

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBio

PPCENF

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Profile of patients undergoing cardiac rehabilitation: implications for nursing

Perfil de pacientes em reabilitação cardíaca: implicações para a enfermagem

Perfil de pacientes en rehabilitación cardíaca: implicaciones para la enfermería

Leticia Dalla Lana ¹, Silviamar Camponogara ², Claudiane Bottoli ³, Cibele Cielo ⁴, Isabela Lencina Rodrigues ⁵

ABSTRACT

Objective: Outline the socioeconomic profile of users of a cardiac rehabilitation program. **Method:** This is a study with a quantitative approach and a descriptive design, carried out with users assisted by a cardiac rehabilitation program of a university hospital. Data were collected through a form prepared for this study, directly from the patients' medical records and, then, they underwent a quantitative analytical process. **Results:** One identified that most users assisted are female, married, hypertensive, diabetic, dyslipidemic, obese, and their average age is 58.5 years. It was also found out that most patients participate in the cardiac rehabilitation program for more than three years. **Conclusion:** One concludes that the nurse plays a key role in the cardiac rehabilitation process, in order to enable a better quality of life and minimize the possibilities of recurrence of cardiovascular events. **Descriptors:** Nursing, Cardiology, Rehabilitation nursing, Cardiovascular diseases.

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil socioeconômico dos usuários de um programa de reabilitação cardíaca. **Método:** Trata-se de estudo com abordagem quantitativa, do tipo descritivo, realizado com usuários atendidos por um programa de reabilitação cardíaca de um hospital universitário. Os dados foram coletados por meio de formulário próprio, diretamente dos prontuários dos pacientes e, em seguida, foram submetidos a um processo de análise quantitativa. **Resultados:** Identificou-se que a maioria dos usuários atendidos é do sexo feminino, casada, hipertensa, diabética, dislipidêmica, obesa e sua idade média é de 58,5 anos. Também se constatou que a maioria dos pacientes participa do programa de reabilitação cardíaca há mais de três anos. **Conclusão:** Conclui-se que o enfermeiro tem papel fundamental no processo de reabilitação cardíaca, com vistas a proporcionar melhor qualidade de vida e minimizar as possibilidades de reincidência de eventos cardiovasculares. **Descritores:** Enfermagem, Cardiologia, Enfermagem em reabilitação, Doenças cardiovasculares.

RESUMEN

Objetivo: Trazar el perfil socio-económico de los usuarios de un programa de rehabilitación cardíaca. **Método:** Esto es un estudio con abordaje cuantitativo, del tipo descriptivo, realizado con usuarios atendidos por un programa de rehabilitación cardíaca de un hospital universitario. Los datos fueron recogidos por medio de un formulario propio, directamente de los prontuarios de los pacientes y, entonces, fueron sometidos a un proceso de análisis cuantitativo. **Resultados:** Se identificó que la mayoría de los usuarios atendidos es del sexo femenino, casada, hipertensa, diabética, dislipidémica, obesa y su edad media es de 58,5 años. También se constató que la mayoría de los pacientes participa en el programa de rehabilitación cardíaca hace más de tres años. **Conclusión:** Se concluye que el enfermero desempeña un papel clave en el proceso de rehabilitación cardíaca, con el fin de proporcionar mejor calidad de vida y minimizar las posibilidades de recurrencia de eventos cardiovasculares. **Descriptorios:** Enfermería, Cardiología, Enfermería en rehabilitación, Enfermedades cardiovasculares.

¹Enfa. Especialista Md da Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS-POA). E-mail: leticedl@hotmail.com. ²Enfa. Especialista do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM-RS). E-mail: claudianenf@yahoo.com.br. ³Profa. Dra. Enfa. do Departamento do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM-RS). E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br. ⁴Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM-RS. E-mail: cibececielo@yahoo.com.br. ⁵ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM-RS. E-mail: bela_1806@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Atualmente, as doenças crônico-degenerativas estão tomando proporções cada vez mais alarmantes na sociedade mundial, em especial, as doenças cardiovasculares, que acometem cerca de 13 milhões de pessoas no mundo inteiro.¹ No Brasil, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte.^{1,2} Contudo, observa-se que esse dado epidemiológico, nas últimas décadas, teve um pequeno declínio, que pode estar relacionado a distribuição geográfica, faixa etária, gênero, etnia e nível socioeconômico.³

Outro aspecto que pode estar relacionado a esse declínio se refere ao desenvolvimento de programas de reabilitação cardíaca, destinados a usuários com patologias cardiovasculares. Tais programas constituem uma estratégia importante para acompanhamento dos usuários, bem como um espaço para o desenvolvimento de ações educativas. Além disso, são vistos como um processo assistencial que busca melhores condições físicas, mentais e sociais, contribuindo para que as pessoas com um problema cardiovascular possam reconquistar uma posição na comunidade e levar uma vida ativa e produtiva na sociedade.⁴

