



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Departamento de Enfermagem



Artigo Original

Capacidade para autocuidado de pessoas hospitalizadas em setor clínico

Agency for self-care of people hospitalized in clinical sector

Jennifer de Mello Derigge¹

Andressa Rueda de Oliveira²

Cristina Mara Zamarioli³

Aline Helena Appoloni Eduardo⁴

RESUMO

Objetivo: identificar a capacidade para o autocuidado de pessoas hospitalizadas em um setor clínico.

Método: estudo observacional, descritivo e transversal, realizado em uma unidade de internação clínica de adultos, os participantes incluídos atenderam aos critérios de elegibilidade propostos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas guiadas pelos instrumentos: Formulário para caracterização dos participantes e Escala Revisada para Avaliação da Agência de Autocuidado e foram analisados com base na estatística descritiva.

Resultados: Participaram do estudo 90 pacientes, houve predomínio de homens, com média de 60,08 anos de idade, escolaridade com predomínio de ensino fundamental incompleto, casados e aposentados. A média de dias de internação foi de 5,52 dias e a maioria das pessoas entrevistadas referiram fazer uso de medicações diariamente. O estudo revelou que a

¹ Graduanda em Enfermagem, Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar.

² Enfermeira. Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

³ Enfermeira. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo – ERRP/USP

⁴ Enfermeira, Professora adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar.

população hospitalizada em um setor clínico possui déficits na capacidade de autocuidado, já que os participantes apresentam média de 53,74 neste aspecto. As médias dos fatores Tendo poder, Desenvolvendo poder e Faltando poder para o autocuidado foram respectivamente 22,73; 18,36 e 12.

Conclusão: Os resultados do presente estudo mostram que a capacidade para o autocuidado de pessoas hospitalizadas em um setor clínico são reduzidas.

Descritores: Enfermagem. Autocuidado. Teorias de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to identify the capacity for self-care of people hospitalized in a clinical sector.

Method: This is an observational, descriptive and cross-sectional study, carried out in an adult clinical inpatient unit, the included participants met the proposed eligibility criteria. Data were collected through interviews, which were guided by the instruments: Participant Characterization Form and Revised Self-Care Agency Assessment Scale (ASAS-R) and were analyzed based on descriptive statistics.

Results: 90 patients participated in the study, there was a predominance of men, with an average of 60.08 years of age, education with a predominance of incomplete primary education, married and retired. The average number of days of hospitalization was 5.52 days and the majority of people interviewed reported using medications daily. The study revealed that the population hospitalized in a clinical sector has deficits in self-care capacity, as participants have an average of 53.74 in this aspect. The means of the factors Having power, Developing power and Lacking power for self-care were 22.73, respectively; 18,36 and 12.

Conclusion: The results of the present study show that the self-care capacity of people hospitalized in a clinical sector is reduced.

Descriptors: Nursing. Self-care. Nursing Theories.

INTRODUÇÃO

O autocuidado é um conceito estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que abrange a maneira como as pessoas estabelecem e mantêm sua própria saúde, bem como a prevenção e o manejo de doenças. Esse conceito abrangente engloba questões fundamentais, como higiene pessoal e geral, nutrição (incluindo variedade e qualidade dos alimentos consumidos), estilo de vida (como atividades esportivas e lazer) e fatores ambientais. O autocuidado envolve práticas e comportamentos que visam promover e preservar a saúde e o

bem-estar, sendo uma abordagem holística que considera diversos aspectos da vida cotidiana e suas influências na saúde. Através do autocuidado, as pessoas assumem um papel ativo na promoção da própria saúde e na busca de um estilo de vida equilibrado (OMS, 2022).

O autocuidado é um processo de praticar atividades de cuidado de si para preservar a própria saúde, tanto quanto possível de maneira autônoma. Esse processo envolve fazer escolhas para melhorar a saúde, interagir com outras pessoas e adquirir conhecimentos e habilidades por meio da educação para promover o bem estar físico, mental, emocional e espiritual. Praticar o autocuidado resulta em benefícios pessoais e profissionais de longo prazo, como manutenção da saúde e bem-estar, melhoria do bem-estar físico, social, espiritual e mental, conquista da capacidade de alcançar autonomia, aumento da autoestima, prevenção e tratamento de doenças e a capacidade de lidar com o estresse (CHIPU; DOWNING, 2020).

O autocuidado permite ao indivíduo entender-se, relacionar os sintomas com a doença, compreender sua gravidade e tomar decisões apropriadas para a minimização do problema e maximização da saúde (GALVÃO; JANEIRO, 2013). Além disso, a capacidade em realizar o autocuidado possibilita que cada indivíduo busque pela sua funcionalidade e desenvolvimento. Paralelamente, esse cuidado é fornecido pelo enfermeiro, uma vez que este pode intermediar a educação em saúde, conseqüentemente trazendo adesão a prevenção e tratamento, tornando a pessoa apta ao autocuidado (SILVA; REIS, 2020).

A enfermagem possui o papel central na promoção e manutenção do autocuidado de pacientes que possuem alguma condição, seja a nível hospitalar, ambulatorial, cuidados contínuos e na comunidade. O enfermeiro deve buscar formas de resolutividade às condições impostas pelas doenças, seja por meio de desenvolvimento de capacitações, promoção de conhecimentos, ou até mesmo na tomada de decisões, buscando sempre uma parceria conjunta entre o paciente e a família (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

A capacidade para o autocuidado pode necessitar de auxílio de estratégias baseadas na percepção e na ação, nas quais as pessoas se tornem aptas a aceitar e modificar seu senso de si em relação ao diagnóstico, bem como alterar suas atividades diárias, quando necessário (HARKNESS et al., 2015).

