

Descoberta da doença cardiovascular: associando causas e vivenciando o contexto da instituição hospitalar de referência

Discovery of cardiovascular disease: associating causes and experiencing the context of a referral hospital

Descubrimiento de la enfermedad cardiovascular: asociando causas y viviendo el contexto de la institución hospitalaria de referencia

Maria Aparecida Baggioⁱ; Alacoque Lorenzini Erdmannⁱⁱ; Giovana Dorneles Callegaro Higashiⁱⁱⁱ;
Cintia Koerich^{iv}; Gabriela Marcelino de Melo Lanzoni^v

RESUMO

Objetivo: compreender como os pacientes experienciam a descoberta da doença cardiovascular e como ocorre o processo desde o diagnóstico da doença até a reabilitação cardíaca em uma instituição hospitalar, referência em cardiologia. **Método:** estudo descritivo de abordagem qualitativa, com uso da Teoria Fundamentada nos Dados, envolvendo 29 sujeitos (pacientes, familiares, profissionais). Realizada entrevista semiestruturada, entre outubro/2010 e maio/2012, tendo sido o projeto aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 001/2010. **Resultados:** a instituição de referência apresenta fragilidades estruturais e no âmbito das ações dos profissionais de saúde, mas possui um programa de reabilitação cardíaca que oferece acompanhamento multiprofissional, equipamentos para condicionamento físico, além de favorecer a interação social e a promoção da saúde psíquica dos pacientes. **Conclusão:** para além de investimentos em estrutura física e em recursos humanos, a capacitação dos profissionais para o cuidado ao paciente cardíaco cirúrgico, é fundamental para atender às demandas dos usuários do serviço.

Palavras-chave: Enfermagem; doenças cardiovasculares; revascularização miocárdica; serviço hospitalar de cardiologia.

ABSTRACT

Objective: to understand how patients experience the discovery of cardiovascular disease and how the process occurs, from diagnosis to these patients' cardiac rehabilitation in a cardiology referral hospital. **Method:** in this qualitative, descriptive study, using Grounded Theory, 29 subjects (patients, relatives and health personnel) underwent semi-structured interviews between October 2010 and May 2012. The study was approved by the research ethics committee (No. 001/2010). **Results:** the referral institution displays weaknesses in its structure and in the sphere of the health personnel's actions, but has a cardiac rehabilitation program, which offers multi-professional care, physical fitness equipment, favors social interaction and promotes patients' mental health. **Conclusion:** in addition to investing in physical infrastructure and human resources, training for health personnel to care for surgical cardiac patients is key to meeting service users' demands.

Keywords: Nursing; cardiovascular disease; myocardial revascularization; cardiology service hospital.

RESUMEN

Objetivo: entender cómo los pacientes experimentan el descubrimiento de la enfermedad cardiovascular y la forma cómo el proceso se produce desde el diagnóstico hasta la rehabilitación cardíaca en una institución hospitalaria, referencia en cardiología. **Método:** estudio descriptivo de enfoque cualitativo, utilizando la Teoría Fundamentada en los datos, involucrando a 29 sujetos (pacientes, familiares, profesionales). Las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo entre octubre / 2010 y mayo / 2012 y el proyecto ha sido aprobado por el Comité Ético en Investigación bajo el No. 001/2010. **Resultados:** la institución de referencia tiene debilidades estructurales y también en lo que respecta a las acciones de los profesionales de la salud, pero posee un programa de rehabilitación cardíaca que ofrece seguimiento multiprofesional, equipos para preparación física y, además, favorece la interacción social y la promoción de salud psíquica de los pacientes. **Conclusión:** además de la inversión en infraestructura física y en recursos humanos, la formación de profesionales para el cuidado de la paciente del corazón quirúrgica, la capacitación de los profesionales para el cuidado al paciente cardíaco quirúrgico es esencial para atender a las demandas de los usuarios del servicio.

Palabras clave: Enfermería; enfermedad cardiovascular; revascularización miocárdica; hospital de cardiología servicio.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população aponta elevação do número de indivíduos com idade superior a 70 anos. A expectativa de vida do brasileiro, em 2011, era de 74,1 anos, e, em 2012 passou a ser de 74,6 anos. Quanto ao sexo, a expectativa dos homens passou de 70,6 anos em 2011, para 71 anos em 2012; e

das mulheres, passou de 77,7 para 78,3 anos. Estima-se que, em 2060 os idosos atinjam 26,8% da população¹.

Entre as doenças que acompanham o envelhecimento populacional, as cardiovasculares pertencem às principais causas de morbimortalidade e invalidez no Brasil e no mundo, particularmente a doença arterial coronariana².

ⁱDoutora em Enfermagem. Professora, Colegiado de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Brasil. E-mail: mariabaggio@yahoo.com.br.

ⁱⁱEnfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular, Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. E-mail: alacoque@newsite.com.br

ⁱⁱⁱDoutora em Enfermagem. Pós-Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. E-mail: gio.enfermagem@gmail.com.