Dessa forma, a reabilitação pode prevenir o desencadeamento de isolamento social, ansiedade, depressão e dependência pessoal, constituindo uma terapêutica indispensável no tratamento desses usuários.^{5,6} Contudo, a reabilitação demanda a colaboração dinâmica, participativa e ativa entre o paciente cardiopata, a família e a equipe interdisciplinar.⁷ Ou seja, é necessário que haja envolvimento do paciente e de sua família no planejamento e na implementação de cuidados, assim como utilização de técnicas e ações interdisciplinares pela equipe, com o objetivo de melhorar e/ou reabilitar as funções diminuídas ou perdidas pelo cardiopata.⁸ Desse modo, a corresponsabilização dos profissionais e da sociedade, nesse processo, é indispensável, no sentido de estimular e desencadear ações que favoreçam a emancipação e a autonomia do paciente e sua família, tendo em vista seu contexto de vida.⁹

O processo de reabilitação constitui, portanto, estratégia fundamental para a enfermagem, uma vez que possibilita o contato direto com o usuário e sua família, assim como o acompanhamento do seu processo de recuperação, o planejamento compartilhado de ações de saúde, especialmente as direcionadas ao controle de fatores de risco e ao auxílio no suporte terapêutico. Além disso, é um espaço em que se propicia o comprometimento dos usuários e seus familiares com o autocuidado, potencializando-os para uma satisfatória reinserção social e minimizando a possibilidade de reincidência de eventos cardiovasculares.

Nesse sentido, o enfermeiro se destaca como educador, desenvolvendo ações não somente direcionadas a reabilitação, mas, também, com caráter preventivo e promotor da saúde. O enfermeiro avalia a condição de saúde do usuário e ajuda a determinar metas a curto, médio e longo prazo em relação ao processo de reabilitação, por ser um acompanhamento longo que envolve componentes psicológicos, sociais, espirituais,

econômicos e políticos, sendo, muitas vezes, um desafio tanto para o paciente como para o enfermeiro.⁸

Obviamente, o planejamento dessas ações pressupõe conhecer não só o contexto de vida dos usuários, mas, também, as características que dão conformação ao conjunto dos pacientes atendidos por determinado programa de reabilitação cardíaca. Isso possibilita a melhor estruturação das atividades educativas e de reabilitação, bem como o planejamento de estratégias de ação conjunta com demais profissionais da saúde. A identificação do perfil dos usuários atendidos por programas de reabilitação cardíaca possibilita que enfermeiros e os demais profissionais envolvidos planejem e implementem ações educativas específicas, com melhores chances de obter resultado satisfatório no processo de reabilitação em si e na promoção da autonomia dos sujeitos frente ao seu adoecimento, além de possibilitar a adoção de estratégias voltadas à qualidade de vida e ao bem-estar.

Diante do exposto, este estudo foi orientado pela seguinte questão de pesquisa: “Qual é o perfil dos usuários atendidos por um programa de reabilitação cardíaca de um hospital universitário?”. A expectativa é obter subsídios que ofereçam suporte para o planejamento de ações no programa que constituiu o *locus* deste estudo, bem como fomentar o debate sobre a importância da atuação do enfermeiro nesses programas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo descritivo. O cenário do estudo foi um ambulatório de reabilitação cardíaca, onde funciona um Programa de Reabilitação Cardíaca Secundária, situado em um hospital universitário de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul. O referido programa foi instituído em 2007, sendo composto por 1 cardiologista, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 1 educador físico, 1 psicólogo e 1 enfermeiro. Destaca-se que este último profissional está lotado em outro serviço da instituição e é liberado apenas uma vez na semana, por 2 horas, para atuar no Programa de Reabilitação Cardíaca.

O programa atua conforme a Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardíaca, que contempla as fases de reabilitação.¹⁰ Na fase I, as ações desse programa são desenvolvidas pela fisioterapia e pela medicina à beira do leito. As fases II e III ocorrem nas dependências do programa, com todos os profissionais, exceto o educador físico. Já na fase IV atuam, principalmente, o médico e o educador físico, em um espaço fora do ambiente hospitalar.

As atividades desenvolvidas no programa contemplam ações de núcleo, que variam conforme as necessidades de saúde de cada usuário, e ações de campo desenvolvidas por meio de reuniões quinzenais com a equipe multidisciplinar do programa. Assim, cada núcleo profissional desenvolve suas práticas de forma individualizada, buscando um cuidado integral, contextualizado e humanizado. Já a atividade de campo é desenvolvida por meio de reuniões quinzenais, sendo uma técnica e outra administrativa. A reunião técnica tem por objetivo traçar intervenções interdisciplinares cabíveis para cada usuário do programa, propondo estratégias individualizadas de intervenção. E a reunião administrativa tem por

objetivo discutir o planejamento e o andamento das atividades desenvolvidas pelo programa.

A população do estudo foi constituída por todos os usuários atendidos pelo programa, participantes de suas fases II, III e IV, totalizando 30 sujeitos. Os critérios de inclusão foram: participar do programa, ter diagnóstico médico de doença cardiovascular, residir no município da instituição, participar ativamente do programa respeitando horários e datas das atividades.

Os dados foram coletados nos meses de agosto e outubro de 2011. A listagem dos usuários participantes foi obtida por meio de registros da secretaria do programa, identificando o nome e o número do prontuário. Posteriormente, foram analisados os prontuários no arquivo da instituição. Os dados foram registrados em formulário elaborado para atender às finalidades desta investigação.