Um estudo recente com pacientes com diagnóstico médico de Insuficiência Cardíaca revelou que, apesar da motivação dos pacientes estar significativamente relacionada ao

autocuidado, o conhecimento da doença e a educação em saúde não estavam (JACOBSON et al., 2018). Com isso, reforça-se o papel da enfermagem no que tange a estimulação e educação para o autocuidado, pois este papel pode ser mais importante do que somente a oferta de informações relacionadas à doença ou à saúde (TOSCOS et al., 2020)

No período de 1958-1959, Dorothea Orem começou a questionar quais eram as condições determinantes para uma pessoa estar condicionada aos cuidados de enfermagem. Em 1985, ela desenvolveu um conjunto de três teorias inter-relacionadas que deram origem à teoria geral do déficit de autocuidado de enfermagem (TDAE), a qual subsidiou a resposta para seu questionamento. As teorias que compõem a TDAE são: (1) Teoria do autocuidado; (2) Teoria do déficit do autocuidado e (3) Teoria dos sistemas de enfermagem (FOSTER; BENNETT, 2000). A TDAE concentra os pressupostos para que a enfermagem atue no cuidado às pessoas, que é a ausência da capacidade para o autocuidado em qualidade e quantidade suficientes para a manutenção da vida e da saúde, para a recuperação da doença e lesões, bem como para o enfrentamento de seus feitos (OREM, 2001).

A teoria do autocuidado esclarece a importância do autocuidado na vida de um indivíduo, além de explicar como a falta dessa capacidade faz com que seja necessário cuidados externos. A Teoria do Déficit do autocuidado destaca como os cuidados da enfermagem podem melhorar a qualidade de vida daqueles que não possuem a totalidade da capacidade do autocuidado, demandando do cuidado terapêutico. A Teoria dos Sistemas de Enfermagem é a união de ambas as teorias anteriores, explicando a maneira que esse auxílio é prestado às pessoas que possuem déficit no autocuidado (FOSTER; BENNETT, 2000). Frente às teorias de Orem, uma pessoa que não está apta a desenvolver suas atividades do cotidiano diário que preservem sua qualidade de vida, torna-se necessário o auxílio de profissionais adequados. (COSTA; CASTRO; ACIOLI, 2013).

Diante disso, a enfermagem possui um papel avaliativo na capacidade da preservação e desenvolvimento do autocuidado do indivíduo, pois este pode possuir um déficit no autocuidado, explicados pela teoria de Orem. A capacidade do autocuidado determina até onde o indivíduo é capaz de realizar e desenvolver suas atividades. Essa capacidade é avaliada por meio de determinantes que qualificam a prestação do autocuidado, como os Requisitos Universais de autocuidado, que são aspectos comuns a todos os seres humanos durante todo o ciclo vital e estão associados com os processos da vida, como por exemplo, a manutenção de uma ingestão hídrica suficiente ou do equilíbrio entre períodos de atividades e repouso. Os Requisitos de

Desenvolvimento, que são atividades a serem desenvolvidas para a preservação do autocuidado durante processos de vida (por exemplo: gestação, perda de um familiar) e Requisitos de Desvios de Saúde, que ocorrem quando trata-se de indivíduos que demandam cuidados diante de processos de adoecimento, que resultam em lesões, e incapacitações. A avaliação dessa capacidade norteia a forma em que os profissionais da enfermagem podem intervir em possíveis problemas (QUEIRÓS; VIDINHA; FILHO, 2014; FOSTER; BENNETT, 2000; OREM, 2001).

O autocuidado e a capacidade do autocuidado devem ser considerados na assistência de enfermagem, uma vez que estes profissionais têm o papel de direcionar a percepção do paciente no processo de adoecimento. A enfermagem possui fontes de tangenciar um autocuidado na promoção de saúde voltado para as práticas de hábitos de vida saudável, pelo processo de instrução da doença e conseqüentemente pela utilização dos serviços de saúde (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

Em 2020, foi realizado um estudo em um hospital geral de um município do interior do Estado de Minas Gerais que propunha avaliar a adesão ao autocuidado em diabetes após intervenção educativa realizada com pacientes hospitalizados e revelou a efetividade e favorecedora adesão ao autocuidado. Segundo esse estudo, a hospitalização pode ser considerada um momento oportuno de autorreflexão do paciente em relação à doença e aos cuidados necessários para o seu controle, uma vez que está sensibilizado, o que se acredita prevalecer também para outras doenças crônicas (FRANÇA et al, 2020).

A enfermagem, como um dos pilares da equipe multidisciplinar, desempenha um papel importante na prevenção e gestão de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias e câncer. Os enfermeiros estão na linha de frente e são o ponto de comunicação mais confiável com os pacientes e, na maioria dos casos, estão em melhor situação para coletar dados sobre a família do paciente e os fatores socioculturais e econômicos, necessários para a construção de planos de intervenção (ZANDIYEH; HEDAYATI; ZARE, 2015).

Um ensaio clínico realizado com pacientes diabéticos na clínica Hazrat Ali em Isfahan, demonstrou a importância e o efeito da intervenção educativa dos enfermeiros de saúde pública no autocuidado dos pacientes com diabetes tipo 2. Diante do quadro diabético, a educação sobre o autocuidado foi acerca da participação ativa no controle de glicemia, dieta, atividades físicas e bem estar. O escore médio de autocuidado mostrou um aumento significativo após a intervenção

no grupo de estudo, em comparação com o grupo controle. E em conclusão, o autor sugere que a educação deve ser constante do autocuidado para os pacientes diabéticos nos centros de saúde, com maior ênfase na mudança de habilidades e comportamentos de autocuidado (ZANDIYEH; HEDAYATI; ZARE, 2015).

Os enfermeiros em uma unidade de internação assistem diferentes níveis de complexidade, sendo importante a delimitação de suas funções para cada paciente (ALENCAR; BARBOSA; LACERDA, 2017). A OMS, em 2022, define que o autocuidado pode estar atrelado ao apoio de um profissional de saúde, porém, traz o indivíduo como agente ativo na gestão dos seus próprios cuidados em áreas de promoção, prevenção e controle de doenças, auto medicação e reabilitação, incluindo cuidados paliativos. Portanto, há a necessidade urgente de encontrar estratégias para a prática do autocuidado, juntamente com profissionais da área da saúde, que instruem os pacientes para a prática de cuidar de si (OMS, 2022).

