

ANÁLISE DO SENSO DE COERÊNCIA, PERFIL BIOSSOCIAL E CLÍNICO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA.

SENSE OF COHERENCE, BIOSOCIAL AND CLINICAL ANALYSIS OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE.

ANÁLISIS DE SENTIDO DE COHERENCIA, EL PERFIL BIO-SOCIAL Y CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

Simone Alvarez Moretto¹, Ana Lucia Siqueira Costa², Juliana Thomaz Palladino³

Submetido: agosto 2017

Aprovado: dezembro 2017

RESUMO

OBJETIVO: O presente estudo visa analisar a relação entre o senso de coerência (SC), teoria que permite avaliar o enfrentamento da doença, e as variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca. **MÉTODO:** Foi selecionada uma amostra por conveniência de 100 pacientes em tratamento ambulatorial que responderam ao questionário de senso de coerência. **RESULTADOS:** o estudo revelou amostra com predominância masculina, idade superior a 40 anos, casados ou com companheiros, baixa escolaridade, com antecedentes clínicos de hipertensão, dislipidemias e diabetes. Na amostra estudada, os fatores intervenientes no Senso de Coerência foram: pertencer ao sexo feminino, a renda familiar e o fato de apresentarem a hipertensão arterial sistêmica como doença associada. **CONCLUSÃO:** Esta pesquisa obteve importantes resultados com relação ao sexo feminino que apresentou escores baixos nos domínios do construto indicando necessidade de maior atenção dos profissionais para esta população.

Descritores: Insuficiência cardíaca; Senso de coerência; Pacientes ambulatoriais.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The present study aims to evaluate the Sense of Coherence (CS), a theory that evaluates coping with the diseases, and sociodemographic and clinical variables of patients with heart failure. **METHODS:** We selected a convenience sample of 100 outpatients who answered to the sense of coherence questionnaire. **RESULTS:** The results revealed a predominantly male sample, over 40 years old, married or with partners, low schooling, with a history of clinical hypertension, dyslipidemia, and diabetes. In this sample, the intervening factors in the Sense of Coherence were: being female, family income and the fact that they have hypertension as an associated disease. **CONCLUSION:** This research revealed important information regarding the female gender was observed, as they showed low scores in the domains of the construct, denoting a need to pay closer attention to the professionals dealing with this population.

Descriptors: Sense of Coherence; Heart Failure; Outpatients.

RESUMEN

OBJETIVO: El presente estudio que visa evaluar el Sentido de Coherencia (SC), teoría de evaluación de hacer frente a la enfermedad en pacientes con insuficiencia cardíaca y la relación entre esto constructo y variables socio demográficas y clínico. **MÉTODO:** Hemos seleccionado una muestra de 100 pacientes

¹ Mestre em Ciências. Doutoranda pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

² Doutora. Professora doutora, do Departamento de enfermagem médico-cirúrgica na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

³ Mestre em Ciências. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ambulatorios que respondieron al cuestionario sentido de coherencia. **RESULTADOS:** Los resultados revelaron muestra con predominancia masculina, edad superior a los 40 años, casados o con compañeros, baja escolaridad, con antecedentes clínicos de hipertensión, dislipidemias y diabetes. En esta muestra, los factores que intervienen en el sentido de coherencia fueron: ser mujer, el ingreso familiar y el hecho de que tienen la hipertensión como una enfermedad asociada.

CONCLUSIONES: Esta investigación reveló importantes contribuciones con relación al género femenino que presentó scores bajos en los dominios del constructo indicando necesidad de mayor atención de los profesionales para esta población.

Descriptores: Sentido de la coherencia; La insuficiencia cardíaca; pacientes ambulatorios.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas como a insuficiência cardíaca (IC) exigem adaptações e mudanças no estilo de vida dos pacientes para um melhor enfrentamento desta nova condição. O conhecimento da doença e do tratamento podem constituir-se em um melhor manejo de sua condição clínica⁽¹⁾.

