitos: dois no universal, com práticas inadequadas na alimentação e exercício físico; um no desenvolvimental, pela inadequada adaptação aos efeitos adversos da terapia anti-hipertensiva; e dois no desvio de saúde, pelo tratamento medicamentoso inadequado e a negação da doença.

Desta forma, percebe-se que identificar os déficits de autocuidado pelo enfermeiro é importante, para determinar as demandas para o autocuidado e principalmente direcionar e estabelecer as estratégias para o plano de cuidado conforme as necessidades dos pacientes.

## 8 CONCLUSÃO

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

Deste modo, ao identificar os fatores condicionantes que interferem na prática do autocuidado de paciente transplantado cardíaco, após a alta hospitalar, constatou-se a predominância dos seguintes fatores: sexo masculino (88,9%), com faixa etária de 40 a 59 anos (68,3%), cor da pele não-branca (pardas e negras) (74,6%), prática religiosa católica (81,0%), casados (77,8%), procedentes do interior do estado (49,2%), com, pelo menos, ensino fundamental (71,4%), são aposentados ou não trabalham (82,5%) e recebem até um salário mínimo (47,6%). O principal diagnóstico médico que levou ao transplante cardíaco foi a doença de chagas (28,6%). O tempo transcorrido após o transplante variou de dois meses a dez anos e quatro meses, predominando os pacientes que realizaram transplante entre um e três anos (39,7%).

Do mesmo modo, para verificar a demanda de autocuidado de pacientes que realizaram transplante cardíaco, 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 como déficit os seguintes dados: oxigenação/respiração (26,9%); higiene pessoal (31,7%); higiene do ambiente domiciliar (47,6%); ingestão de líquidos (39,6%); ingestão de alimentos (68,8%); eliminações (20,6%); prática de exercício físico (87,3%); sono e repouso (79,3%); interação social (90,4%); comportamento emocional (58,7%); prevenção de doença/promoção da saúde (77,7%); tabagismo (1,58%); etilismo (3,17%); prática sexual (61,9%); prevenção do câncer (60,3%).

Quanto ao autocuidado do requisito desenvolvimental, apresentaram-se os seguintes déficits: participação das atividades educativas (39,6%); adaptação às mudanças após transplante cardíaco (34,9%).

Relacionado ao autocuidado do requisito desvios de saúde, têm-se os seguintes déficits: comparecimento às consultas da equipe de saúde (41,2%); imunização básica (100%); uso de máscara descartável (46%); contato com pessoas e animais domésticos (38%); e conhecimento (20,6%).

O presente estudo revelou, também, a avaliação obtida nos requisitos de autocuidado universal, desenvolvimental e desvio de saúde, a partir da somatória de pontuação dos Escores do Perfil de Engajamento no Autocuidado. Constatou-se que, mesmo apresentando déficits de autocuidado, os pacientes transplantados cardíacos apresentaram níveis elevados de autocuidado, pois estavam incluídos nas classes que sempre realizavam o autocuidado (42,9%) e frequentemente realizavam autocuidado (57,1%). Destaca-se que não houve inserção de paciente nas classes, às vezes, raramente ou não realiza o autocuidado.

Assim, ao analisar os pacientes pela somatória do PEAc, estes mantêm um nível satisfatório de autocuidado, entretanto, quando avaliados os requisitos individualmente, apresentam déficits de autocuidados, reforçando a importância do processo de orientação desenvolvido por uma equipe multiprofissional de forma contínua e com diferentes abordagens para proporcionar ao paciente transplantado cardíaco condições para realizar a prática de autocuidado.

Ao comparar o Perfil de Engajamento do Autocuidado com os fatores condicionantes, percebeu-se que, na classe “sempre realiza o autocuidado”, predominaram os seguintes fatores condicionantes: homens; idade entre 23 a 39 e 60 a 72 anos; cor não-branca; praticavam religiões evangélica, espiritismo ou judaísmo; procedentes de outros estados (Rio Grande do Norte, Bahia, Pará, Goiás e Piauí); ensino médio ou superior; aposentados ou não trabalham; renda familiar acima de 2 até 9 salários mínimos. No entanto, esses fatores não apresentaram diferença significativa ( $p > 0,05$ ).

Já os fatores condicionantes estado civil solteiro e tempo de transplante superior a 3 e inferior a 6 anos apresentaram diferença significativa ( $p < 0,05$ ), mostrando que esses fatores interferem no Perfil de Engajamento do Autocuidado.

Assim, diante desta realidade, é de fundamental importância que os profissionais da equipe de transplante cardíaco, especialmente os enfermeiros, estejam atentos para os fatores condicionantes do autocuidado dos pacientes que se submeteram à cirurgia de transplante cardíaco, pois, muitas vezes, não são evidenciados e podem interferir negativamente na prática de autocuidado.

Salienta-se, também, a importância do conhecimento dos enfermeiros em relação aos déficits de autocuidado, baseado na teoria de Orem, pois permite estabelecer uma demanda de autocuidado terapêutico, o qual envolve a ação de autocuidado, baseada nas reais

necessidades dos pacientes transplantados, permitindo assim que ele se torne participativo no tratamento. Ainda assim, contribuir para um trabalho multiprofissional em sua excelência.

Além disso, torna-se possível a construção de um plano de cuidados de enfermagem que viabiliza a aplicação do Processo de Enfermagem na unidade em estudo, fundamentado em um referencial teórico, para a prática dos enfermeiros da unidade de transplante do hospital em estudo e demais enfermeiros que trabalham nessa área.

Outro fator importante que emergiu desse estudo foi a necessidade de os enfermeiros realizarem avaliação periódica e sucessiva da adesão dos pacientes transplantados cardíacos às práticas de autocuidado, uma vez que se evidenciou déficit de autocuidado destes pacientes.

Apesar de os pacientes manterem uma assistência efetiva, realizada por profissionais qualificados, ainda assim, os resultados evidenciaram a necessidade de estabelecer estratégias de intervenção para comportamentos de autocuidado mais satisfatórios, visando a evitar o surgimento de complicações e agravos à saúde desses pacientes.

Assim sendo, o enfermeiro deve orientar e incentivar constantemente o paciente transplantado cardíaco a realizar práticas de autocuidado, contudo deve-se levar em conta a abordagem individual e de forma holística, considerando seu contexto de vida, uma vez que os mecanismos individuais, para satisfazer as necessidades dele, dependerão de um conjunto de fatores como cultural, econômico e social, bem como da forma como o indivíduo entende a sua doença.

Os enfermeiros devem exercer um papel mais ativo para a prestação de cuidados adequados aos pacientes transplantados, principalmente àqueles que são relacionados à sua prática, como os direcionados ao tratamento não-medicamentoso, envolvendo as questões biopsicossocial, sobretudo reconhecendo a educação em saúde como um processo contínuo e permanente, para promover a saúde do paciente.