Essa avaliação do grau de dependência e autocuidado é analisada pelo profissional e pela equipe de saúde diante das barreiras que o paciente enfrenta que diminuem a própria capacidade de promover atividades do cotidiano e para si. Alguns aspectos que podem ser avaliados incluem: a condição de saúde; as atitudes, a confiança e a motivação diante da sua condição; a importância dada ao processo de mudança; e a presença e a força das redes de suporte social (BRASIL, 2014).

Um dos papéis do enfermeiro, além dessa identificação de dependência, é buscar sempre incorporar em suas práticas um cuidado-educativo, incentivando à autonomia e a promoção da saúde desses indivíduos, tal qual a família e a comunidade (TOSSIN et. al, 2015). Esse profissional atua de modo mais constante e próximo dos pacientes, por isso, possuem a capacidade de associar a trajetória do cliente com as soluções diante de cada caso. Com isso, permite o profissional ter uma melhor compreensão das necessidades educacionais, psicossociais e econômicas de cada indivíduo, traçando assim, uma melhor resolutividade para limitações impostas pelas doenças (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2010).

A enfermagem tem nos seus elementos de cuidado, estratégias voltadas a proporcionar aos indivíduos o autocuidado frente às mudanças impostas pelo processo de adoecimento/internação (DORAN, 2011).

Um estudo caracterizou o grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem dos pacientes internados nas unidades de internação médicas e cirúrgicas do Hospital das

Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e da Universidade de São Paulo. Este constatou que pacientes menores de 18 e maiores de 60 anos que estão acompanhados de familiares, influenciam no tempo de cuidado despendido pela enfermagem. Isso ocasiona em um maior nível de exigência dos pacientes em relação aos cuidados exercidos pela equipe de saúde, uma vez que estes precisam entender as mudanças a curto e a longo prazo e também acaba exigindo da Enfermagem um trabalho intenso de natureza educativa conjunta aos familiares, visando prepará-los a assumir o papel de cuidadores no período intra- como pós-hospitalar (LAUS; ANSELMINI, 2004).

Considerando que o processo de internação está diretamente relacionado às vivências de processos de doença, bem como restabelecimento da saúde de alguma forma comprometida. Considerando ainda, que neste contexto, encontram-se pessoas com demandas terapêuticas de autocuidado distintas em consequência de capacidades para o autocuidado também distintas. Este estudo corrobora a ideia de que este aspecto do cuidado na atenção hospitalar é um dos pilares da atuação da enfermagem.

Diante disso, a identificação da capacidade de autocuidado e de fatores que a interferem neste contexto de hospitalização, em uma unidade de internação clínica, se faz extremamente necessária, pois considera-se que tais resultados podem contribuir para a realização de uma prática de enfermagem que contemplem estes aspectos.

O objetivo deste estudo foi analisar a capacidade para o autocuidado de pessoas hospitalizadas em um setor clínico.

MÉTODO

Trata-se de estudo observacional descritivo transversal, com o objetivo de identificar a capacidade para autocuidado de pessoas hospitalizadas, sem interferir na variável estudada (capacidade para autocuidado). O delineamento é transversal, pois analisa os participantes em um único momento de seu estado clínico (único momento durante a hospitalização). Com base nestas características, na natureza dos instrumentos empregados para obtenção dos dados e no tipo de análise que os resultados são submetidos, o estudo é quantitativo (POLIT; BECK, 2011).

O estudo foi realizado junto ao Hospital Universitário vinculado a uma instituição pública de ensino superior em um município no interior do estado de São Paulo. No hospital a pesquisa foi realizada em uma unidade de internação de clínica médica, composta por 32 leitos. Este local

foi selecionado, por estar vinculado à instituição que as autoras atuam e pela unidade de internação de clínica médica possuir uma característica de atendimento à pessoas em condição crônica de saúde, com diferentes níveis de dependência de cuidados e características clínicas diversas.

Os participantes do estudo constituem-se de pacientes hospitalizados na unidade de clínica médica. A amostra está sendo delimitada entre os participantes que atenderem os critérios de elegibilidade propostos e apresentados a seguir. Os critérios de inclusão dos pacientes são: (1) ter idade igual ou superior a 18 anos e (2) estar internado há no mínimo 24 horas. Como critério de exclusão se considera: (1) não conseguir expressar-se verbalmente para responder os instrumentos de coleta de dados e (2) estar apresentando algum desconforto, dor, dispneia, fadiga ou outro sintoma que não propicie comunicação adequada.

A amostragem dos participantes do estudo é de conveniência e consecutiva, pois consiste dos pacientes que aceitam o convite para participar do estudo em um período de tempo suficiente para atender o número de participantes estabelecido (HULLEY et al., 2008). O recrutamento e coleta de dados ocorreu no período entre janeiro e novembro de 2023.

O número total de participantes que compuseram a amostra deste estudo foi definido pelos critérios adotados por VanVoorhis e Morgan (2007) que estabelecem a amostra por meio do cálculo: $n=50+8m$, onde **n** significa o total da amostra e **m** o número de variáveis independentes, para estudos observacionais. Com base no número de variáveis independentes investigadas ($n=05$), estimou-se uma amostra de 95 participantes neste estudo.