Na perspectiva do enfrentamento da doença, com enfoque nas esferas social, emocional e financeira, o senso de coerência (SC) advindo da teoria salutogênica, construto proposto por Aaron Antonovsky e referencial adotado nesta pesquisa, tem a finalidade de revelar aos profissionais de saúde diferentes formas de enfrentamento adotadas pelos pacientes no processo saúde-doença. O SC, conceito central da Teoria Salutogênica, tem o objetivo de entender como algumas pessoas conseguem permanecer bem a despeito de situações estressantes ou que excedem a capacidade de controle, enquanto outras, em uma mesma situação, se entregam ao desânimo e depressão, sem forças para o enfrentamento de seus problemas⁽²⁾. Popularmente, o SC é definido como o modo de ver, pensar e agir de cada indivíduo, é a verdade interior que conduz a identificação e utilização dos recursos individuais disponíveis de enfrentamento⁽³⁾.

Foi na Teoria Salutogênica que Aaron Antonovsky procurou entender os recursos que permitem aos indivíduos permanecerem física e emocionalmente controlados/saudáveis quando vivem situações com maior desgaste físico e emocional. Ademais, Antonovsky rejeita a díade saúde-doença e cria o conceito de continuidade no qual enfatiza que, ao longo da vida, as pessoas terão de se defrontar com dois opostos: o polo ease (saúde) e o polo disease (doença). De acordo com esta teoria, não é correto simplesmente categorizar um indivíduo como doente ou saudável, mas sim, entender à qual distância as pessoas estão destes dois polos⁽⁴⁾.

O SC tem influência direta sobre o organismo dos indivíduos, na medida em que determina a percepção individual sobre a periculosidade de determinada situação ou exposição. Desta maneira, a depender do SC de cada um, as reações apresentadas, frente aos diversos estímulos, poderia contribuir para o manejo das situações, a fim de diminuir o estresse e, de maneira indireta, influenciar as respostas cardiovasculares e imunológicas do organismo⁽⁴⁾.

Com relação à temática SC e cardiopatias, observa-se que um alto SC pode manifestar sentimentos de confiança na habilidade de ajustamento vivido na trajetória da doença⁽⁵⁾. Estudo que analisou as estratégias de enfrentamento em pacientes com diagnóstico de

IC, evidenciou maior bem estar emocional entre aqueles indivíduos com alto SC e que se utilizavam de várias estratégias de *coping*⁽⁶⁾. Quando avaliado como preditor de comportamentos relacionados à saúde em pacientes com doença coronariana, o alto SC antes do início do tratamento evidenciou comportamentos mais saudáveis como abandono do consumo de álcool, cigarro e opção por alimentos adequados à sua condição⁽⁷⁾. Além disso, um baixo senso de coerência foi relacionado à índices elevados de depressão e ansiedade em mulheres submetidas à coronariografia⁽⁸⁾ enquanto altos valores no construto demonstraram, em diversos estudos, redução em todas as causas de mortalidade⁽⁹⁻¹¹⁾.

Por considerar a relevância do processo educativo em saúde na atividade do enfermeiro, a promoção de práticas que visem maior adesão do paciente às novas condições impostas pela doença, e ainda, especialmente, baseando-se na hipótese de que indivíduos com melhor enfrentamento apresentam maior potencial de cuidado, conhecer a associação entre as características clínicas destes pacientes, o perfil de enfrentamento e a influência das características biossociais, fornecerá subsídios para que recursos protetores individuais possam ser valorizados ou desenvolvidos para melhoria da prática clínica no manejo dos sintomas e no tratamento dos pacientes com IC.

Desta forma, a presente pesquisa teve como objetivo analisar os fatores intervenientes no senso de coerência dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, prospectivo desenvolvido em unidade ambulatorial

especializada em IC e transplante de um hospital público localizado na cidade de São Paulo.