Para a análise dos dados, utilizou-se distribuição de frequência absoluta e relativa e análise por tabulação simples das variáveis. Foi construído um banco de dados, em planilhas do programa *Microsoft Excel 2007*, os quais foram analisados e apresentados com utilização da estatística simples.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o Protocolo n. 0183.0.243.000-11. O estudo seguiu todas as recomendações da Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.¹¹

RESULTADOSE DISCUSSÃO

Os resultados obtidos por meio da coleta de dados levaram ao delineamento de um perfil dos participantes do Programa de Reabilitação Cardíaca da instituição investigada. A Tabela 1 demonstra alguns dados relativos ao perfil social.

Tabela 1 - Dados sociais dos usuários atendidos pelo Programa de Reabilitação Cardíaca (fases II, III e IV), Rio Grande do Sul, Brasil, 2011.

| Variáveis sociodemográficas | Frequência (n) | Percentual (%) | p | Média |
|-----------------------------|----------------|----------------|-----|-------|
| Sexo | | | | |
| Feminino | 22 | 73,3 | | |
| Masculino | 8 | 26,7 | | |
| Estado civil | | | | |
| Casado | 27 | 90,0 | | |
| Solteiro | 3 | 10,0 | | |
| Escolaridade | | | | |
| Ensino Fundamental | 12 | 40 | | |
| Ensino Médio | 13 | 43,3 | | |
| Ensino Superior | 5 | 16,7 | | |
| Profissão | | | | |
| Ativa | 13 | 43,3 | | |
| Inativa | 17 | 56,7 | | |
| Idade | | | | |
| 30-40 | 1 | 3,3 | | |
| 41-59 | 14 | 46,7 | 9,1 | 58,5 |
| 60-77 | 15 | 50 | | |

Os dados revelam que a maior parte dos usuários do programa (22, 73,3%) é do sexo feminino. A maior parcela dos sujeitos do estudo é casada (27, 90%). Outros 3 sujeitos (10%) são solteiros. A idade média foi de 58,5 anos, onde apenas 1 sujeito apresentava idade entre 30 e 40 anos.

Quanto ao grau de escolaridade, a maior parcela dos investigados (13, 43,3%) possui Ensino Médio. Outros 12 sujeitos (40%) possuem Ensino Fundamental e 5 (16,7%) possuem Ensino Superior. No que se refere à atividade profissional, a maior parte dos usuários (17, 56,7%) encontra-se inativa. Outros 13 (43,3%) encontram-se ativos.

Tabela 2 - Dados relativos ao uso de drogas lícitas e ilícitas pelos usuários atendidos pelo Programa de Reabilitação Cardíaca (fases II, III e IV), Rio Grande do Sul, Brasil, 2011.

| Variáveis sociodemográficas | Frequência (n) | Percentual (%) |
|-----------------------------|----------------|----------------|
| Utilizava drogas | | |
| Não | 29 | 96,7 |
| Sim | 1 | 3,3 |
| Consumia tabaco | | |
| Não | 14 | 46,7 |
| Sim | 16 | 53,3 |
| Consumia álcool | | |
| Não | 29 | 96,7 |
| Sim | 1 | 3,3 |

Segundo os dados apresentados na Tabela 2, 29 sujeitos (96,7%) não utilizavam drogas ilícitas e não consumiam bebidas alcoólicas diariamente, enquanto 16 usuários (53,3%) consumiam tabaco.

Quanto aos procedimentos aos quais os sujeitos do estudo, 8 (26,7%) realizaram troca valvar, 10 (33,3%) fizeram cateterismo cardíaco, 6 (20%) realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio e outros 6 (20%) realizaram valvoplastia aórtica percutânea.

Tabela 3 - Dados relativos à presença de doenças associadas entre usuários atendidos pelo Programa de Reabilitação Cardíaca (fases II, III e IV), Rio Grande do Sul, Brasil, 2011.

| Doenças associadas | Frequência (n) | Percentual (%) |
|--------------------------------------|----------------|----------------|
| Hipertensão arterial sistêmica (HAS) | 26 | 86,7% |
| Dislipidemia | 20 | 66,7% |
| Obesidade | 22 | 73,3% |
| Diabetes <i>mellitus</i> (DM) | 17 | 56,7% |

Este estudo identificou que a maioria dos sujeitos tem mais de uma comorbidade associada. A Tabela 3 mostra que 86,7% dos sujeitos apresentam HAS, 66,7% apresentam dislipidemia, 73,3% apresentam obesidade e 56,7% apresentam DM.

Quanto ao uso de medicações, os resultados apontam que a maioria dos sujeitos utiliza algum tipo de fármaco. Encontram-se dentre os fármacos mais utilizados: anti-hipertensivos (90%), hipoglicemiantes (80%), anticoagulantes (80%), estatinas (80%) e outras medicações (63,3%).