A coleta de dados ocorreu da seguinte maneira: a pesquisadora responsável pela coleta de dados se dirigia até a Unidade de Clínica Médica e verificava a listagem de pacientes internados, com intuito de verificar os critérios de inclusão. Depois se dirigia até o leito para convidá-los a participar do estudo e verificar se atendiam aos critérios de exclusão. Os participantes que aceitaram o convite, eram esclarecidos sobre a proposta deste estudo, seus objetivos, bem como o fornecimento de informações de natureza ética envolvidas na realização de pesquisas científicas. Após aceitarem participar do estudo, foi solicitado que assinassem o TCLE para que a entrevista fosse iniciada. A entrevista foi guiada conforme os instrumentos apresentados a seguir:

a) Formulário para caracterização dos participantes: composto por informações sobre variáveis sociodemográficas (por exemplo: idade, cor, gênero, estado civil, escolaridade, situação de trabalho, rede de apoio, religião) e variáveis clínicas (por exemplo: diagnóstico,

comorbidades, tempo de internação, número de internações no último ano, número de medicações em uso diário). Este instrumento está presente no Apêndice A deste documento.

b) Escala Revisada para Avaliação da Agência de Autocuidado (Appraisal of Self-Care Agency Scale – Revised - ASAS-R): A ASAS-R é uma versão ajustada e revisada por Sousa (2010) da escala ASAS proposta por Evers et al. (1986) com o objetivo de avaliar a capacidade de autocuidado em relação à sua operacionalidade. Este instrumento foi escolhido para o estudo, pois se enquadra ao objetivo de pesquisa, foi devidamente traduzido e validado para a língua portuguesa-Brasil (STACCIARINI; PACE, 2014), além de ter sido construído tendo como base a Teoria do Déficit de Autocuidado proposta por Dorothea Orem que constitui o referencial teórico deste estudo. No Brasil, esta escala foi exclusivamente empregada para avaliar a capacidade de autocuidado entre pessoas com doenças crônicas, em amostra de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico (BETTONI; OTTAVIANI; ORLANDI, 2017) e com diabetes mellitus (STACCIARINI; PACE, 2014). Internacionalmente, a ASAS-R vem sendo utilizada para avaliação do autocuidado de pacientes em tratamento quimioterápico (O'REGAN et al., 2019; O'REGAN; HEGARTY, 2017; TORRES-REYES et al., 2019). Diante o exposto, se reforça a adequação desta escala ao presente estudo, considerando sua indicação para avaliação do autocuidado de pessoas com condição crônica. Trata-se de uma escala composta por 15 itens, que são respondidos por meio de uma escala Likert de cinco opções de respostas, descritas por: discordo totalmente, discordo, não sei, concordo e concordo totalmente, que pontuam de 1 a cinco. A intenção da ASAS-R é medir a capacidade de autocuidado baseada nos traços capacitantes e operacionais descritos na introdução deste projeto. A pontuação final se dá pela somatória das respostas em cada item que origina um escore com um intervalo 15 e 75. Em termos de análise, quanto maior o escore, melhor é a capacidade de autocuidado.

Para atender as resoluções 466/2012 e 510/2016, as quais apresentam regulamentação para pesquisas desenvolvidas com seres humanos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016), o projeto foi encaminhado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 63249122.7.0000.5504 e Número do parecer: 5.690.625).

Este estudo tem como variável dependente aquela oriunda da Escala Revisada para Avaliação da Agência de Autocuidado (ASAS-R): 1. Capacidade para o autocuidado comprometida: considerada a partir de resultados inferiores a 45 pontos, obtidos a partir da somatória dos 15 itens da ASAS-R, que representa 60% da pontuação máxima da escala, que é

de 75 pontos. Esta variável é referência para as análises de comprometimento da capacidade de autocuidado dos participantes.

As variáveis independentes analisadas neste estudo foram obtidas através das respostas coletadas no formulário de caracterização dos participantes e são compostas por fatores individuais e clínicos, descritos a seguir:

1. Gênero: refere-se ao conceito que uma pessoa tem de si mesma de ser masculino ou feminino, ou ambivalente. Trata-se de uma variável categórica com três níveis de resposta: feminino, masculino ou outros.
2. Idade: considerou-se o tempo decorrido entre a data de nascimento e a data da entrevista. Trata-se de uma variável numérica.
3. Estado civil: refere-se a situação do participante em relação ao matrimônio, trata-se neste estudo como uma variável categórica, com três níveis de resposta: solteiro(a), casado(a), divorciado(a)/separado(a) ou viúvo(a).
4. Escolaridade: refere-se ao nível de educação dos participantes, é uma variável categórica com os níveis de resposta: Ensino fundamental completo/Ensino fundamental incompleto, Ensino médio completo/Ensino médio incompleto, Ensino superior completo/Ensino superior incompleto ou Sem estudo.
5. Diagnóstico: refere-se ao motivo de internação dos participantes do estudo, trata-se de uma variável categórica, as respostas serão organizadas por sistemas, doenças do sistema nervoso, doenças do sistema cardiovascular, doenças do sistema respiratório, doenças do sistema gastrointestinal, doenças do sistema renal ou urológico e doenças do sistema endócrino.

Os dados coletados foram organizados em planilha eletrônica do Excel[®] e analisados pelo programa SPSS[®].

As variáveis estudadas foram classificadas e analisadas de acordo com a natureza dos dados, portanto, as variáveis quantitativas (contínuas e discretas) foram descritas por medida de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão), enquanto que as variáveis qualitativas (categóricas) foram descritas pelos seus valores absolutos e porcentagens.

RESULTADOS

Participaram do estudo 90 pacientes (n=90) hospitalizados no setor clínico. Foram excluídos da coleta pelo menos 25 pacientes por não se encaixarem nos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Não participaram do estudo pessoas que estavam em outras atividades, como: visitação, banho, medicação, descanso, refeições, consultas de fisioterapia/medicina/enfermagem/terapia ocupacional/fonoaudiologia, exames.

Houve predomin o da participação de homens, que neste caso, representaram 55,6% da amostra, enquanto que apenas 44,4% dos participantes era do sexo feminino. A faixa etária destes indivíduos variou de 20 a 93 anos, sendo que a média de idade foi de pessoas com 60,08 anos.