Formou-se uma amostra por conveniência de 100 pacientes com diagnóstico de IC crônica em tratamento ambulatorial que atenderam aos critérios de inclusão idade superior ou igual a 18 anos e capacidade cognitiva preservada. Foram excluídos da amostra gestantes, pacientes em tratamento de neoplasias, ou que tenham sofrido cirurgias cardíacas até noventa dias antes da data da entrevista, pois acreditamos que estas características amostrais poderiam influenciar no valor do SC. A coleta de dados se deu através de entrevista, pela própria pesquisadora, no mesmo dia de agendamento da consulta médica de rotina. Aos pacientes eram apresentados os objetivos da pesquisa e, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, iniciava-se a leitura de cada item do instrumento SC. A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2012 e nenhum paciente abordado se recusou a participar da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados constou das variáveis biossociais (sexo, idade, estado civil, escolaridade, afastamento do trabalho e renda familiar) e clínicas (diagnóstico principal, doenças associadas).

As características de enfrentamento foram coletadas pelo questionário senso de coerência, construto proposto por Antonovsky⁽⁴⁾, constituído de 29 questões distribuídas entre os três componentes: *Compreensão* (11 questões); *Manuseio* (10 questões) e *Significado* (8 questões). As respostas foram obtidas em uma escala de pontuação com valores extremos de 1 a 7 pontos. O intervalo total possível de pontuação varia de 29 a 203, sendo que os valores mais elevados significam alto SC⁽¹²⁾. Este instrumento foi traduzido e validado para o português por

Dantas, apresentando boa equivalência semântica e conceitual⁽¹³⁾.

O SC é formado pelos domínios *Compreensão*, componente cognitivo que faz referência ao modo como as pessoas percebem os estímulos provenientes do meio interno e externo em que vivem; *Capacidade de gerenciamento ou Manuseio*, componente instrumental do SC diz respeito ao modo como as pessoas percebem os seus recursos e a adequação dos mesmos para atender às suas necessidades e, por último, o domínio *Significado*, componente motivacional do SC que se relaciona ao significado da vida para o indivíduo⁽³⁾.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo nº1090/2011/CEP EEUSP- SISNEP CAAE: 0104.0.196.015-11) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo HC FMUSP (Parecer nº 58894 CAAE: 00705012.5.0000.0068). Foram assegurados aos participantes a privacidade, a não identificação, bem como, a possibilidade de sua retirada da pesquisa sem que houvesse qualquer prejuízo para a continuidade do seu tratamento.

Os dados foram processados e analisados por meio do programa *Statistical Package for Science* (SPSS), versão 18. Testes paramétricos e não paramétricos foram utilizados para a análise dos dados, de acordo com a natureza da distribuição dos valores ou a variabilidade das medidas

efetuadas⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Na análise estatística descritiva do instrumento de senso de coerência foram apresentados valores mínimos, máximos média e desvio padrão. Para as variáveis quantitativas selecionadas foram realizados os testes de correlação de Spearman e Pearson e para as qualitativas, o Teste exato de Fischer e o Teste do Qui-Quadrado. A consistência interna do Questionário de SC de Antonovsky foi verificada pelo alfa de Cronbach, sendo considerado o valor mínimo de 0,7 para garantir a confiabilidade do instrumento⁽¹⁷⁾. A determinação de fatores preditores ocorreu através do teste de regressão linear múltipla em que se adotou o nível de significância de 5% em todos os testes utilizados.

RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se aos dados dos 100 pacientes que compuseram a amostra do estudo. A caracterização foi realizada segundo sexo, idade, estado civil, escolaridade, afastamento do trabalho e renda familiar Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos 100 pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca em tratamento ambulatorial, conforme as características biossociais. São Paulo, 2012

CARACTERÍSTICAS BIOSSOCIAIS	N	%
SEXO		
Masculino	70	70,0
Feminino	30	30,0

IDADE

20 39 anos	11	11,0
40 64 anos	72	72,0
65	17	17,0

ESTADO CIVIL

Casado legalmente/ união estável	66	66,0
Solteiro/divorciado/viúvo	34	34,0

ESCOLARIDADE

Analfabeto	3	3,0
Ensino fundamental incompleto ou completo	65	65,0
Ensino médio incompleto ou completo	20	20,0
Superior incompleto ou completo	9	9,0
Pós-graduação incompleta ou completa	3	3,0