Tabela 4 - Tempo de participação no Programa de Reabilitação Cardíaca, Rio Grande do Sul, Brasil, 2011.

| Fase | 6 meses a 1 ano | 13 meses a 2 anos | Mais de 3 anos | Total |
|------|-----------------|-------------------|----------------|---------|
| II | 0 | 2 (30%) | 1 (3,3%) | 3 (10%) |

| | | | | |
|-------|-----------|-----------|------------|------------|
| III | 1 (3,3%) | 4 (13,3%) | 11 (36,6%) | 16 (53,3%) |
| IV | 5 (16,6%) | 1 (3,3%) | 5 (16,6%) | 11 (36,6%) |
| Total | 6 (20%) | 7 (23,3%) | 17 (56,7%) | 30 (100%) |

Quanto ao tempo de participação dos pacientes no Programa de Reabilitação Cardíaca, de acordo com a fase de reabilitação em questão, identificou-se que 6 sujeitos (20%) estão entre 6 meses e 1 ano em reabilitação, 7 sujeitos (23,3%) entre 13 meses e 2 anos, e 17 (56,7%) há mais de três anos; 3 pacientes (10%) estão na fase II, 16 (53,3%) estão na fase III e 11 (36,7%) estão na fase IV da reabilitação cardíaca.

Tabela 5 - Profissionais envolvidos no atendimento aos usuários do Programa de Reabilitação Cardíaca (fases II e III), Rio Grande do Sul, Brasil, 2011.

| Profissionais | Fase | | | | | |
|-------------------|------|------|------|------|-----|------|
| | II | | III | | IV | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Enfermeiro | | | | | | |
| Não | 1 | 33,3 | 6 | 37,5 | 6 | 54,5 |
| Sim | 2 | 66,7 | 10 | 62,5 | 5 | 45,4 |
| Psicólogo | | | | | | |
| Não | 0 | 0 | 3 | 18,5 | 5 | 36,3 |
| Sim | 3 | 100 | 13 | 81,2 | 6 | 54,5 |
| Médico | | | | | | |
| Sim | 3 | 100 | 16 | 100 | 11 | 100 |
| Fisioterapeuta | | | | | | |
| Não | 2 | 66,7 | 4 | 25 | 4 | 36,3 |
| Sim | 1 | 33,3 | 12 | 75 | 7 | 63,6 |
| Nutricionista | | | | | | |
| Não | 2 | 66,7 | 8 | 50 | 6 | 54,5 |
| Sim | 1 | 33,3 | 8 | 50 | 5 | 45,4 |
| Assistente social | | | | | | |
| Não | 3 | 100 | 15 | 93,7 | 11 | 100 |
| Sim | 0 | 0 | 1 | 6,2 | 0 | 0 |
| Farmacêutico | | | | | | |
| Não | 3 | 100 | 16 | 100 | 11 | 100 |
| Educador físico | | | | | | |
| Não | 3 | 100 | 15 | 93,7 | 10 | 90,9 |
| Sim | 0 | 0 | 1 | 6,2 | 1 | 9,1 |
| Sim | 0 0 | | 1 6, | | 1 9 | |
| | | | 2 | | ,1 | |

* Não: não havia registro de atendimento ao paciente desde a sua inserção no Programa de Reabilitação Cardíaca. Sim: havia registro de atendimento ao paciente inserido no Programa de Reabilitação Cardíaca.

Os dados revelam que todos (100%) os usuários do programa receberam atendimento médico em qualquer fase da reabilitação, de acordo com os prontuários analisados. Em contrapartida, não foi identificado registro de atendimento por farmacêutico em qualquer fase de reabilitação. Já os demais registros profissionais não foram identificados na totalidade dos prontuários analisados. O enfermeiro, que participa de todas as fases do programa, por exemplo, apresenta registros de atendimento a cerca de 60% dos usuários nas fases II e III e a 45% dos usuários da fase IV.

No que se refere ao sexo dos participantes do estudo, o número significativo de mulheres no Programa de Reabilitação Cardíaca contrapõe-se a outros estudos que identificaram predominância do sexo masculino entre os pacientes acometidos por doenças cardiovasculares.^{12,13} Esse percentual de mulheres em reabilitação pode estar associado ao

grau de reconhecimento e preocupação do sexo feminino com sua saúde, principalmente por identificar que o processo de reabilitação demanda tempo e dedicação.

Tal evidência foi identificada em um estudo realizado com pacientes em reabilitação cardíaca, onde houve predominância do sexo feminino no grupo preventivo para doenças cardíacas em comparação ao grupo terapêutico, visto que a mulher reconhece a relevância de adotar mudanças nos hábitos de vida para prevenir agravos.¹² Além disso, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁴ aponta que o número de mulheres é maior que de homens, no município onde se desenvolveu esta pesquisa, o que pode corroborar esse achado.

A média de idade não estava acima de 60 anos, como evidenciado em outros estudos, que detectaram prevalência de idosos em programas de reabilitação.¹²⁻¹⁵ No entanto, observa-se que a grande maioria está acima de 41 anos, pois apenas 1 sujeito do sexo feminino estava abaixo dos 41 anos.