A totalidade dos resultados sobre as variáveis sociodemográficas está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos participantes do estudo (n= 90), segundo as variáveis sócio demográficas categóricas. São Carlos-SP, Brasil, 2024.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	50 (55,6%)
Feminino	40 (44,4%)
Cor	
Branca	45 (50%)
Parda	30 (33,3%)
Preto	14 (15,6%)
Amarelo	1 (1,10%)
Estado Civil	
Casado (a)	36 (40%)
Solteiro (a)	20 (22,2%)
Viúvo (a)	19 (21,1%)
Divorciado (a)	13 (14,4%)
Outros	2 (2,20%)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	33 (36,7%)
Ensino médio completo	24 (26,7%)
Ensino fundamental completo	17 (18,9%)
Ensino médio incompleto	5 (5,60%)
Ensino superior completo	5 (5,60%)
Sem estudo	5 (5,60%)
Pós-graduação completa	1 (1,10%)
Ocupação	
Aposentado	46 (51,1%)
Desempenha atividades remuneradas	25 (27,8%)
Desempregado	10 (11,1%)

Recebendo auxílio do governo	9 (10%)
Religião	
Sim	73 (81,1%)
Não	17 (18,9%)
Representação de apoio durante a internação	
Família	52 (57,8%)
Filhos	20 (22,2%)
Conjuge	8 (8,90%)
Profissionais de saúde	7 (7,80%)
Amigos	3 (3,30%)

Fonte: Dados de pesquisa, 2024.

No que tange às variáveis clínicas, foi investigado que a maioria dos casos de internação no setor clínico (28,9%) foram por doenças que afetam o sistema respiratório, seguido pelas doenças que afetam o sistema cardiovascular (26,7%). A média de dias de internação foi de 5,52, variando de 1 dia a 30 dias, 57,77% dos participantes passaram por internações no último ano (variando de 1 a 5 vezes). A maioria (87,8%) das pessoas entrevistadas referiram fazer uso de medicações diariamente, a quantidade de medicações diárias variou de nenhuma a 16 medicações, com média de 3,89.

As respostas sobre a capacidade do autocuidado avaliada pela ASAS-R mostrou que a média desta capacidade entre os pacientes entrevistados foi de 53,74, com desvio padrão de 8,44. Quinze pacientes (16,66%) apresentaram escores inferiores à 45 pontos, que foi o corte considerado neste estudo para indicar comprometimento da capacidade do autocuidado, representando os piores níveis de autocuidado, 52 (57,77%) apresentaram escores entre 46 e 60 pontos e 23 (25,55%) apresentaram escores superiores a 60, representando os melhores níveis de capacidade para autocuidado.

O Fator 1, agrupa os itens 1,2,3,5,6,10 (descritos na tabela II) que investigam o poder das pessoas para realizarem o autocuidado, a média foi 22,73, com desvio padrão de 5,68 pontos. Já o Fator 2, conta com os itens 7,8,9,12,13 (descritos na tabela II) que investigam a capacidade de desenvolvimento do autocuidado, onde a média foi de 18,36, com desvio padrão de 4,49 pontos. O Fator 3, agrupa os itens 4,11,14,15 (descritos na tabela II) que investigam a falta do autocuidado (no momento da entrevista) onde a média foi de 12,71, com desvio padrão de 3,57 pontos. A tabela II apresenta a distribuição da frequência de resposta em cada item da escala ASAS-R.

Tabela II. Distribuição da frequência de resposta aos itens da escala ASAS-R, em amostra de pacientes hospitalizados no setor clínico (n=90). São Carlos - SP, 2024

Itens	Discordo totalmente	Discordo	Não Sei	Concordo	Concordo totalmente
1. À medida que a minha vida muda, eu faço as alterações necessárias para me manter saudável	7,8%	12,2%	6,7%	27,8	45,6%
2. Se a minha capacidade para movimentar está diminuída, procuro uma maneira para resolver essa dificuldade	2,2%	6,7%	8,9%	34,4%	47,8%
3. Quando necessário, eu estabeleço novas prioridades nas minhas decisões para me manter saudável	5,6%	15,6%	10%	28,9%	40%
4. Eu frequentemente sinto falta de disposição (ânimo) para me cuidar como eu sei que deveria	14,4%	14,4%	3,3%	37,8%	30%
5. Eu procuro as melhores maneiras para me cuidar	11,1%	16,7%	6,7%	36,7%	28,9%
6. Quando necessário, eu consigo tempo para me cuidar	6,7%	10%	2,2%	44,4%	36,7%
7. Se eu tomo um novo medicamento, eu obtenho informações sobre os seus efeitos colaterais, para melhor cuidar de mim	22,2%	17,8%	3,3%	26,7%	30%
8. No passado, eu mudei alguns dos meus velhos hábitos (costumes) para melhorar a minha saúde	12,2%	24,4%	5,6%	20%	37,8%
9. Eu rotineiramente tomo decisões para garantir a minha segurança e de minha família	5,6%	15,6%	8,9%	31,1%	38,9%
10. Eu regularmente avalio se as	14,4%	22,2%	13,3%	23,3%	26,7%

coisas que eu faço estão dando certo para me manter saudável

11. No meu dia a dia, eu raramente dedico tempo para cuidar da minha saúde	17,8%	35,6%	2,2%	32,2%	12,2%
12. Eu sou capaz de obter as informações de que preciso quando a minha saúde está ameaçada	5,6%	20%	3,3%	38,9%	32,2%
13. Eu peço ajuda quando não sou capaz de cuidar de mim	7,8%	8,9%	1,1%	30%	52,2%
14. Eu raramente tenho tempo para mim	17,8%	35,6%	10%	27,8%	8,9%
15. Eu nem sempre sou capaz de cuidar de mim da maneira que eu gostaria	10%	20%	4,4%	34,4%	31,1%

Fonte: Dados de pesquisa, 2024.