O estudo teve diversas implicações para a prática de enfermagem ao paciente transplantado cardíaco, destacando-se a participação da pesquisadora nas reuniões de educação em saúde do hospital referenciado, compartilhando conhecimentos; realização de estratégias para promoção da saúde dos pacientes; desenvolvimento de campanha de vacinação, no intuito de atualizar o esquema vacinal, pois foi o requisito que 100% dos

pacientes apresentaram déficit do autocuidado; dentre outras ações realizadas com os próprios pacientes participantes do estudo para redução do déficit de autocuidado.

Assim, 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 submetidos à cirurgia de transplante cardíaco.

Enfim, acredita-se que a realização deste trabalho possa contribuir para a construção de conhecimento acerca da prática do autocuidado do paciente transplantado cardíaco, bem como constituir em um referencial para nortear as equipes de saúde, em especial a equipe de enfermagem, no que diz respeito aos déficits de autocuidado apresentados pelos pacientes transplantados cardíacos.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). {on-line} **Registro Brasileiro de Transplantes**. Gráficos de 2008. Disponível em: <<http://www.abto.org.br>>. Acesso em: mar. 2012.

ADES, Lia; KERBAUY, Rachel Rodrigues. Obesidade: realidades e indagações. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 197-216, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010365642002000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642002000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 mar. 2012.

AGUIAR, Maria Isis Freire de; FARIAS, Deisiane Rios; PINHEIRO, Mabel Leite; CHAVES, Emilia Soares; ROLIM, Isaura Letícia Tavares Palmeira; ALMEIDA, Paulo César de. Qualidade de vida aos pacientes submetidos ao transplante cardíaco: aplicação da escala Whoqol-Brof. Sociedade Brasileira de cardiologia. **Arquivo brasileiro de cardiologia**. Disponível em :< <http://www.arquivosonline.com.br/>>. Acesso em: mar. 2012.

ALLEN, S. M.; CIAMBRONE, D.; WELCH, L. C. Stage of life and social support as a mediator of mood state among persons with disability. **J Aging Health**, v. 12, n. 3, p. 318-41, 2000.

ALMENAR, Luis; DELGADO, Juan; CRESPO, Marisa; SEGOVIA, Javier. Situación actual del transplante cardíaco em Espana. **Rev Espan Cardiol**, v. 63(Supl 1), p.132-49, 2012.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Heart Disease and Stroke Statistics - 2007 Update: A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Circulation**, v. 115, p. e69-e171, 2007.

ARAUJO, Cleide Rejane Damaso de. Autocuidado na utilização de medicamentos cardiovasculares: proposta educativa de enfermagem. **Journal Article**, 1996.

ARAUJO, Paulo Ivo C.. O autocuidado na doença falciforme. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, set. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151684842007000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151684842007000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 fev. 2012.

AREOSA, Cleópatra Medina Noronha; ALMEIDA, Dirceu Rodrigues; CARVALHO, Antônio Carlos C. de; PAOLA, Ângelo A. V. de. Avaliação de fatores prognósticos da insuficiência cardíaca em pacientes encaminhados para avaliação de transplante cardíaco. **Arq. Bras. Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 6, Jun. 2007.

ASSEF M. A. S.; VALBUENA, P. F. M. F.; NEVES, Junior M. T.; CORREIA, E. B.; VASCONCELIS, M.; MANRIQUE, R. *et al.* Transplante Cardíaco no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia: análise de sobrevivência. **Rev Bras Cir Cardiovasc.**, v. 18, p. 289-304. 2001.

BACAL, Fernando; VEIGA, Viviane Cordeiro; FIORELLI, Alfredo Inácio; BELLOTTI, Giovanni; BOCHI, Edimar Alcides; STOLF, Noedir Antônio Groppo; RAMIRES, José Antônio Franchini. Análise dos fatores de risco da doença vascular do enxerto em pacientes assintomáticos após transplante cardíaco. **Arq Bras Cardiol.**, v. 75, n. 5, p.413-420, 2000.

BACAL, Fernando; SEGURO, Luis Fernando; OGAWA, Tania; MANGINI, Sandrigo; FIORELE, Alfredo; BOCHI, Edimar. Pneumonia por Influenza A (H1N1) em paciente imunossuprimido após transplante cardíaco. **Arq Bras Cardiol.**, v.93, n.6, p.e104-e106, 2009.

BACAL, L. F.; SOUZA-NETO, J. D.; FIORELLI, A. L.; MEJIA, J.; MARCONDES-BRAGA, F. G.; MANGINI, S. *et al.* II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. **Arq Brás Cardiol.**, v. 94, n. 1, supl. 1, p. 16 – 73, 2009.

BACAL, Fernando; SOUZA NETO, João David; FIORELLI, Alfredo Inácio; MEJIA, Juan; MARCONDES-BRAGA, Fabiana Goulart; MANGINI, Sandrigo. II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 94, n. 1, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066782X2010000700001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2010000700001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 mar. 2012.

BARBOSA, M. H.; MARTINI, M. M. G.; TEIXEIRA, J. B. A. Utilização de máscara facial cirúrgica descartável no ambiente cirúrgico. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 11, n.2, p.275-9, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a06.htm>>.

BARBOSA, Maria Helena; GRAZIANO, Kazuko Uchikawa. Influence of wearing time on efficacy of disposable surgical masks as microbial barrier. **Braz. J. Microbiol.** v. 37, n.3, p.216-7, 2006. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/ncidod/sars/pdf/respirators-sars.pdf>>.

BASTABLE, Susan B. **O Enfermeiro como Educador**: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BENTO, Vivian Freitas Rezende; BROFMAN, Paulo Roberto Slud. Impacto da consulta de enfermagem na frequência de internações em pacientes com insuficiência cardíaca em Curitiba – Paraná. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 92, n. 6, Jun. 2009.

BERNARD C. The operation. A human cardiac transplantation: An interim report of the successful operation performed at Groote Schur Hospital Cape Town. **S Afr Med J.** v. 41, p.1271, 1967.

BESTETTI R, B. Predictors of unfavourable prognosis in chronic Chagas' disease. **Trop Med Int Health**, v. 6, n. 6, p. 476-83, 2001.

BOCCHI, E. A.; MARCONDES-BRAGA, F. G.; AYUB-FERREIRA, S. M.; ROHDE, L. E.; 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.1 supl. 1, p.1-71, 2009.



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.

BOAZ, Marta Regina; BORDIGNON, Solange; LASRALLA, Ivo A. A importância de medidas preventivas na profilaxia de infecções em pacientes submetidos a transplante cardíaco nos primeiros 30 dias de pós-operatório. **Rev Bras Cir Cardiovasc.**, São José do Rio Preto, v.21, n.2, abr./jun. 2006.

BORTOLOTTO, Luiz Aparecido; SILVA, Hélio Bernardes; BOCCHI, Edmar A.; BELLOTTI, Giovanni; STOLF, Noedir; JATENE, Adib D. Evolução a longo prazo e complicações da hipertensão arterial após transplante cardíaco. **Arq Bras Cardiol.** v. 69, n.5, p.317-321, 1997.