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Sim	50	50,0
Não	40	40,0
Não se aplica (do lar)	10	10,0

RENDA FAMILIAR

Menor que 1 salário-mínimo	3	3,0
Entre 1 e 3 salários-mínimos	55	55,0
Entre 3 e 5 salários-mínimos	28	28,0
Entre 5 e 8 salários-mínimos	10	10,0
Maior que 8 salários-mínimos	4	4,0

A amostra revelou variação de idade de 20 e 78 anos, com média de 55,2 anos e desvio padrão de 10,25 anos. Quanto ao sexo, houve predominância masculina, com 70% do total da amostra. A maioria dos pacientes eram legalmente casados ou enquadrados em união estável (66%). A escolaridade foi avaliada e apresentou 65% dos entrevistados com ensino fundamental incompleto ou completo, seguidos por aqueles (20%) que tinham o ensino médio incompleto ou completo. O ensino superior incompleto ou completo foi

realizado por 9% dos pacientes e a pós-graduação foi compreendida por especialização, mestrado ou doutorado, variável apresentada por apenas 3% dos participantes. Os analfabetos perfizeram o total de 3% da amostra. Referente à renda familiar, 55% dos participantes informaram baixos salários e enquadraram-se na categoria entre 1 e 3 salários-mínimos.

Com relação aos dados clínicos, avaliou-se o diagnóstico principal bem como doenças associadas e antecedentes pessoais Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos 100 pacientes com IC segundo diagnóstico principal, doenças associadas e antecedentes pessoais. São Paulo, 2012.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	N	%
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		
Miocardopatias	91	91,0
Fibrilação atrial crônica ou paroxística	5	5,0
IC a esclarecer/idiopática	5	5,0
Cardiopatias valvares	4	4,0
Insuficiência coronariana/Angina instável	5	5,0
doença arterial coronariana/doença isquêmica do coração		
DOENÇAS ASSOCIADAS E ANTECEDENTES PESSOAIS		
Diabetes tipos 1 e 2	25	25,0
Hipertensão Arterial Sistêmica	54	54,0
Dislipidemias	31	31,0

Arritmias	13	13,0
Tabagismo atual ou pregresso	22	22,0
Etilismo atual ou pregresso	16	16,0
Obesidade	7	7,0
Insuficiência renal crônica	8	8,0
Asma/DPOC*	3	3,0
Depressão	5	5,0
Síndrome de Guillan Barré	1	1,0
HIV/hepatite C	2	2,0
Hipotireoidismo	6	6,0

* Doença pulmonar obstrutiva crônica

Dentre as patologias classificadas no prontuário médico como diagnóstico principal, as diversas formas de miocardiopatia ocorreram em número mais expressivo (91%). A fibrilação atrial (5%) e a insuficiência cardíaca idiopática e de etiologia a esclarecer (5%) também foram descritas. As cardiopatias valvares apareceram como diagnóstico principal no prontuário de 4% dos entrevistados. Em número menos expressivo foram descritas a doença isquêmica do coração (2%), a doença arterial coronariana (1%), angina instável (1%) e insuficiência coronariana (1%).

Quanto às doenças associadas e aos antecedentes pessoais dos indivíduos pesquisados, destacou-se a hipertensão arterial sistêmica como a doença mais prevalente, presente em 54% da amostra. As dislipidemias (31%) e o diabetes tipo 1 ou 2 (25%) também apresentaram percentuais relevantes nestes pacientes.