Diante da tabela II, identifica-se pelos itens 6 (“Quando necessário, eu consigo tempo para me cuidar”) com concordo totalmente/concordo e 11 (No meu dia a dia, eu raramente dedico tempo para cuidar da minha saúde) com discordo/discordo totalmente, que os pacientes embora possuam tempo necessário para prática do autocuidado, estabelecem que lhes falta ânimo para tal identificado no item 4 (“Eu frequentemente sinto falta de disposição (ânimo) para me cuidar como eu sei que deveria”) com concordo/concordo totalmente. Pelos itens 1,2,3 os quais possuem mais de 68% dos pacientes concordando totalmente/concordando, identifica-se uma maior facilidade de autocuidado quando se é imposto uma nova condição.

A maior taxa de discordo totalmente/discordo encontram-se nos itens 11 (“No meu dia a dia, eu raramente dedico tempo para cuidar da minha saúde”) e 14 (“Eu raramente tenho tempo para mim”) o qual contam com 53,4% dos pacientes, mostrando que os pacientes possuem tempo e dedicam tal para o autocuidado.

Os resultados do ASAS-R também mostram que a maioria dos pacientes (65,5% soma de concordo e concordo totalmente) nem sempre são capazes de se cuidar da maneira de que gostaria (item 15), se contradizendo com o item 5 (“Eu procuro as melhores maneiras para me

cuidar”). A maioria dos pacientes (52,2%) disseram que pedem ajuda quando necessário (item 13) e 38,9% dos pacientes tomam decisões para garantir sua segurança e de sua família, podendo indicar que a estrutura familiar pode influenciar no autocuidado.

Pela análise, nota-se que o Fator 3 (itens 4, 11, 14 e 15), que observa a carência ou ausência do autocuidado, responde como maior incidência o “concordo totalmente/concordo” nos itens 4 e 15, onde também há porcentagens consideráveis dos itens 11 e 14, mostrando que os pacientes que estão hospitalizados já possuem a capacidade para o autocuidado prejudicado. Em contrapartida, pelo Fator 2 (itens 7, 8, 9, 12, 13), que observa a capacidade de desenvolvimento do autocuidado, mostra que os pacientes do setor clínico estão aptos ao aumento da capacidade do autocuidado, já que as porcentagem indicam que nesses itens a maior incidência é “concordo totalmente/concordo”.

Já Fator 1 (1, 2, 3, 5, 6, 10) também possui a maior incidência em “concordo totalmente/concordo”, demonstrando ao mesmo tempo que os pacientes já possuem a capacidade do autocuidado. Portanto, cabe a avaliação e a prática educativa da enfermagem para o desenvolvimento do autocuidado, já que a hospitalização pode ser considerada um momento oportuno de autorreflexão do paciente em relação à doença e aos cuidados necessários para o seu controle (FRANÇA et al, 2020).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram que a capacidade para o autocuidado de pessoas hospitalizadas em um setor clínico pode já estar reduzida pré internação, evidenciado pelas recorrentes reinternações, perfil sociodemográfico e variáveis clínicas.

Em relação ao perfil sociodemográfico deste estudo, a relação entre maior incidência de hospitalização de homens está de acordo com a literatura. A falta de envolvimento dos homens no que diz respeito aos cuidados com a saúde, especialmente em termos de medidas preventivas, adesão ao tratamento e participação em situações de risco, tem um impacto negativo nos índices de mortalidade masculina (COSTA; MAIA, 2009). De acordo com Gawryszewski e colaboradores, os homens têm um risco maior do que as mulheres de se envolverem em eventos fatais, sejam eles intencionais ou acidentais. Comportamentos considerados violentos e prejudiciais, como homicídio e suicídio, também ocorrem com mais frequência entre os homens, resultando em um aumento na incidência de mortes ou hospitalizações entre eles.

Por outro lado, a idade dos participantes variou entre 20 e 93 anos, onde a média foi de 60,08 anos e houveram 50 pessoas acima de 60 anos, estando em desacordo com o Data SUS de 2022, que mostrou que a população hospitalizada no Sistema Único de Saúde do Brasil apenas 29,08% possuíam idade acima de 60 anos. Assim como, este mesmo site determinou que em 2022, apenas 32% das internações no Brasil eram de pessoas brancas (MS, 2024).

O estudo também revelou que grande parte das pessoas hospitalizadas são casadas (40%) e que a maioria são pessoas aposentadas (51,1%) podendo ser justificada pela idade e estando de acordo com um estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu que avaliou o perfil sociodemográfico de 99 pessoas buscando identificar a funcionalidade por avaliação das atividades básicas de vida diária (CARVALHO et al., 2016).

No último censo da população brasileira, a taxa de analfabetismo de pessoas idosas alcançou o valor de 26,2% (IBGE, 2016). Os resultados encontrados corroboram com este estudo, revelando que categoricamente 36,7% dos entrevistados possuíam ensino fundamental incompleto. Essa taxa, quando comparada com outros estudos brasileiros, foi coincidente. Essa baixa escolaridade, entre outros fatores, pode estar relacionada com as desigualdades sociais do início do século XX. Naquela época, essas pessoas idosas deveriam estar frequentando escolas, mas era difícil para elas devido à necessidade de trabalhar para ajudar na renda familiar (CAMPOS et al, 2016).

No que tange às variáveis clínicas, o estudo mostrou que a maioria (28,9%) dos problemas de saúde dessa população atinge o sistema respiratório. Segundo Glezen e colaboradores, nos últimos tempos, houve um aumento global na ocorrência de infecções agudas do trato respiratório e de suas complicações, assim como na taxa anual de casos de pneumonia em pessoas com mais de 65 anos em vários países. Além disso, as doenças respiratórias agudas são a principal razão para a hospitalização de pacientes com condições médicas crônicas. Tais doenças podem ser explicadas pelo término da pandemia de covid-19, doença ainda existente e persistente nos serviços de saúde, assim como o estudado. Doenças do trato respiratório podem também ser explicadas pelas sequelas da doença que acometeu grande parte da população.