BOUCHAR, C. **Atividade física e obesidade.** Baurueri: Manole, 2000.

BOUCEK, Mark M.; AURORA, Paul; EDWARDS, Leah B.; TAYLOR, David O.; TRULOCK, Elbert P.; CHRISTIE, Janson; DOBELLS, Fabianne; ROHMEL, Axel O.; KECK, Berkeley M.; HERTZ, Marshall. Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: tenth official pediatric lung and heart/lung transplantation report - 2007. **J Heart Lung Transplant.**,v. 26, n.12, p.1223-8, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Estimativa 2012.** Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2011. 118 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Procedimentos Hospitalares:** transplante cardíaco. Brasília - DF, 2012. Disponível em: < [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em: 20 de março de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Dispõe sobre Normas regulamentadoras – NR-1 a 33. *In: Manual de legislação atlas segurança e medicina do trabalho:* norma regulamentadora - NR-4 -Serviços especializados em engenharia de segurança e em medicina do trabalho, Lei no 6514, de 22/12/77. São Paulo: Atlas S.A., 2007. p. 17-49.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, supl., p. 15-25, 1996.

BRAUNWALD, Eugene; ZIPES, Douglas P.; LIBBY, Peter. **Tratado de Medicina Cardiovascular.** 6. ed. São Paulo: Roca, 2003. p.626 a 646.

BRITO, Maria Auxiliadora Gomes de Mello; BACHION, Maria Márcia; SOUZA, Joaquim Tomé de. Diagnósticos de enfermagem de maior ocorrência em pessoas com lesão medular

no contexto do atendimento ambulatorial mediante abordagem baseada no modelo de Orem. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. v. 10, n. 1, p. 13-28, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1v10n1a02.htm>>. Acesso em: mar. 2011.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. Cap. 1. p. 15-38

BRITO, Lise Maria Pinheiro de Mattos; PESSOA, Vera Lúcia Mendes de Paula; SANTOS, Zélia Maria de Souza Araújo. A família vivenciando o transplante cardíaco. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672007000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 mar. 2012.

CADE, Nágela Valadão. A teoria do déficit de autocuidado de OREM aplicada em hipertensas. **Rev. Latino Americana Enfermagem.**, v. 9, n. 3, p. 43 – 50, 2001.

CANALLI, Rafaela Thaís Colombo; MORIYA, Tokico Murakawa; HAYASHIDA, Miyeko. Prevenção de acidentes com material biológico entre estudantes de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p.100-6, jan./mar., 2011.

CASTRO, Luiza Carla Vidigal; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; PRIORE, Sílvia Eloíza; PELUZIO, Maria do Carmo Gouveia. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 17, n. 3, p. 369-377, set. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732004000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 mar. 2012.

CAETANO, Joselany Áfio; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Autocuidado e o portador do HIV/aids: sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, Jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692006000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 mar. 2012.

CARLOS, Daniele Maria de Oliveira; FRANÇA, Francisco Clineu Queiroz; NETO, João David de Sousa; SILVA, Carlos Antonio Bruno da. Impacto da variabilidade de peso na estabilidade metabólica dos pacientes transplantados cardíacos no Ceará. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 90, n. 4, abr. 2008.

CARNETHON, M. R ; LYNCH, E. B., DYER, A. R.; LLOYD-JONES, D. M.; WANG, R.; GARSIDE, D. B.; et al. Comparison of risk factors for cardiovascular mortality in black and white adults. **Arch Intern Med.**, v.166, p.1196-202, 2006.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes**. Disponível em: < [www.hm.ce.gov.br/](http://www.hm.ce.gov.br/) >. Acesso em: 20 mar. 2012.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Hospital de Messejana/HM. **Protocolo de Transplante Cardíaco**, 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Mortality from congestive heart failure-United States, 1980-1990. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.**, v. 43, p.77-81, 1994.

DRIES, D. L.; EXNER, D. V.; GERSH, B. J.; COOPER, H. A.; CARSON, P. E.; DOMANSKI, M. J. Racial differences in the outcome of left ventricular dysfunction. **N Engl J Med.** v. 340, p.609-16, 1999.

CIPRIANO, P. F. Stop, look and listen to your patients and their families. **American Nurse Today.** v. 2, n.6, p.10, 2007.

COUTO, Wilson Jose; BRANCO, João Nelson R.; ALMEIDA, Dirceu; CARVALHO, Antonio C.; VICK, Rodrigo; TELES Carlos A; AGUIAR, Luciano F.; BUFFOLO, Enio. Transplante Cardíaco e Infecção. **Rev. Brás. Cir. Cardiovasc.** , v. 16, n.2, p.141-41, 2001.

CROZETA, K.; TRUPPEL, T. C.; MEIER, M. J.; DANSKI, M. T. R.. Determinantes e condicionantes para a implementação da consulta de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n.1, p. 120-126, 2009.

CUSTODIO, Ires Lopes; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; LIMA, Francisca Elisângela Teixeira; FREITAS, Maria Célia de; LIMA, Marta Maria Rodrigues; SILVA, Aurilene Lima da. Saúde do Trabalhador: caracterização das dissertações e teses nacionais de enfermagem, 2003-2007. **Rev Enferm UERJ.**, v. 18, n.4, p.604-9, 2010.

CUPPLES, S.; DEW, M.; GRADY, K.; DE GEEST, S.; DOBBELS, F.; LANUZA, D. *et al.* Report of the Psychosocial Outcomes Workgroup of the Nursing and Social Sciences Council of the International Society for Heart and Lung Transplantation: present status of research on psychosocial outcomes in cardiothoracic transplantation: review and recommendations for the field. **J Heart Lung Transplant.**, v. 25 , n.6, p. 716-25, 2006.

DERRICK, J. L.; GOMERSALL, C. D. Protecting healthcare staff from severe acute respiratory syndrome: filtration capacity of multiple surgical masks. **J Hosp Infect.** , v. 59, n.4, p.365-8, 2005.

D'ALENCARr, Érica Rodrigues; LIMA, Marta Maria Rodrigues; MENDONÇA, Paulo Marconi Linhares; CUSTÓDIO, Ires Lopes; D'Alencar, BARBARA, Pereira; LIMA, Francisca Elisângela Teixeira. Ações de educação em saúde no controle do sobrepeso/obesidade no ambiente de trabalho. **Rev. Rene**, v. 11, n. 1, jan./mar. 2010.

DUARTE, M. C. A; ACIOLY, C. M. C.; PEREIRA, W. S. B.; PEREZ, V. L. A. B. Diagnóstico de enfermagem em paciente epiléptica embasado na teoria do autocuidado: estudo de caso. **Rev Técnica Enfermagem Nursing.**, v. 25, v.3, p.30-4, 2000.