Segundo estudo realizado com pessoas que utilizavam o Sistema Único de Saúde (SUS), a metade desses sujeitos tem escolaridade de até 3 anos, ou seja, tem Ensino Primário incompleto.¹⁶ Outro estudo encontrou média de 4 anos, mostrando que o perfil de usuários atendidos nesse sistema envolve baixa escolaridade, corroborando os achados deste estudo.¹⁷

Quanto à profissão, identificou-se um maior percentual de sujeitos inativos, condizendo com os dados revelados na variável idade, superior a 60 anos, quando as pessoas já começam a se aposentar. Contudo, este estudo limitou-se à informação sobre o recebimento de benefício, visto que os dados no prontuário de cada sujeito não descrevia essa observação, o que evidencia uma lacuna deixada pelos profissionais que prestavam assistência a esses sujeitos, na medida em que a saúde também abrange o bem-estar econômico e social. Dessa forma, esse aspecto também precisa ser abordado nas anamneses dos pacientes, tanto pela enfermagem quanto por outros profissionais.

Como a doença cardíaca é um problema de saúde pública importante¹ e a hipertensão é responsável pelo alto custo social, devido a aposentadoria precoce ou o absenteísmo no trabalho, cabe aos profissionais, inclusive da enfermagem, abordar esse aspecto junto aos usuários.¹⁸ Isso possibilita levantar problemas, realizar orientações e encaminhamentos para os demais profissionais da equipe ou serviços especializados, como saúde do trabalhador, programas de prevenção à saúde e programas de reabilitação social, visando melhoria de saúde nestes sujeitos.

No que tange ao histórico de saúde, identificou-se que o uso de drogas ilícitas e o consumo de bebidas alcoólicas não foi significativo. Contudo, a metade dos pacientes consumia tabaco. O tabagismo tem sido a principal causa de morte evitável no mundo em função de constituir-se como precursor de diversas doenças, além de sua prevalência.¹⁹ Sabe-se que o fumante passivo também desenvolve potencial risco para doenças crônicas, como a pneumopatia crônica que potencializa as doenças cardíacas.²⁰

Dessa forma, cabe aos profissionais desenvolver práticas de educação em saúde que mobilizem os usuários para participação em programas de combate ao tabagismo,²¹ minimizando, assim, os fatores de risco para cardiopatias crônicas. Os profissionais da enfermagem podem atuar propondo medidas para controlar o uso de tabaco entre pacientes cardiopatas, explicando e demonstrando que a abstinência traz o controle da hipertensão

e/ou das doenças cardíacas.²² Dentre as estratégias a ser adotadas, pode-se citar: capacitações por meio de oficinas, uso de materiais educativos, realização de rodas de conversa, debates em grupo sobre problemas ou preocupações semelhantes, explanação aos pacientes e seus familiares em relação aos malefícios do tabaco para os cardiopatas, bem como a elaboração e a implementação dos planos terapêuticos para modificar o modo de vida e o comportamento.

No contexto de ação em que os pacientes estão em processo de reabilitação, com doença cardíaca já instalada, é necessário priorizar o processo educativo, abordando a fisiopatologia de sua doença; a relação da doença com atividade física, atividade sexual e trabalho; dos mecanismos de ação dos fármacos; da reformulação dos hábitos alimentares; a cessação do tabagismo e controle do estresse, com o intuito de retomar suas atividades de vida diária de forma ativa e produtiva.⁴ Nesse sentido, o papel do enfermeiro, como um profissional da equipe de reabilitação, deve visar a independência funcional dos pacientes por meio do autocuidado, a emancipação do sujeito na sociedade, o treinamento dos pacientes para a realização de atividades da vida diária, primando pela promoção e educação para saúde.

Todos os diagnósticos médicos levantados, bem como os procedimentos médicos realizados, apresentam benefícios na saúde dos pacientes, como evidenciado na Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardíaca.¹⁰ Além disso, esses dados revelam a diversidade de procedimentos realizados na instituição, tornando indispensável a realização de cursos de capacitação para os profissionais da enfermagem, mais especificamente na especialidade de reabilitação. Assim, o enfermeiro especialista em reabilitação precisa reforçar o papel da enfermagem nos programas de reabilitação, uma vez que ainda existem algumas indefinições e dúvidas em relação à sua contribuição nesse processo.²³

Sabe-se que, independente do problema cardíaco, os pacientes em reabilitação apresentam melhores parâmetros fisiológicos, hemodinâmicos, funcionais e autonômicos, predominantemente nos portadores de doença coronariana e, conseqüentemente, em relação ao seu desempenho cardiovascular e metabólico no exercício.¹³ Este se constitui em motivo importante para a realização da reabilitação nas fases I, II e III dentro do ambiente hospitalar, o mais precoce possível, visando à recuperação da capacidade funcional dos sujeitos.²⁴ Independente do perfil diferenciado encontrado em outros estudos, é de competência do enfermeiro promover o autocuidado, o respeito e o bem-estar do paciente. Assim, o enfermeiro pode dar suporte aos interesses e decisões do paciente, cooperando no ambiente físico, social, político e econômico do sujeito para sua reinserção na sociedade.²³

Como doença associada, a HAS foi uma das comorbidades mais prevalentes no estudo. Sabe-se que o processo de envelhecimento pode desencadear alterações fisiológicas específicas, que tornam os indivíduos mais propensos ao desenvolvimento de HAS, tornando-se a principal doença crônica na população idosa.⁹ Uma pesquisa que identificou a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens limítrofes na mensuração da pressão arterial, verificou que estes apresentam idade superior a 30 anos, são negros ou mulatos, casados e apresentam vínculo empregatício.²⁵ Ao comparar com este estudo, nota-se uma relação inversa nas variáveis idade, sexo, e vínculo empregatício, já que este estudo identificou um número expressivo de adultos acima de 50 anos, hipertensos, inativos e casados. Esse perfil diferenciado pode estar relacionado ao fato de

os usuários do Programa de Reabilitação Cardíaca já apresentarem alguma cardiopatia instalada.