Seguido das doenças respiratórias, as doenças cardiovasculares possuem grande relevância com 26,7% dos pacientes entrevistados acometidos por essas doenças. Observa-se que idosos que levaram uma vida mais saudável apresentaram menor frequência e gravidade dessas doenças. Isso significa que aqueles que tiveram menos exposição a fatores de risco, como

sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool, dieta excessiva, obesidade e doenças pré-existentes como hipertensão arterial, hipercolesterolemia e diabetes, têm experimentado benefícios em relação à saúde cardiovascular (SANTOS, CHAVES, SARGES; 2014). Isso é evidenciado pelo ASAS-R 8 “No passado, eu mudei alguns dos meus velhos hábitos (costumes) para melhorar minha saúde” já que durante a coleta de dados, 57,8% dos participantes que concordaram referiram terem parado de fumar e/ou beber e pelas variáveis clínicas, onde 76,7% das pessoas entrevistadas possuíam comorbidades além da doença aguda e 57,77% das pessoas entrevistadas referiram internações anteriores.

Ao analisar as capacidades de autocuidado, o estudo revelou que a população hospitalizada em um setor clínico possui déficits de autocuidado, já que os participantes apresentam uma média reduzida de 53,74 de autocuidado, e apenas 25,55% dos entrevistados apresentavam o melhor nível de autocuidado, identificado pelo ASAS-R. Esse resultado vai contra um estudo realizado no Hospital das clínicas Samuel Libânio, Pouso Alegre, Minas Gerais, que avaliou a capacidade de autocuidado de pessoas idosas hospitalizadas. Diferente do que foi encontrado neste estudo, os entrevistados idosos (>70 anos) tiveram seu autocuidado avaliado em “muito boa”, referindo à competência da pessoa idosa no desempenho das suas atividades diárias (DA SILVA, REIS; 2020).

CONCLUSÃO

A capacidade do autocuidado entre as pessoas hospitalizadas foi reduzida, evidenciando o papel da equipe hospitalar neste aspecto, em especial da equipe de enfermagem, que possui entre suas atribuições ações voltadas para realizar atividades de autocuidado das pessoas hospitalizadas e também ações específicas para promover a recuperação da capacidade do autocuidado, por meio de educação em saúde, reabilitação funcional e capacitação dos cuidadores e familiares.

O estudo demonstra que pessoas durante sua vida buscam mudar seus maus hábitos para busca de um estilo de vida melhor e que as pessoas tendem a buscar apoio principalmente em familiares. Além disso, as doenças mais acometidas nessa população foram doenças respiratórias e doenças cardiovasculares e muitos deles faziam uso de medicamentos, os tornando dependentes de si mesmo ou de terceiros para adesão ao tratamento.

Espera-se que este estudo contribua positivamente para a construção de estratégias para a preservação, manutenção e implementação da busca de autocuidado em pessoas

hospitalizadas. Uma vez que se faz necessário, é dever da equipe tentar tornar o tratamento das doenças acometidas mais fácil e independente de terceiros.

DIFICULDADES NO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

A limitação desse estudo deve-se a dificuldade de abordagem das pessoas hospitalizadas, as quais estão debilitadas de alguma forma e necessitam da assistência da equipe e de seus familiares.

Encontramos dificuldade com o recrutamento dos participantes na unidade de internação estabelecida para a coleta de dados, pois há um número alto de pacientes internados que não atendem aos critérios de inclusão estabelecidos, é uma clínica com alto número de pacientes internados em final de vida, demência e confusos.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, S. G.; BARBOSA, S. R. M.; LACERDA, I. B. N. Demanda do enfermeiro na clínica médica de um hospital público do Distrito Federal. Com. Ciências Saúde, pág 419-428, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v38_3_demanda_enfermeiro_clinica.pdf>. Acesso em 13 jul 2022.
- Bettoni LC, Ottaviani AC, Orlandi FS. Associação entre o autocuidado e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 29º de maio de 2017 [citado 12º de julho de 2022];19:a14. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/27442>
- BRASIL. Estratégias para o autocuidado da pessoa com doença crônica. Caderno de Atenção Básica, 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em 22 jun 2022.
- Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LTH. Perfil do envelhecimento saudável de idoso brasileiro octogenário. Rev Latinoam Enferm 2016;24:e2724.
- CARVALHO, T. C. et al. Impact of hospitalization on the functional capacity of the elderly: A cohort study. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 21, n. 2, p. 134–142, abr. 2018.
- CEBECI, F; CELIK, S. Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce post discharge problems in CABG patients. J Clin Nurs. 2008;17(3):412-20.
- CHIPU, M.; DOWNING, C. Professional nurses' facilitation of self-care in intensive care units: A concept analysis. International Journal of Nursing Sciences, v. 7, n. 4, 18 ago. 2020.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7434369/>>. Acesso em 13 out 2022.

COSTA, S. R. D. DA; CASTRO, E. A. B. DE; ACIOLI, S. Self-Care ability of hospitalized adults and elderly people: impact on nursing care. Reme: Revista Mineira de Enfermagem, v. 17, n. 1, 2013. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/v17n1a16.pdf>> Acesso em: 11 jul 2022.

COSTA JÚNIOR, F.M.; MAIA, A.C.B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. Psicologia: teoria e pesquisa. Brasília, v.25, n.1: p.55-63, jan./mar. 2009.

Disponível em Acesso em: 13 mar. 2010

DATASUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2008-. Morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde - Brasil 2016. [acesso em 02 fev. 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>.

DA SILVA, J. V.; REIS, R. D. Capacidade de autocuidado de pessoas idosas hospitalizadas. Enfermagem Brasil, v. 19, n. 5, p. 381, 4 dez. 2020. Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3968/html>>. Acesso em: 21 jun 2022.