A avaliação do instrumento de Senso de Coerência apresentou distribuição da pontuação total com variação entre 79 e 196, com valor médio igual a 147,99 (DP= \pm 23,10). A pontuação do questionário pode variar entre 29 e 203 pontos. Para o domínio *Compreensão*, a pontuação variou entre 15 e 76 pontos com média de 47,4 (DP= \pm 10,64), o intervalo possível para este

domínio varia entre 11 e 77 pontos. Para o domínio *Manuseio*, a pontuação variou entre 19 e 70 pontos com média de 54,8 (DP=10,05) para uma variação de pontos entre 10 e 70 pontos. Já para o domínio *Significado*, o menor escore obtido foi de 22 pontos e o maior 52, sendo a média 45,75 (DP=7,78), sendo que a variação possível deste domínio ocorre entre 8 e 56 pontos. Na avaliação da consistência interna, o alfa de Cronbach se revelou satisfatório nesta análise (alfa=0,797)

Na análise pela regressão linear múltipla entre as variáveis biossociais e o SC (Tabela 3), verifica-se que o sexo feminino foi um fator preditor para todos os domínios *Compreensão* (p=0,000), *Manuseio* (p= 0,003) e *Significado* (p=0,034), assim como, para o SC como um todo (p=0,000). Sabemos que foi o sexo feminino pois, para a análise dos dados, dicotomizou-se a variável sexo atribuindo o número 0 para o masculino e 1 para o feminino. Desta forma, o coeficiente β com valor negativo indica que o sexo feminino se apresentou como preditor. Somente no domínio *Compreensão* a renda familiar mostrou-se preditora (p=0,006). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresentou-se como uma variável significativa para o domínio *Compreensão* (p=0,043).

Tabela 3 – Distribuição das pontuações dos 100 indivíduos, segundo os valores de médias, desvio padrão e resultados do modelo de regressão linear múltipla para as variáveis selecionadas. São Paulo, 2012.

Senso de Coerência	Média	Desvio Padrão	Variáveis	Coefficiente β	p-valor
Pontuação Total	147,99	23,101	idade	0,063	(p=0,532)
			sexo	-0,393	(p=0,000)
			estado civil	-0,019	(p=0,845)
			escolaridade	0,109	(p=0,272)
			renda familiar	0,033	(p=0,743)
			afastamento do trabalho	-0,078	(p=0,427)
Domínio Compreensão	47,4	10,64	idade	0,129	(p=0,174)
			sexo	-0,417	(p=0,000)
			estado civil	0,04	(p=0,670)
			escolaridade	0,127	(p=0,173)
			renda familiar	0,199	(p=0,006)
			afastamento do trabalho	-0,056	(p=0,543)
Domínio Manuseio	54,84	10,05	idade	0,019	(p=0,855)
			sexo	-0,29	(p=0,003)
			estado civil	-0,043	(p=0,682)
			escolaridade	0,066	(p=0,526)
			renda familiar	-0,036	(p=0,735)
			afastamento do trabalho	-0,086	(p=0,406)
Domínio Significado	45,75	7,78	idade	-0,015	(p=0,888)
			sexo	-0,223	(p=0,034)
			estado civil	-0,057	(p=0,594)
			escolaridade	0,064	(p=0,543)
			renda familiar	-0,128	(p=0,234)
			afastamento do trabalho	-0,044	(p=0,677)

Para as variáveis quantitativas selecionadas foram utilizados os testes de Pearson e Spearman. Os testes não apresentaram correlação. Na análise das variáveis qualitativas foram utilizados os testes Exato de Fisher e o Qui-Quadrado. Resultado do teste Qui-quadrado indicou a variável hipertensão arterial sistêmica como significativa apenas para o domínio compreensão do construto Senso de Coerência (p-valor=0,043).

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, a prevalência masculina acometida pela doença cardíaca mostrou-se compatível com outros estudos desta mesma temática^(18,19). Uma possível explicação deve considerar a característica feminina, de maior atenção ao próprio cuidado e procura de atendimento médico na vigência de manifestação de sintomas. Ainda, as políticas de prevenção das doenças, principalmente, ginecológicas podem resultar em maior procura por serviços de saúde.