Frequentemente, as doenças cardíacas estão associadas a outras patologias, como o diabetes *mellitus*, a hipertensão, a dislipidemia e as pneumopatias, que influenciam diretamente as capacidades e tolerâncias fisiológicas do indivíduo,² assim como o sobrepeso, a inatividade física regular e o tabagismo.²⁵ Dessa forma, usuários com distúrbios cardiovasculares, na maioria dos casos, apresentam uma ou mais doenças associadas, e necessitam tratamento medicamentoso com mais de uma medicação, como evidenciado neste estudo.

Tal fato requer, da enfermagem, junto com um farmacêutico, o gerenciamento do cuidado diante das medicações utilizadas pelo paciente. Ou seja, contribuir na promoção do uso racional de medicamentos, com segurança, por meio da educação aos usuários, especialmente no que se refere à prática da automedicação, à orientação acerca dos riscos da interrupção, troca, substituição ou inclusão de medicamentos sem conhecimento dos profissionais da saúde. O aprazamento criterioso dos horários da prescrição/receita médica e o monitoramento das reações adversas a medicamentos também são aspectos importantes a ser discutidos com os usuários.

Estudos apontam que a obesidade, associada a dislipidemia, constitui um dos principais riscos para as doenças cardiovasculares, o que pode ser potencializado quando há intolerância à glicose e resistência insulínica.⁴⁻²⁶ Isso evidencia que os pacientes com distúrbio cardiovascular em reabilitação apresentam, na maioria dos casos, fatores de risco mutáveis e demandam intervenções eficientes e eficazes de saúde. Isso, inevitavelmente, aponta para a necessidade de criar estratégias de prevenção e promoção de saúde em nível multiprofissional e interdisciplinar com esses usuários.¹⁹

O uso de anti-hipertensivos ratifica que a grande maioria dos pacientes utilizam medicações para o controle e tratamento da HAS, visto que 90% usam a medicação e 86,7% apresentam diagnóstico médico. Quanto ao uso de hipoglicemiantes, identifica-se que há um maior número de usuários de medicações em comparação ao número de diagnósticos médicos de diabetes, pois 80% adotam um hipoglicemiante e 56,7% têm diagnóstico de diabetes. Esse achado contraditório demonstra que há uma lacuna no preenchimento dos prontuários dos usuários. Ao mesmo tempo, essa é uma limitação deste estudo, já que a coleta ocorreu a partir de dados secundários, muitas vezes incompletos.

Quanto às outras medicações reveladas, identifica-se que esses sujeitos acometidos por doença cardíaca apresentam comorbidades, tendo em vista a abrangência das doenças associadas. Tal fato justifica a importância do olhar diferenciado de cada profissional da equipe multiprofissional de reabilitação cardíaca, visando a ultrapassar as barreiras da doença cardíaca, principalmente por entender que cada patologia associada demanda um tipo de cuidado de saúde.²⁵

Contudo, os registros dos profissionais nos prontuários demonstraram que nem todos os usuários são atendidos pela equipe, com exceção do médico que presta assistência com todos os pacientes. Essa assistência prioritariamente prestada pelo médico pode ser decorrente do uso contínuo de medicações, visto que todos os pacientes usam e dependem de mais de uma medicação para o seu tratamento. Também, pode estar associada ao modelo tradicional de assistência à saúde, ainda centrado no atendimento do médico. Por

outro lado, esse modelo contrapõe-se ao da interdisciplinaridade e da medicina centrada no paciente, que busca entender as necessidades e desejos do paciente, não se restringindo à doença.²⁶ Isso caracteriza uma nova forma de abordar o processo assistencial, visando a contemplar os múltiplos aspectos implicados no processo saúde-doença, a partir do olhar dos diferentes profissionais da equipe de saúde.

O enfermeiro de uma equipe multidisciplinar deve ter conhecimento das ações realizadas pelos demais profissionais, com o intuito de interligar as ações desenvolvidas por toda equipe, visando à articulação das estratégias assistenciais. Esse fato torna-se ainda mais relevante à medida que o enfermeiro é considerado um profissional que tem a prerrogativa de coordenar e integrar um programa de reabilitação, em decorrência da sua habilidade para gerenciar o cuidado indireto e direto aos pacientes e seus familiares.²³

Entende-se que, no primeiro mês após a intervenção cirúrgica ou o acometimento na saúde, o usuário apresenta maiores dúvidas sobre sua doença, bem como questionamentos sobre seu cuidado diante das atividades de vida diária. Essa primeira etapa é caracterizada como Fase I segundo a Diretriz de Reabilitação, que consiste no atendimento de usuários durante o período de internação hospitalar, demandando a atenção profissional de médico, fisioterapeuta, enfermeiro, nutricionista e psicólogo.^{4,24} O programa, nessa fase, objetiva que o paciente tenha alta hospitalar nas melhores condições físicas e psicológicas possíveis, municiado de informações referentes ao estilo saudável de vida, em especial no que diz respeito ao processo de reabilitação cardíaca.²⁴