DIAS, D. C. Instrumento para avaliação da capacidade de autocuidado de pacientes adultos: CADEM. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 49, n. 3, p. 315–332, set. 1996. Disponível em: <[https://www.scielo.br/j/reben/a/76P6jrm94kTsR8QtLjpVY6C/?format=pdf&lang=pt#:~:text=capacidade%20de%20autocuidado\(AC\)%20%C3%A9,para%20engajar%2Dse%20no%20AC](https://www.scielo.br/j/reben/a/76P6jrm94kTsR8QtLjpVY6C/?format=pdf&lang=pt#:~:text=capacidade%20de%20autocuidado(AC)%20%C3%A9,para%20engajar%2Dse%20no%20AC)> Acesso em 11 jul 2022.

DORAN, D. Nursing Outcomes: the state of the science. 2ª ed.. USA: Jones & Bartlett Publishers; 2011.

Evers. G. C. M., Isenberg, M., Philipsen, H., Brouns, G., Holfens. R. and Smeets, H. (1986). The appraisal of self-care agency A.S.A.-scale. Research program to test reliability and validity. In Proceedings of the International Nursing Research Conference (Stinson, S. M., Ed.). University of Alberta, Edmonton.

Foster PC, Bennett, AM. Dorothea E. Orem. In George JB et al. Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: ARTMED. Cap 7. 2000

FOSTER, P.C.; JANSSENS, N.P. D.E.O. In: GEORGE, J.B. et al. Teorias de Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap. 7, p. 90-107.

FRANÇA, A. A. et al. [ID 47260] AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO AUTOCUIDADO EM DIABETES APÓS INTERVENÇÃO EDUCATIVA REALIZADA COM PACIENTES HOSPITALIZADOS. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 24, n. Supl.2, 20 nov. 2020.

GALVÃO, M. T. DOS R. L. S.; JANEIRO, J. M. DA S. V. Self- Care in nursing: self management, self-monitoring, and the management of symptoms as related concepts. Reme:

Revista Mineira de Enfermagem, v. 17, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/593>> . Acesso em: 21 jun 2022.

Gawryszewski, V. P., Koizumi, M. S., & Mello-Jorge, M. H. P. (2004). Causas externas no Brasil no ano de 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 995-1003.

Glezen WP, Greenberg SB, Atmar RL, Piedra PA, Couch RB. Impact of respiratory virus infections on persons with chronic underlying conditions. *JAMA* 2000;283(4):499-505.

HARKNESS, K. et al. A Systematic Review of Patient Heart Failure Self-care Strategies. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, v. 30, n. 2, p. 121–135, 2015.

HULLEY, S.B. et al. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 384p.

JACOBSON, A. F. et al. Patient activation, knowledge, and health literacy association with self-management behaviors in persons with heart failure. *Heart & Lung*, v. 47, n. 5, p. 447–451, set. 2018.

LAUS, A. M.; ANSEMI, M. L. Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do HCFMRP-USP, segundo o grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, p. 643–649, 1 ago. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/yyq7kVgy63RWKJGNRRwqMpk/?lang=pt>>. Acesso em 22 jun 2022.

MAHMOODI, A. The effect of self-care programe on foot healing in diabetic patients. *journal of shahrekord university of medical sciences*, v. 7, n. 3, 2005.

OMISAKIN, F D; NCAMA, B P. Self, self-care and self-management concepts: implications for self-management education. *Educ Res*. 2002;2(12):1733-7.

OMS. Diretriz da OMS sobre intervenções de autocuidado para saúde e bem-estar. Publicado em 21 julho de 2022. Disponível em: <<https://app.magicapp.org/#/guideline/5512>>. Acesso em 26 jun 2023.

O'REGAN, P.; HEGARTY J. The importance of self-care for fatigue amongst patients undergoing chemotherapy for primary cancer. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2017.

O'REGAN, P. et al. Cancer-related fatigue and self-care agency: A multicentre survey of patients receiving chemotherapy. *J Clin Nurs*. v. 28, p. 4424–33, 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SANTOS, M. I. P. DE O.; CHAVES, E. C.; SARGES, N. A. Impacto da hospitalização na independência funcional de idosos com doenças cardiovasculares. *Journal of Nursing and Health*, v. 4, n. 2, p. 110–22, 2014.

SANTOS, I.; ROCHA, R. P. F.; BERARDINELLI, L.M.M. Necessidade de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 mar-abr;64(2): 335-342. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FR2TawRk_rYJ:https://www.scielo.br/j/reben/a/vBXZXwLknrXDtCC6Wfm5Xdf/%3Fformat%3Dpdf%26lang%3Dpt+%cd=13&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em 11 jul 2022.

SOUSA, V.D. Conceptual analysis of self care agency. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 1, n.3, 2002.

STACCIARINI, T.S.G; PACE, A.E. Tradução, adaptação e validação de uma escala para o autocuidado de portadores de diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina. *Acta paul. enferm.*, São Paulo , v. 27, n. 3, p. 221-229, 2014 .

TORRES, G.de V.; DAVIM, R.M.B.; NÓBREGA, M.M.L.da. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de OREM: estudo de caso com uma adolescente grávida. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 47-53, abril 1999. Dispon[ível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/HcNBqXBGT49LQ9wWktGdtcf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 21 jun 2022.

TORRES-REYES A., et al. Relación de calidad de vida y autocuidado en pacientes adultos con cáncer. *J Health NPEPS*. v. 4, n. 1, p. 16-30, 2019.

TOSCOS, T. R. et al. Can nurses help improve self-care of patients living with atrial fibrillation? A focus group study exploring patients' disease knowledge gaps. *Nursing Open*, v. 7, n. 4, p. 998–1010, 12 maio 2020.

TOSSIN, B. R. et al. Educational practices and self-care: evidence in scientific production of nursing. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, v. 20, 2016. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/1074>>. Acesso em: 22 jun 2022.

VANVOORHIS, C.R.W.; MORGAN, B.L. Understanding Power and Rules of Thumb for Determining Sample Sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, v. 3, n. 2, p. 43-50, 2007.

ZANDIYEH, Z.; HEDAYATI, B.; ZARE, E. Effect of public health nurses' educational intervention on self-care of the patients with type 2 diabetes. *Journal of Education and Health Promotion*, v. 4, 30 dez. 2015.