DINKHUYSEN, Jarbas J. **Transplante do Coração**. Disponível em: <[www.sbccv.org.br/livre/cuide\\_coracao.asp](http://www.sbccv.org.br/livre/cuide_coracao.asp)>

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. 29 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

FERNANDES, W. L.; MODESTO, J. F.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem ao diabético jovem embasada no autocuidado. **Rev RENE**, v.1, n.1, p.76-82, 2000.

FERGUSON, J. A.; TIERNEY, W. M.; WESTMORELAND, G. R.; MAMLIN, L. A.; SEGAR, D. S.; ECKERT, G. J.; et al. Examination of racial differences in management of cardiovascular disease. **J Am Coll Cardiol**, v.30, p.1707-13, 1997.

FIGLIOLI, Alfredo Inácio; OLIVEIRA JR., José de Lima; STOLF, Noedir A. G. Cardiac transplantation. **Rev Med**, v.88, n.3, p.123-37, 2009.

GALANTIER, João; MOREIRA, Luiz Felipe P.; BENICIO, Anderson; LEIRNER, Adolfo A.; CESTARI, Idágene; BOCCHI, Edmar A.; BACAL, Fernando; STOLF, Noedir A. G. Desempenho hemodinâmico e resposta inflamatória durante o uso do DAV-InCor como ponte para o transplante. **Arq Bras Cardiol**, v.91, n.5, p.327-334, 2008.

GEIB Lorena Teresinha Consalter; NETO, Alfredo Cataldo; WAINBERG, Ricardo; NUNES, Magda Lahorgue. Sono e envelhecimento. **R. Psiquiatr. RS**, v.25, v.3, p. 453-465, set./dez. 2003.

GILES, W. H.; KITTNER, S. J.; HEBEL, J. R.; LOSONCZY, K. G.; SHERWIN, R. W. Determinants of black-white differences in the risk of cerebral infarction. The National Health and Nutrition Examination Survey Epidemiologic Follow-up Study. **Arch Intern Med**, v.155, p.1319-24, 1995.

GRIEP, R. H. **Confiabilidade e Validade de instrumentos de Medida de Rede Social e de Apoio Social Utilizados no Estudo Pró-Saúde**. Rio de Janeiro Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

GUIMARÃES, J. I.; MESQUITA, E. T.; VILAS-LOBO, F.; MONTERA, M. W.; MOREIRA, M. C. V. et al. **Arq Bras Cardiol**, v. 79, supl IV, p. 3-30, 2002.

GUIMARAES, Guilherme Veiga; D'AVILA, Veridiana Moraes; CHIZOLLA, Paulo Roberto; BACAL, Fernando; STOLF, Noedir; BOCCHI, Edmar Alcides. Reabilitação física no transplante cardíaco. **Rev Bras Med Esporte**, v. 10, n. 5, 2004.

HERZER, M.; ZELLER, M. H.; RAUSCH, J. R.; MODI, A. C. Perceived social support and its association with obesity-specific health-related quality of life. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, v.32, n.3, p. 188-95, 2001.

HOSENPUD, J. D.; BENNETT, L. E.; KECK, B. M.; FIOL, B; NOVICK, R. J. The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: fourteenth official report - 1997. **J Heart Lung Transplant.**, v. 16, p.691-712, 1997.

JATENE, A. D. **Cirurgia da insuficiência cardíaca grave**. São Paulo: Atheneu, 1999.

JATENE, Adib D; NOEDIR, A. G.; STOLF, Alfredo I; FIORELLE, Edimar Bocchi; HIGUCHI, Lourdes; Jose Otavio C. Auler Junior, Davi E. Uip, Vicente Amato Neto, Fulvio Pileggi. Transplante de coração em pacientes com miocardiopatia chagásica. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, v.2, n.1, p.1-6, 1987.

JULIAN, D.G.; COWAN, J.C. **Cardiologia**. São Paulo: Santos, 2000.

KAMIMURA, M.; BAXMANN, A.; SAMPAIO, L. L. C. Avaliação nutricional. *In*: CUPPARI L. (editor) **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: nutrição clínica no adulto**. 2. ed. São Paulo: Manole; 2005. p. 89-127.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATTOS, T. M. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária (EPU), 1995.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATTOS, T. M. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 2004.

LEMOS, C. R. H.; CANTINELLI, L. N. M. Qualidade de vida e Transplante Cardíaco. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP)**, São Paulo, v. 8, n. 32, p. 21-28. 2001.

LIMA, Francisca Elisangela Teixeira. **A Prática do autocuidado após a revascularização do miocárdio**. 95 f. 2002. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde).-- Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

LIMA, Francisca Elisangela Teixeira. **Protocolo de Consultas de Enfermagem ao paciente após revascularização do miocárdio**. 144 f. 2007. Tese (Doutorado em Promoção da Saúde).-- Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

LIMA, Francisca Elisângela Teixeira; ARAÚJO, Thelma Leite de. Correlação dos fatores condicionantes básicos para o autocuidado dos pacientes pós-revascularizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.58, n.5, p.519-23, 2005.

LIMA, Gabriele Silvestre; COLLETTI, Tatiana de Medeiros; ISABELLA, Adriana Paula Jordão; MAGALHAES, Adriana da Silva. Assistência de enfermagem a um paciente infartado portador de HIV, baseada na teoria do autocuidado – relato de caso. **Acta Paul Enferm.**, v.29, n.4, p.452-7, 2007.

LIMA, Francisca Elisangela Teixeira; FERREIRA A. K. A.; FONTENELE, K. A.; ALMEIDA, E. R. B. Perfil dos Pacientes na Lista Única de Espera para Transplante Cardíaco no Ceará. **Arquivo Bras, Cardiologia**, 2010.

LIMA, Francisca Elisangela Teixeira; ARAÚJO, Thelma Leite. Prática do autocuidado essencial após a revascularização do miocárdio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.28, n.2, p.223-32, 2007.

LIMA, Luciano Ramos de; PEREIRA, Sandra Valéria Martins; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco – contribuição de Orem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.59, n.3, p.295-90, 2006.

LIPP, M. N.; NOVAES, L. E. **O stress: conhecer e enfrentar**. 4. ed. São Paulo: Contexto, 2000.

MARSH, G. R. Sleep. *In*: MADDUX, G. X(editor). **The encyclopedia of aging**. New York: Springer Publishing Company, 2001. p. 935-937

MACHADO, R. C. **Identificação e caracterização de cuidadores de candidatos a transplante de coração: análise de amostra de pacientes do ambulatório da UNIFESP**. 2007. Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

MATOS, S. S. de. Atuação do enfermeiro ao paciente em pré e pós-operatório de transplante cardíaco: relato de experiência. **Enfoque**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 10-12, 2006.

MATOS, Selme Siqueira de. **Diagnóstico de enfermagem em pacientes no pós-operatório mediato de transplante cardíaco e validação do diagnóstico considerado mais característico** : angustia espiritual. Belo Horizonte, 2009.