Já a Fase II objetiva contribuir para o mais breve retorno do paciente às suas atividades sociais e laborais, nas melhores condições físicas e emocionais possíveis, sendo recomendável que façam parte da equipe o médico, fisioterapeuta ou educador físico, equipe de enfermagem e, caso haja disponibilidade, nutricionista e psicólogo.⁴ Conforme os dados do estudo, os únicos profissionais que prestaram assistência aos usuários inseridos na Fase II foram o psicólogo e o médico. O enfermeiro não prestou assistência a todos os pacientes nessa fase, evidenciando que há lacunas na atuação desse profissional no programa de reabilitação investigado. Contudo, vale destacar que esse enfermeiro é liberado de outro serviço uma vez na semana por 2 horas, tempo considerado insuficiente para uma atuação eficaz junto a esses usuários.

Os enfermeiros são considerados fundamentais em qualquer fase da reabilitação, pois têm um papel integral no cuidado de pessoas, proporcionando ao restante da equipe de reabilitação um conhecimento ampliado da saúde do paciente.²³ Assim, o enfermeiro pode ser o articulador das discussões na equipe e do gerenciamento do cuidado prestado ao usuário.

Contudo, observou-se que nem todos os profissionais identificados como recomendáveis prestaram assistência a todos os pacientes inseridos nas diferentes fases do programa. Em especial, a ausência de um enfermeiro com atuação exclusiva no programa de reabilitação pode acarretar na descontinuidade do cuidado prestado direta e indiretamente ao paciente e à sua família, trazendo prejuízo ao gerenciamento do processo de reabilitação cardíaca.

Essa lacuna mostra-se ainda mais presente quando se analisa o tempo de participação dos cardiopatas no programa de reabilitação, pois mais da metade dos sujeitos (56,7%) estão inseridos no programa há mais de 3 anos, sendo que mais da metade (53,3%)

permanece na Fase II do programa. Segundo um estudo, a duração da Fase II varia de 3 a 6 meses e a da Fase III de 6 a 24 meses,⁴ contrapondo-se aos dados observados neste estudo.

O trabalho multi/interdisciplinar constitui um grande avanço para o processo de reabilitação de usuários portadores de dano cardiovascular, à medida que disponibiliza o suporte terapêutico e educativo para que esses sujeitos reassumam uma condição ativa e produtiva no meio social. Obviamente, as instituições de saúde necessitam incorporar os programas de reabilitação cardíaca como uma meta a ser alcançada, provendo condições de recursos humanos e de infraestrutura que favoreçam o desenvolvimento de ações dessa natureza, as quais constituem uma importante estratégia para promoção e reabilitação da saúde dos usuários.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou traçar o perfil de usuários inseridos em um programa de reabilitação cardíaca, subsidiando reflexões sobre a participação da enfermagem nesse processo. Os dados revelaram que os usuários são, em sua maioria, do sexo feminino, casados, e têm baixa escolaridade. Muitos têm dislipidemia, HAS e diabetes, demandando a utilização de diferentes medicações.

Verificou-se, ainda, que há participação de diferentes profissionais no programa, mas não com todos os usuários. O enfermeiro, em especial, não presta atendimento a todos os usuários inseridos no programa investigado. No entanto, programas de reabilitação dessa natureza demandam a atuação de diferentes profissionais, em especial a efetiva participação do enfermeiro. Esse profissional pode ser considerado essencial, uma vez que promove a gerência do cuidado, atuando como articulador do processo de reabilitação junto aos demais profissionais, além de desenvolver ações de educação em saúde, em prol da promoção da saúde e bem-estar dos usuários.

O enfermeiro tem papel essencial, igualmente, no desenvolvimento de ações que otimizem o processo de reabilitação das pessoas com doença cardiovascular, com vistas a possibilitar uma melhor qualidade de vida e minimizar as possibilidades de reincidência de eventos cardiovasculares.

A principal limitação deste estudo está relacionada à fonte de dados, uma vez que muitos prontuários não continham todas as informações. Além disso, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos sobre essa temática, tendo em vista sua relevância social e o processo de assistência à saúde de portadores de doença cardiovascular.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Brasília (DF): OMS; 2010.