Na perspectiva do sexo e o impacto nas esferas econômica e social, foram observadas pesquisas nas quais as preocupações dos homens com IC foram relativas às limitações que a doença impunha nas atividades de trabalho e no convívio social. Já entre as mulheres, apareceram sentimentos de insegurança e incapacidade além da percepção de peso e fardo na esfera familiar ^(20,21).

A variável hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresentou-se relacionada ao domínio *Compreensão* do questionário de SC. De acordo com a atualização da diretriz de IC, a HAS aparece como uma das principais causas da doença e ainda, observa-se um mal prognóstico relativo a aumento da mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca sistólica crônica secundária à hipertensão arterial sistêmica. ^(22,23). Os dados apontam para a necessidade de políticas públicas que tenham como alvo a educação em saúde destes pacientes sobre os comprometimentos cardíacos que podem surgir devido à não adesão ao tratamento da HAS.

Em nosso estudo, mesmo considerando-se que a maioria dos participantes eram casados (66%), durante a realização das entrevistas, a despeito de não terem sido abordados sobre o tema, obtivemos entre os solteiros/divorciados ou viúvos diversos relatos espontâneos de abandono por seus companheiros (as) após diagnóstico da doença. Neste quesito, os depoimentos apontaram maior frequência de homens que abandonam suas mulheres do que o contrário. A ausência de apoio pode resultar em desgaste emocional que contribui para a piora da condição clínica destes indivíduos. Ao reiterar a importância do apoio social, foi observado na análise de pacientes brasileiros com IC em seguimento ambulatorial que o cônjuge ou companheiro (a) foi a principal

fonte de apoio para 60% dos indivíduos entrevistados ⁽²⁴⁾.

O SC apresentado pelos pacientes obteve uma média de 147,99 pontos para um total possível de 203 pontos. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo que avaliou o SC como uma variável de medida para uso de psicofármacos de pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca ⁽²⁵⁾. Verifica-se na literatura diferentes estudos que analisam o SC no contexto das doenças crônicas e cardiopatias em geral ^(26,27), porém, poucos analisam o SC em pacientes com IC, fato este que dificulta a comparação com outros resultados.

O sexo feminino e a renda familiar apresentaram-se no modelo de regressão linear múltipla, como variáveis preditoras do domínio *Compreensão*. Com relação à renda familiar, uma associação positiva pode estar relacionada ao fato destes indivíduos com melhores condições financeiras serem mais assíduos às consultas, terem maior facilidade de compras de alimentos saudáveis e fármacos que contribuem para melhores resultados na sua condição clínica. Isso porque, de acordo com Antonovsky⁽³⁾, o componente *Compreensão* do construto faz referência ao modo como as pessoas entendem os recursos disponíveis e a adequação dos mesmos para atender às suas necessidades. Da mesma forma, as mulheres por serem muitas vezes responsáveis pelo sustento familiar, ao adoecerem deparam-se com as dificuldades financeiras, com a impossibilidade de se fazer planos para o futuro, além da consequente desestrutura familiar.

Estudo transversal de investigação sobre o SC em uma população de cardiopatas brasileiros com características biossociais semelhantes à pesquisa atual, também encontrou um SC menor

no sexo feminino⁽²⁵⁾. Resultado diferente foi encontrado em estudo finlandês que buscou a associação entre a ocorrência de eventos negativos e o SC no qual o sexo não mostrou ser diferente, indicando que homens e mulheres reagem igualmente a eventos negativos em suas vidas ⁽²⁸⁾. Esta diferença talvez resida nas questões econômicas e sociais divergentes entre estes países.

Estudo Sueco, que pesquisou o SC e sua relação com as condições socioeconômicas e com a saúde dos indivíduos, também encontrou que níveis altos de renda estavam associados a um alto SC⁽²⁹⁾. Este resultado sugere a relação entre nível econômico e escolaridade. Por considerar o SC um instrumento que requer entendimento para correta interpretação, acreditamos que, aqueles com maior escolaridade possuem maior habilidade para compreensão do construto.