MATOS, Selme Silqueira de; BARONI, Fabíola Carvalho de Almeida Lima; CARVALHO, Daclé Vilma; CHIANCA, Tânia Couto Machado; FERRAZ, Aidê Ferreira; SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa. Transplante cardíaco: perfil demográfico e epidemiológico de pacientes em um hospital de grande porte em Belo Horizonte. **REME Rev. Min. Enferm.**, v.15, n.2, p.248-253, abr./jun. 2011.

MANZINI, F. C.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem aplicada a clientes portadores portadores de hipertensão arterial: uso da teoria do autocuidado de Orem. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v.17, n.1, p.113-9, 2009.

MELO, Úrsula Karla Vianna. **Dúvidas e preocupações dos pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio**. 47 f. 2010. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

MELLO JUNIOR, Walter Teixeira de; BRANCO, João Nelson R.; CATANI, Roberto; AGUIAR, Luciano de Figueiredo, PAEZ, Rodrigo Pereira, BUFFOLO, Enio. Cardiac

Transplantation and Neoplasms: Experiences at Escola Paulista de Medicina of the Federal University of São Paulo. **Arquivo Brasileiro de cardiologia**, v. 86, n. 2, 2006.

MENEGHELO, R. S.; ARAÚJO, C. G. S.; MASTROCOLLA, L. E.; ALBUQUERQUE, P. F.; SERRA, S. M.; *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Brás. Cardiol.**, v. 95, n.5 supl. 1, p.1-26, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social, teoria, método e criatividade**. 5. ed. Petrópolis: Vozes. 2004.

MONTEIRO, Estela M. L. **Construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura; experiência participativa com enfermeiras de PSF do Recife-PE**. Fortaleza . Dissertação (mestrado).-- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

MORAIS NETO, Fernando; TENÓRIO, Deuzeny; GOMES, Claudia A.; TENÓRIO, Euclides; HAZIN, Sheila; MAGALHAES, Marcus; MORAIS, Carlos R. Transplante cardíaco: a experiência do Instituto do Coração de Pernambuco com 35 casos. **Rev Brás Cir Cardiovasc.**, v.16, n.2, p.152-9, 2001.

MOREIRA, Luiz Felipe P; GALANTIER, João; BENÍCIO, Anderson; LEIRNER, Adolfo A. ; FIORELLE, Alfredo I.; STOLF, Noedir A. G.; OLIVEIRA, Sergio A. de. Perspectiva da evolução clínica de pacientes com cardiomiopatias chagásica listados em prioridade para transplante cardíaco. **Braz J Cardiovasc Surg.**, v.20, n.3, p.261-269, 2005.

NEWMAN, Thomas B.; BROWNER, Warren S.; CUMMINGS, Steven R.; HULLEY, Stephen B. Delineando estudos: transversias e de caso controle. **Delineando a pesquisa clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

OREM, Dorothea E. **Nursing: concepts of practice**. McGraw-Hill Book Company, 1971.

OREM, Dorothea E. **Conceptos de enfermería en la práctica**. Ediciones Científicas y Técnicas, 1993.

OREM, Dorothea E.. **Nursing: concepts of practice**. 5. ed. St Louis: Mosby, 1995.

OYER, P. E.; STINSON, E. R.; JAMIESON, S. W. Cyclosporin – A. In: Cardiac allografting: a preliminary experience. **Transplant Proc.**, v.15, p.1219 – 59, 1983.

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

PLAVNIK, Frida Liane. Hipertensão arterial induzida por drogas: como detectar e tratar. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 9, n.2, p.185-191, 2002.

PINTO, A. L. T.; WINDT, M. C. V. S; CÉSPEDES, L. Organizadores. **Segurança e Medicina do Trabalho**. São Paulo: Editora Saraiva, 2008.

PILETTI, Marcelo; SCHIMDT, Diether; CAMOZZATO, Filho, PLAUTO, Luneli, Cyntia; VARGAS, José Amadeu de Almeida; TREIN JUNIOR, João Arthur. Arterial occlusions of the retina. **Acta méd.**, v.28, p.211-224, 2007.

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.

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.

ROMNEY, MG. Surgical face masks in the operating theatre: re-examining the evidence. **JHosp Infect.**, v.47, n.4, p.251-6, 2001.

REQUIÃO, Paula Regina Escorse; PIRES, Cláudia Geovana; CAMARGO, Climene Laura de. Reflexões sobre a prevenção e o controle da hipertensão arterial em adolescentes e a teoria do autocuidado. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.6, n.2, p.231-237, 2007.

ROCHA, Renata de Paula Maria; SANTOS, Iraci dos. Necessidade de autocuidado entre clientes com doença renal crônica: revisão integrativa de literatura. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, v. 1, n.2, p.423-433, 2009.

ROSA, Alexandre Antonio Marques. Oclusão de ramo da veia central da retina. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v.66, n.6, nov./dec. 2003.

SALLES, Ana Fátima; MACHADO, Cristiano Vieira; CORDOVIL, Adriana; LEITE, Wagner Aparecido; MOISÉS, Valdir Ambrósio; ALMEIDA, Dirceu Rodrigues de; CARVALHO, Antônio Carlos Camargo; OLIVEIRA FILHO, Japy Angelini. A elevação de pressão arterial sistólica durante o teste ergométrico após transplante cardíaco: correlação com o quadro clínico e a função ventricular avaliada pela ecocardiografia sob estresse com dobutamina. **Arq Brás Cardiol.**, v.87, p. 628-633, 2006.

SAMPAIO, Francisca Aline Arrais; AQUINO, Priscila de Souza; ARAÚJO, Thelma Leite de; GALVÃO, Marli Terezinha Gimenez. Assitência de Enfermagem a Paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 1, p. 94 – 100, 2008.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; OLIVEIRA, Vera Lúcia Mendes de. Consulta de enfermagem ao cliente transplantado cardíaco - impacto das ações educativas em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 6, nov./dez. 2004.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo. Atendimento Multiprofissional e Interdisciplinar à Clientela Hipertensa. **Revista Brasileira em Promoção em Saúde**, v. 17, n. 2, p. 86 - 91. 2004.



SILVA, Raimunda Magalhães; SANCHES, Mariana de Barros; RIBEIRO, Nara Livia Rocha. Realização do auto-exame das mamas por profissionais de enfermagem. **Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 902-908, 2009.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; SILVA, Raimunda Magalhães da. **Hipertensão Arterial**: modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: UNIFOR, 2002.

SILVA, Sandra Saraiva Leão Leite da. **Promoção da saúde e terapia comunitária**: um diálogo que promove a participação social. 2009. 53 f. Monografia (Especialização em Educação e Promoção da Saúde). --Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

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

SILVA, Paulo Rodrigues da. Transplante cardíaco e cardiopulmonar: 100 anos de história e 40 de existência. **Rev. Bras Cir Cardiovasc.**, v.23, n.1, p.145-152, 2008.