2. Guedes D, Guedes J, Barbosa D, Oliveira J, Stanganelli L. Fatores de risco cardiovasculares em adolescentes: indicadores biológicos e comportamentais. *Arq Bras Cardiol* [internet]. 2006 Jun [acesso em 2012 Ago 18];86(6):439-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v86n6/29877.pdf>.
3. Ruff CT, Braunwald E. The evolving epidemiology of acute coronary syndromes. *Nat Rev Cardiol*. 2011 Mar;8(3):140-7.
4. Carvalho T, Cortez AA, Ferraz A, Nóbrega ACL, Brunetto AF, Herdy AH, et al. Diretriz. Reabilitação cardiopulmonar e metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. *Arq Bras Cardiol* [internet]. 2006 Nov-Dez [acesso em 2012 Jun 15];83(Supl 5):448-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v11n6/a02v11n6.pdf>.
5. Faro ACM. Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2006 Mar [acesso em 2012 Ago 15];40(1):128-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>.
6. Sales JV, Moraes HCR, Araújo FCS. Respostas cardiovasculares a partir da imersão na fase de recuperação do protocolo de reabilitação cardíaca. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2011 Abr-Jun;24(2):123-8.
7. Velloso M, Jardim JR. Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. *J Bras Pneumol* [internet]. 2006 [acesso em 2012 Ago 12];32(6):580-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32n6/a17v32n6.pdf>.
8. Figueiredo NMA, Machado W. O que é reabilitação. In: Figueiredo NMA, Machado WCA, Tonini T. Cuidando de clientes com necessidades especiais, motora e social. São Paulo: Difusão Enfermagem; 2004. p. 1-2.
9. Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Health education: a strategy of care for the lay caregiver. *Rev Latino-Am Enferm* [internet]. 2007 Abr [acesso em 2012 Ago 20];15(2):337-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/v15n2a22.pdf>.
10. Moraes RS. Diretriz de reabilitação cardíaca. *Arq Bras Cardiol* [internet]. 2005 Maio [acesso em 2012 Jun 10];84(5):431-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n5/a15v84n5.pdf>.
11. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília* (1996 Out 21); Sec.1.
12. Rossi RC, Vanderlei FM, Medina LAR, Pastre CM, Padovani CR, Vanderlei LCM. Influência do perfil clínico e sociodemográfico na qualidade de vida de cardiopatas submetidos à reabilitação cardíaca. *Conscientiae Saúde*. 2011;11(1):59-68.
13. Muela HCS, Bassan R, Serra SM. Avaliação dos benefícios funcionais de um programa de reabilitação cardíaca. *Rev Bras Cardiol* [internet]. 2011 Jul-Ago [acesso em 2012 Set 20];24(4):241-50. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_04/a_2011_v24_n04_avaliacao.pdf.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): Sinopse do Censo Demográfico 2010 [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [acesso em 2012 Ago 19]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>.
15. Fernandes MVB, Aliti G, Souza EN. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev Eletrônica*

Enferm [internet]. 2009 [acesso em 2012 Set 20];11(4):993-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a25.pdf>.

16. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZPS. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS: PNAD 2003. Ciênc Saúde Coletiva [internet]. 2006 Dez [acesso em 2012 Set 19];11(4):1011-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32337.pdf>.

17. Moraes TPR, Dantas RAS. Avaliação do suporte social entre pacientes cardíacos cirúrgicos: subsídio para o planejamento da assistência de enfermagem. Rev Latino-Am Enferm [internet]. 2007 Mar-Abr [acesso em 2012 Out 19];15(2):323-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a20.pdf.

18. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2000;34:316-9.

19. Martins LN, Souza LS, Silva CF, Machado RS, Silva CEF, Vilagra MM, et al. Prevalência dos fatores de risco cardiovascular em adultos admitidos na unidade de dor torácica em vassouras, RJ. Rev Bras Cardiol [internet]. 2011 Set-Out [acesso em 2012 Set 19];24(5):299-307. Disponível em:

http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_05/2a_2011_v24_n05_04prevalencia.pdf.

20. Santana VTS, Squassoni SD, Neder JA, Fiss E. Influência do tabagismo atual na aderência e nas respostas à reabilitação pulmonar em pacientes com DPOC. Rev Bras Fisioter. 2010 Jan-Fev;14(1):16-23.

21. Aquino RD, Fonseca SM, Lourenço EPL, Leite AL, Bettencourt ARC. Mapeamento dos diagnósticos de enfermagem em uma unidade de pneumologia. Acta Paul Enferm. 2011;24(2):192-8.

22. Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. Rev Latino-Am Enferm [internet]. 2002 Maio-Jun [acesso em 2012 Ago 20];10(3):415-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13351.pdf>.

23. Andrade LT, Araújo EG, Andrade KRP, Soares DM, Ciancal TCM. Papel da enfermagem na reabilitação física. Rev Bras Enferm [internet]. 2010 Nov-Dez [acesso em 2012 Out 19];63(6):1056-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/29.pdf>.

24. Gardenghi G, Dias FD. Reabilitação cardiovascular em pacientes cardiopatas. Integração. 2007;51:387-92.

25. Eyken EBBDOV, Moraes CL. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. Cad Saúde Pública [internet]. 2009 Jan [acesso em 2012 Ago 18];25(1):111-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/12.pdf>.

26. Carvalho CQ, Alfenas RCG. Índice glicêmico: uma abordagem crítica acerca de sua utilização na prevenção e no tratamento de fatores de risco cardiovasculares. Rev Nutr. 2008 Set-Out [acesso em 2012 Set 19];21(5):577-87. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n5/a10v21n5.pdf>.

Recebido em: 18/11/2012
Revisão requerida: Não
Aprovado em: 29/05/2013
Publicado em: 01/01/2014

Endereço do autor correspondente:
Letice Dalla Lana
Rua Silveiro 30 apt 301. Bairro Menino Deus. Porto Alegre. RS.
CEP: 90850-000 - Email: leticedl@hotmail.com