Ao analisarmos os domínios *Manuseio* e *Significado* do Questionário de SC, foi novamente a variável sexo que se apresentou como variável significativa. Para ambos os casos, o sexo feminino apresentou coeficientes negativos, o que significa que, ser mulher reduz o escore nestes domínios. Durante as entrevistas, obtivemos diversos relatos de mulheres que eram abandonadas por seus parceiros após instaurada a situação de doença. O mesmo discurso ocorria em número comparativamente reduzido na população masculina do estudo. Esse fato merece destaque na análise, pois, numa situação de doença, a mulher, quando abandonada por seus companheiros, pode ter maior dificuldade em lidar com a situação devido ao acúmulo de papéis como mãe, esposa e, muitas vezes, provedora do lar. Muito provavelmente, isso justifique os índices reduzidos tanto no domínio *Manuseio* quanto no *Significado*, já que a situação da doença, aliada à

necessidade de cumprimento de papéis, pode causar desânimo e falta de estímulo frente à situação vivida.

O fato de as mulheres apresentarem um SC menor quando comparadas à parcela masculina da amostra corroborou com os achados de outros estudos e mostrou que elas parecem ser mais afetadas pelos estressores^(25,30). Esses dados contradizem a ideia de que não há diferença entre os sexos quando se trata do SC.

CONCLUSÃO

Através dos achados deste estudo pudemos concluir que, na amostra estudada, os fatores intervenientes no Senso de Coerência foram: pertencer ao sexo feminino, a renda familiar e o fato de apresentarem a hipertensão arterial sistêmica como doença associada.

O estudo do SC em pacientes com diagnóstico de IC apresentou algumas dificuldades no tocante à aplicabilidade do questionário e à ausência de dados clínicos importantes no prontuário dos pacientes. O questionário de SC, apesar de validado para a língua portuguesa, foi relatado como de difícil compreensão pela amostra com baixo nível de escolaridade. Desta forma, talvez as terminologias utilizadas no construto, possam ser readequadas para que esta população possa se beneficiar com a sua utilização. Apesar disso, a pesquisa revelou resultados significativos no tocante a aspectos biossociais e ao SC dos participantes.

A escassez de estudos sobre a temática senso de coerência e IC, que dificultou as comparações, bem como o tamanho da amostra foram considerados os limites desta pesquisa.

O fato de o sexo feminino aparecer como população vulnerável nas questões relativas ao manejo da doença nos pareceu de especial

relevância. Indicou que as mulheres com diagnóstico de IC demandam da equipe de saúde maior atenção no tocante ao desenvolvimento de estratégias mais eficazes que promovam melhor compreensão da sua situação de doença.