SILVA, Elaine Araújo da. Co-Morbididades e complicações apresentadas por pacientes em um hospital universitário de Belo Horizonte. 2011. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). -- Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA NETO, João David de ; OLIVEIRA, Yvana Coutinho; MEJIA, Juan Alberto Cosquiello; ARAÚJO, Zélia Maria de Souza; PESSOA, Vera Lúcia Mendes de Paula; SAMPAIO, Eliane Ferreira; PESSOA, Maria Marilza da Silva; CARLOS, Daniele Maria de Oliveira. e colaboradores. **Manual do Transplante Cardíaco**. Fortaleza: UNIFOR, 2007.

SPANNA, Thais Moreira et al . Comportamento de atividade física de cardiopatas isquêmicos segundo perfil sociodemográfico e clínico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, out. 2010.

TRIGO, Miguel; COELHO, Rui; ROCHA, Evangelista Casimiro. Fatores de risco clássicos e sócio-demográficos da doença das artérias coronárias: revisão de literatura. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v. 3, n. 2, p.239-262, 2001.

VARGAS, Tatiana Victorelli Pires; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; GOIS, Cristiane Franca Lisboa. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev. esc. enferm.**, São Paulo, v. 39, n.1, p.20-27, 2005.

VIEIRA, Luiza Janeyre de Sousa; BARROSO, Grasiela Teixeira. A interdisciplinaridade no ensino da educação em saúde. *In*: **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito rocha, 2003. p. 49-54.

WADE, C.; REITH, K.; SIKORA, J.; AUGUSTINE, S. Postoperative Nursing Care Cardiac Transplant Recipient. **Crit Care Nurs Q.**, v. 27, n. 1, p. 17-28, 2004.

WESSEL, T. R.; ARANT, C. B.; OLSON, M. B.; JOHNSON, B. D.; REIS, S.E.; AHARAF, B. L., *et al.* Relationship of physical fitness vs body mass index with coronary artery disease and cardiovascular events in woman. **JAMA**, v. 292, n.10, p.1179-87, 2004.

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Consulta de Enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. *In:* WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E. (organizadoras). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática.** Goiânia: AB, 2001. p. 41-56.

ZERBINI, E. J.; DECOURT, L. V. Experience on three cases of human heart transplantation. *In:* SYMPOSIUM MONDIAL DEUXIEMÉ LEVEL HEART TRANSPLANTATIO, 1969, Quebec. **Annals...** Quebec, 1969. p. 179.

WEINER, D. Age-dependent changes of the circadian system. **Chronobiology International**, v. 17, n.3, p. 261–283, 2000.

ZAGO, M. M. F. O papel do enfermeiro hospitalar no ensino do paciente. **Rev Esc Enferm USP**, v. 26, n.3, p.359-64, 1992.



## APÊNDICE A

### Roteiro de Coleta de Dados

#### 1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Prontuário: \_\_\_\_\_

Data do diagnóstico que levou ao transplante: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data do transplante: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. Sexo: 1( ) Feminino; 2( ) Masculino.

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Escolaridade: 1( ) Analfabeto; 2( ) Educação básica; 3( ) Ensino fundamental;  
4( ) Ensino médio; 5( ) Ensino superior.

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: (R\$) \_\_\_\_\_

7. Cor da pele: 1( ) branca; 2( ) não-branca (preta, parda, indígena).

8. Ocupação: 1( ) Não trabalha; 2( ) Aposentado; 3( ) Trabalha. Especificar: \_\_\_\_\_

9. Prática religiosa: 1( ) católica; 2( ) evangélica; 3( ) outra religião; 4( ) nenhuma

#### 2- DADOS CLÍNICOS

10. Diagnóstico médico que levou ao transplante cardíaco: 1( ) Miocardiopatias;  
2( ) doença coronariana; 3( ) doença valvar; 4( ) doença cardíaca congênita;  
5( ) outro \_\_\_\_\_

História de doença cardiovascular:

11. Dislipidemia: 1( ) Sim 2( ) Não;

12. Triglicerídeos elevado: 1( ) Sim 2( ) Não;

13. Diabete Melito: 1( ) Sim 2( ) Não;

14. Hipertensão arterial: 1( ) Sim; 2( ) Não;

15. História familiar: 1( ) Sim; 2( ) Não.

Presença de fatores de riscos cardiovasculares:

Dislipidemia: 16. Colesterol Total \_\_\_\_\_ mg/dl; 17. LDL \_\_\_\_\_ mg/dl; 18. HDL \_\_\_\_\_ mg/dl;

19. Triglicerídeos \_\_\_\_\_ mg/dl.;

20. Peso \_\_\_\_\_ Kg ; 21 Altura: \_\_\_\_\_ cm

22. PAS (1º momento): \_\_\_\_\_ 23. PAS (2º momento): \_\_\_\_\_

24. PAD (1º momento): \_\_\_\_\_ 25. PAD (2º momento): \_\_\_\_\_

Tipos medicamentos:

26. Ciclosporina: 1( ) Sim 2( ) Não;

27. Micofenolato: 1( ) Sim 2( ) Não;

28. Prednisona (até 6 meses de transplante cardíaco): 1( ) Sim 2( ) Não;

29. Atorvastatina: 1( ) Sim 2( ) Não;

30. Outros: \_\_\_\_\_

### 3 - DADOS SOBRE AUTOCUIDADO

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

<b>Requisitos de Autocuidado</b>	
<b>UNIVERSAL</b>	
<p><b>1) Oxigenação/respiração</b>  <b>QUALIDADE</b> ( ) isento de fumaça (tabagismo, combustão de derivados de petróleo); ( ) sem fungos (ácaro); ( ) sem poeira; ( ) sem poluentes ocupacionais.  <b>Quantidade</b> ( ) inalação do ar suficiente para atender as necessidades de oxigenação, sendo caracterizado por eupnéia, Frequência Respiratória (FR) = 12 a 20mrpm, ritmo regular e saturação O<sub>2</sub> ≥ 95%.  <b>(Pontuação Total: 0 a 5)</b></p>	1. ____
<p><b>2) Higiene corporal</b>  <b>QUALIDADE:</b> ( ) banho com uso de produtos neutros; ( ) cabelos e unhas cortados e limpos (com cuidado na remoção das cutículas); ( ) mãos lavadas com água e sabão sempre que necessário; ( ) escova os dentes; ( ) anda sempre calçado; ( ) usa vestimentas leves, limpas, secas, confortáveis e adequadas ao clima; ( ) faz depilação com lâminas descartáveis (evita ferimentos <b>Quantidade:</b> ( ) banho diário; ( ) homens lavar os cabelos diariamente e a mulher em dias alternados); ( ) cortar e limpar unhas semanalmente; ( ) lava as mãos antes das refeições, depois de usar o banheiro e sempre que necessário; ( ) escova os dentes após as principais refeições. <b>(Pontuação Total: 0 a 12)</b></p>	2. ____
<p><b>3) Higiene do ambiente domiciliar</b>  <b>QUALIDADE:</b> ( ) ambiente domiciliar arejado (máximo da circulação do ar); ( ) ambiente limpo com água sanitária e desinfetante (evita produtos com odor ativo); ( ) tem iluminação natural; ( ) evita objetos que acumulem poeira e mofo; ( ) as instalações sanitárias tem boas condições de higiene; ( ) utiliza água filtrada e/ou fervida na preparação dos alimentos; ( ) conserva os alimentos bem acondicionados, protegendo de moscas e outros insetos.  <b>Quantidade:</b> ( ) limpa o ambiente domiciliar diariamente; ( ) limpa as instalações sanitárias diariamente; ( ) erradica insetos e roedores periodicamente. <b>(Pontuação Total: 0 a 10)</b></p>	3. ____
<p><b>4) Ingestão de líquidos</b>  <b>QUALIDADE:</b> ( ) ingere água potável (filtrada, fervida ou mineral);  <b>QUANTIDADE:</b>  ( ) ingere água várias vezes ao dia; ( ) ingere sucos e chás freqüentemente; ( ) 8 a 10 copos de água ao dia (2000 a 3000 ml), exceto nos casos de restrição hídrica por indicação médica. <b>(Pontuação Total: 0 a 4)</b></p>	4. ____
<p><b>5) Ingestão de alimentos</b>  <b>QUALIDADE:</b> ( ) pouco ou sem sal no preparo do alimento; ( ) uso preferencial de gordura vegetal; ( ) consumo de vegetais e frutas; ( ) consumo de carne branca; ( ) não consome café ou reduziu consumo de café.  <b>QUANTIDADE:</b> ( ) ingestão de sal ≤ 2g/dia ou abstenção na preparação do alimento; ( ) faz cerca de 5 a 6 refeições ao dia (desjejum, lanche, almoço, lanche, jantar e ceia); ( ) consome carne vermelha no máximo 2 vezes por semana; ( ) consumo de vegetais e frutas diariamente; ( ) não consome café ou consumo de café no máximo até 2 xícaras (100 ml)/dia.  <b>(Pontuação Total: 0 a 10)</b></p>	5. ____
<p><b>6) Eliminações Intestinal</b>  <b>QUALIDADE</b>  ( ) fezes de consistência pastosa, cor amarronzada e odor típico; ( ) ausência de parasitas; ( ) sem sangue, muco e secreções purulentas  <b>Quantidade</b>  ( ) freqüência das evacuações de 1 a 2 vezes ao dia; ( ) volume das fezes superior a 60 gramas por evacuação  <b>Urinária</b>  <b>QUALIDADE</b>  ( ) diurese límpida (transparente) a amarelo claro ou âmbar; ( ) odor característico (<i>sui generis</i>); ( ) ausência de sangue e pus.  <b>Quantidade</b>  ( ) a freqüência urinária é de 4 a 6 vezes ao dia; ( ) o volume urinário está entre 1.500 a 1.600 ml ao dia (50 a 60 ml horários). <b>(Pontuação Total: 0 a 10)</b></p>	6. ____
<p><b>7) Atividade/ trabalho</b>  <b>QUALIDADE</b>  ( ) ambiente confortável, silencioso e tranquilo; ( ) limpo e ventilado; ( ) seguro (baixo risco</p>	7. ____

ocupacional); Obs.: Caso seja aposentado o paciente ganha pontuação máxima <b>Quantidade</b> ( ) um turno de 4 a 6 horas ou dois turnos de 8 horas com intervalo para refeição (1 a 2 horas) <b>(Pontuação Total: 0 a 4)</b>	
<b>8) Prática de exercício físico</b> <b>QUALIDADE</b> ( ) ingere alimentação leve e em pequena quantidade antes da atividade física; ( ) bebe líquido antes, durante e depois dos exercícios físicos; ( ) escolhe roupas leves, confortáveis que proporcionem boa ventilação; ( ) usa calçado adequado; ( ) faz aquecimento e alongamento antes da atividade física e relaxamento após a atividade física. <b>QUANTIDADE</b> ( ) faz exercício físico de 4 a 5 vezes por semana; ( ) faz exercício físico durante 40 a 60 minutos; ( ) relaxamento após a atividade física de no mínimo 20 minutos. <b>(Pontuação Total: 0 a 8)</b>	<b>8. ____</b>
<b>9) Sono e repouso</b> <b>QUALIDADE</b> ( ) sono tranquilo; ( ) ininterrupto; ( ) desperta com disposição e satisfação. <b>QUANTIDADE</b> ( ) Adulto jovem com sono noturno de 6 a 8 horas/noite ou idoso com sono noturno de 4 a 6 horas/noite; ( ) descanso/repouso diurno durante 30 minutos. <b>(Pontuação Total: 0 a 5)</b>	<b>9. ____</b>
<b>10) Interação social</b> <b>QUALIDADE</b> ( ) não tem sentimento de solidão; ( ) relações familiares, vizinhos, colegas de trabalho e amigos favoráveis e harmoniosas; ( ) participa de grupos religiosos, da terceira idade, dança, atividades comunitárias, ou outros grupos sociais; <b>QUANTIDADE</b> ( ) convívio conjugal, pais, filhos, vizinhos e amigos diariamente e/ou frequente; ( ) participa de atividades com grupos sociais periodicamente (semanalmente e/ou mensalmente). <b>(Pontuação Total: 0 a 5)</b>	<b>10. ____</b>
<b>11) Comportamento emocional</b> <b>QUALIDADE</b> ( ) tranquilo; ( ) controle emocional diante de situação de estresse; <b>QUANTIDADE</b> ( ) gerenciamento para o estresse permanente; ( ) controle emocional permanente. <b>(Pontuação Total: 0 a 4)</b>	<b>11. ____</b>
<b>12) Prevenção de doença/ Promoção da saúde</b> <b>QUALIDADE</b> ( ) faz tratamento dentário; ( ) faz tratamento oftalmológico; ( ) realiza acompanhamento de saúde com profissionais da saúde. <b>QUANTIDADE</b> ( ) visita o dentista a cada 6 meses; ( ) Visita o oftalmologista anualmente; ( ) realiza acompanhamento de saúde com profissionais da saúde (médico, enfermeiro e nutricionista e outros profissionais especialistas) mensalmente ou conforme a necessidade. <b>(Pontuação Total: 0 a 6)</b>	<b>12. ____</b>
<b>13) Tabagismo</b> ( ) nunca fumou ou parou após a descoberta da doença ou parou há pelo menos 6 meses antes do transplante	<b>13. ____</b>
<b>14) Etilismo</b> ( ) nunca bebeu ou parou após a descoberta da doença ou parou há pelo menos 6 meses antes do transplante	<b>14. ____</b>
<b>15) Drogas ilícitas</b> ( ) nunca usou drogas ilícitas ou parou após a descoberta da doença ou parou há pelo menos seis meses antes do transplante	<b>14. ____</b>
<b>16) Prática sexual</b> <b>QUALIDADE</b> ( ) vida sexual ativa; ( ) sente prazer nas relações sexuais; ( ) uso de preservativo (camisinha) em todas as relações sexuais. Obs.: Caso seja aposentado o paciente ganha pontuação máxima. <b>QUANTIDADE</b> ( ) frequência de relações sexuais satisfatória para o paciente/casal. <b>(Pontuação Total: 0 a 4)</b>	<b>16. ____</b>
<b>17) Prevenção do câncer (mama, colo do útero, próstata)</b> ( ) mulher faz exame com ginecologista e reposição hormonal (se necessário); e homem faz	<b>17. ____</b>

acompanhamento com urologista.	
<b>DESENVOLVIMENTAL</b>	
<b>18) Participa das atividades educativas para transplante cardíaco</b> ( ) participa das atividades educativas direcionadas para o paciente transplante cardíaco.	18. ____
<b>19) Adaptação às mudanças após transplante cardíaco (Provisão de cuidado para prevenir a ocorrência de complicações no paciente pós-transplante cardíaco, visando evitar alterações no desenvolvimento humano)</b> ( ) facilidade de adaptação social; ( ) sem perda de parentes, amigos associados; ( ) sem perda de posses (bens) ou status ou segurança ocupacional; ( ) Não houve mudança brusca de residência para um meio desconhecido; ( ) boa saúde ou capacidade de autocuidado. <b>(Pontuação Total: 0 a 5)</b>	19. ____
<b>DESVIO DE SAÚDE</b>	
<b>20) Uso regular da medicação</b> ( ) faz uso da medicação certa; ( ) dose certa; ( ) hora certa; ( ) faz uso regular da medicação prescrita. <b>(Pontuação Total: 0 a 4)</b>	20. ____
<b>21) Comparecimento às consultas da equipe de saúde</b> ( ) comparece sistematicamente a consulta do cardiologista apazada; ( ) comparece sistematicamente a consulta de enfermagem apazada; ( ) comparece sistematicamente a consulta com o nutricionista apazada; ( ) comparece sistematicamente a consulta com especialista, conforme suas necessidades. <b>(Pontuação Total: 0 a 4)</b>	21. ____
<b>22) Imunização básica</b> ( ) Hepatite B; ( ) Influenza (anualmente); ( ) <i>Streptococcus pneumoniae</i> (cada 5 anos); ( ) Hepatite A (cada 5 anos); ( ) Dupla Adulto; ( ) Varicela-Zoster. <b>(Pontuação Total: 0 a 6)</b>	22. ____
<b>23) Uso de máscara descartável</b> ( ) usa/usou máscara descartável em ambiente público, ao retornar ao hospital para consultas (3 meses após transplante cardíaco); ( ) usa/usou máscara em casa na presença de outras pessoas nos três primeiros meses após o transplante; ( ) usa/usou máscara na presença de pessoas com infecção, segundo orientação da equipe de transplante cardíaco; ( ) protege-se com máscara durante a dedetização ou sai do local por 24 horas. <b>(Pontuação Total: 0 a 4)</b>	23. ____
<b>24) Contato com pessoas e animais domésticos</b> ( ) evita/evitou ambientes fechados e com aglomeração de pessoas (shows, igrejas, comícios, estádios de futebol, cinemas), nos três primeiros meses após o transplante; ( ) evita/evitou exposição desnecessária e contato com pessoas diferentes do seu convívio cotidiano durante os três primeiros meses de transplante; ( ) evita contato com animais domésticos; ( ) protege-se do contato com insetos e/ou roedores. <b>(Pontuação Total: 0 a 4)</b>	24. ____
<b>25) Conhecimento</b> ( ) conhece acerca da doença; ( ) conhece acerca do tratamento; ( ) conhece acerca das complicações do transplante cardíaco ( ) conhece acerca das práticas de autocuidado para prevenção de doenças e promoção da saúde do paciente transplantado cardíaco. <b>(Pontuação Total: 0 a 4)</b>	25. ____

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado participante,

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Sua participação é importante, porém, o (a) senhor (a) 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. Este estudo pretende avaliar a prática do autocuidado de pacientes que realizaram transplante cardíaco, baseado no referencial teórico do Modelo do Autocuidado de Orem. Para tanto peço autorização para que o (a) senhor (a) participe deste estudo. A sua participação possibilitará o levantamento de informações sobre a sua saúde e favorecerá o estabelecimento de estratégias para melhorar o atendimento prestado nessa instituição. Caso o (a) senhor (a) aceite participar, iremos realizar uma entrevista, avaliando de forma individualizada como o (a) senhor (a) realiza o seu autocuidado.

As informações serão utilizadas em trabalhos de enfermagem, divulgadas em congressos ou publicadas em revista científica, sem permitir que o (a) senhor (a) seja identificado (a). Acredita-se que a realização deste estudo terá como benefícios a melhoria da qualidade da assistência nesta instituição, atendendo-o de forma individualizada, conforme as reais necessidades do paciente.

O (A) senhor (a) poderá ter acesso às informações e poderá tirar dúvidas sobre este trabalho em qualquer momento. O (A) senhor (a) terá a liberdade de desistir de participar, sem que isso lhe cause problemas no seu acompanhamento na instituição. Este estudo NÃO lhe trará risco ou constrangimento. O (A) senhor (a) NÃO receberá pagamento ou gratificação pela participação no estudo. Este termo será realizado em duas vias, permanecendo uma com o (a) senhor (a) e outra com a pesquisadora.

Estaremos à disposição para dar informações sobre o nosso trabalho. Caso o senhor (a) precise entrar em contato com a gente, nosso endereço e telefone estão abaixo:

**Endereço da responsável pela pesquisa**  
 Dra. Ires Lopes Custódio  
 Departamento de Enfermagem/FFOE – Universidade Federal do Ceará  
 Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo. Fone: 3366-8459.

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que, após ter sido esclarecido (a) e ter entendido tudo que me foi explicado, concordo em participar deste trabalho.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do participante	Assinatura do responsável pela coleta de dados	
Assinatura da testemunha	Assinatura do Pesquisador	DIGITAL



**ANEXO I**  
**APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**



Universidade Federal do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa

**Of. Nº 173/11**

Fortaleza, 20 de Agosto de 2011

**Protocolo COMEPE nº 109/11**

**Pesquisador responsável:** Ires Lopes Custodio.

**Título do Projeto:** "Avaliação do auto-cuidado de pacientes após transplante cardíaco acompanhado na consulta de enfermagem."

Levamos ao conhecimento de V.S<sup>a</sup>, que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 18 de Agosto de 2011.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

  
Dr. Fernando A. Frota Bezerra  
Coordenador do Comitê  
de Ética em Pesquisa  
COMEPE/UFC