Os resultados deste estudo sugerem ainda reflexões acerca da utilização apenas do modelo biomédico no tratamento destes indivíduos e, especialmente, refletem a importância e necessidade do trabalho do enfermeiro como agente transformador neste cenário, no qual os profissionais de saúde precisam utilizar ferramentas que individualizem o cuidado, com a finalidade de melhorar as condições de saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Freitas MTS, Puschel VAA. Insuficiência cardíaca: expressões do conhecimento das pessoas sobre a doença. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(4):922-9.
- 2- Antonovsky A. *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
- 3- Eriksson M, Lindstro MB. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:440-42.
- 4- Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
- 5- Gaspar FT, França CLG, Aparecida RSD. Strategy in the care of cardiac surgical patients: evaluation of the sense of coherence. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):728-33.
- 6- Nahlen C, Saboonchi F. Coping, sense of coherence and the dimensions of affect in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2010;9:118-25.
- 7- Silarova B, Nagyova I, Rosenberger J, Studencan M, Ondusova D, Sijmen A, Reijneveld AS et al. Sense of coherence as a predictor of health-related behaviours among patients with coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2014;13(4):345-56.
- 8- Piegza M, Badura-Brzoza K, Pudlo R, Piegza J, Kunert L, Jaworska I, et al. The sense of coherence in women undergoing coronary arteriography. *Psychiatr Pol*. 2014;48(5):975-86.
- 9- Geulayov G, Drory Y, Novikov I, Dankner R. Sense of coherence and 22-year all-cause mortality in adult men. *J Psychosom Res*. 2015;78(4):377-83.
- 10- Super S, Verschuren WM, Zantinge EM, Wagemakers MA, Picavet HS. A weak sense of coherence is associated with a higher mortality risk. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68(5):411-7.
- 11- Haukkala A, Kontinen H, Lehto E, Uutela A, Kawachi I, Laatikainen T. Sense of coherence, depressive symptoms, cardiovascular diseases, and all-cause mortality. *Psychosom Med*. 2013;75(4):429-35.
- 12- Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med*. 1993; 36:725-33.
- 13- Dantas RAS, Silva FS, Ciol MA. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese versions of the 29 - and 13 - item scales of the Antonovsky's Sense of Coherence 29 (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardiac patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(1-2):156-65.
- 14- Neter J, Kutner MH, Nachtsheim CJ, Li W. *Applied Linear Statistical Models*. Mc Graw-Hill/Irwin, 2004;5:1973.
- 15- LoBiondo-Wood G, Haber J. *Pesquisa em Enfermagem*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2001.
- 16 - Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 5.ed. São Paulo: Artmed;2004.
- 17- Cronbach LJ. Coefficient alpha and internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16:297-334.
- 18- Ruzyczka EW, Milaniak I, Przybylowski P, Wierzbicki K, Siwinska J, Hubner FK, Sadowski J. Depression and Quality of Life in Terms of Personal Resources in Heart Transplant Recipients. *Transplantation Proceedings*. 2011;43:3076-81.
- 19- Dunlay SM, Manemann SM, Chamberlain AM, Cheville AL, Jiang R, Weston A, et al. Activities of

Daily Living and Outcomes in Heart Failure. *Circulation: Heart Failure* 2015;8:261-67.

20- Martensson J, Karlsson JE, Fridlund B. Male patients with congestive heart failure and their conception of life situation. *J Adv Nurs*. 1997;25:579-86.

21- Martensson J, Karlsson JE, Fridlund B. Female patients with congestive heart failure: how do they conceive their life situation. *J Adv Nurs*. 1998;28:1216-24.

22- Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. *Arq Bras Cardiol*. 2012;98(1 supl. 1):1-33.

23- Rolande DMS, Fantini JP, Neto AC, Cordeiro JÁ, Bestetti RB. Determinantes prognósticos de pacientes com insuficiência cardíaca sistólica crônica secundária à hipertensão arterial sistêmica. *Arq Bras Cardiol*. 2012;98(1):76-83

24- Dantas RAS, Pelegrino VM, Garbin LM. Avaliação do apoio social e sua relação com variáveis sociodemográficas de pacientes com insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial. *Cienc Cuid Saúde*. 2007;6(4):456-62.

25- Torrati FG, Gois CFL, Dantas RAS. Estratégia no cuidado ao paciente cardíaco cirúrgico: avaliação do senso de coerência. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):739-44.

26- Nilsen V, Bakke OS, Rohde G, Gallefoss F. Is sense of coherence a predictor of lifestyle changes in subjects at risk for type 2 diabetes? *Public health*. 2015;129:155-61.

27- Dantas RAS, Motzer AS, Ciol MA. The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary bypass graft surgery. *International Journal of Nursing Studies*. 2002;39:745-55.

28- Volanen SM, Suominen S, Lahelma E, Koskenvuo M, Silventoinen K. Negative life events and stability of sense of coherence: a five-year follow-up study of Finnish women and men. *Scand J Psychol*. 2007;48(5):433-41.

29- Larsson G, Kallenberg KO. Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. *European Journal of Public Health*. 1996;6(3):175-80.

30- Eriksson AK, Van Den Donk M, Hilding A, Östenson CG. Work Stress, Sense of Coherence, and Risk of Type 2 Diabetes in a Prospective Study of Middle-Aged Swedish Men and Women. *Diabetes Care*. 2013;36:2684-89.