^{iv}Mestre em Enfermagem. Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. E-mail: cintia.koerich@gmail.com.br

^vDoutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. E-mail: gabriela.lanzoni@ufsc.br.

A doença cardiovascular está associada a diversos fatores de risco, especialmente os relacionados aos hábitos de vida inadequados, tais como: sedentarismo, consumo de alimentos gordurosos, obesidade, etilismo e tabagismo³. A prevenção da doença baseia-se na adoção de estilo de vida saudável. Todavia, na ausência de prevenção, a doença se instala e os recursos de tratamento e reabilitação precisam ser utilizados.

O conhecimento do paciente sobre as experiências e significados que permeiam o processo de adoecimento e tratamento cardiovascular, favorece a intervenção dos profissionais de enfermagem e de saúde. Logo, questiona-se: Como os pacientes experienciam a descoberta da doença cardiovascular? A que fatores atribuem à doença? Como descrevem o início dos sintomas? Como o contexto da instituição hospitalar interfere no processo de tratamento e de reabilitação cirúrgica? Assim, o objetivo do estudo foi compreender como os pacientes experienciam a descoberta da doença cardiovascular e como ocorre o processo desde o diagnóstico da doença até a reabilitação cardíaca em uma instituição hospitalar, referência em cardiologia.

REVISÃO DE LITERATURA

Em 2007, as doenças cardiovasculares representaram a terceira causa de internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com 1.156.136 hospitalizações, sendo a insuficiência cardíaca a principal delas⁴. As despesas relativas à assistência cardiovascular de alta complexidade do SUS aumentaram de, aproximadamente R\$ 395 milhões, em 2000, para cerca de R\$ 736 milhões em 2005, um acréscimo de 86,2%⁵. Relativamente às doenças crônicas não transmissíveis, em 2010 as doenças cardiovasculares foram a principal causa de mortalidade no Brasil, correspondendo a 31,2% dos óbitos, seguidas por câncer (16,7%), doenças respiratórias crônicas (6,0%) e diabetes (5,3%)⁶.

A mortalidade de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica pode atingir 10%. Considerando-se apenas as cirurgias eletivas, a taxa de óbito cai para 6,3%. Nas cirurgias de urgência/emergência, a taxa aumenta para 7%. O risco de óbito é maior para pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, principalmente para o sexo feminino⁷. Para pacientes de 70 e 80 anos, o risco de óbito é de 8,3%, cujo percentual de mortalidade não aponta diferença entre essas idades⁸.

São condições que aumentam o risco de morte de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: tempo de circulação extracorpórea, tempo de ventilação mecânica superior, tempo de internação em terapia intensiva, reoperação por sangramento, suporte inotrópico prolongado e utilização de hemoderivados⁸.

Levando-se em conta esses dados, os profissionais de enfermagem e de saúde devem atuar desde a prevenção da doença, no tratamento e na reabilitação, orientando medidas de autocuidado e, esclarecendo dúvidas aos indivíduos, a fim de reduzir as taxas de (re)internação, a morbimortalidade e os elevados custos em saúde⁹.

METODOLOGIA

O estudo é de natureza qualitativa, de caráter descritivo. Foi realizada uma releitura dos dados de um estudo amplo, intitulado: Significando a experiência cirúrgica e o processo de viver do paciente submetido à cirurgia de revascularização miocárdica. O referencial metodológico utilizado foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)¹⁰. O cenário do estudo foi uma instituição pública de saúde, referência em cirurgia cardíaca, localizada na Região Sul do Brasil.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual, semiestruturada, no período de outubro de 2010 a maio de 2012, e contou com quatro grupos amostrais. Foi critério de inclusão para a constituição do primeiro grupo amostral, o indivíduo ser maior de 18 anos e ter realizado cirurgia de revascularização miocárdica no período de 2005 a 2010.

O primeiro grupo amostral foi constituído por oito pacientes revascularizados. Iniciou-se a entrevista dos pacientes, com a questão: Fale-me sobre sua experiência de descoberta da doença cardíaca e realização da cirurgia de revascularização miocárdica. As demais questões foram direcionadas pelas pesquisadoras, a partir das respostas emitidas. As falas dos sujeitos foram registradas por meio de gravador digital de voz. Do material analisado, emergiu grande interface com a instituição, principalmente com os serviços que ofereciam as rotinas internas.

Para o segundo grupo amostral, foram entrevistados seis profissionais de saúde (dois médicos, dois enfermeiros, um educador físico, um técnico de enfermagem), que mantinham contato direto com o paciente revascularizado. O segundo grupo amostral apontou para a necessidade de incluir familiares, em novo grupo. O terceiro grupo amostral então reuniu três familiares e dois pacientes revascularizados. Por fim, visando consolidar e aprimorar as categorias no que se refere às suas propriedades e dimensões formou-se um quarto grupo com 10 pacientes revascularizados.

O método utilizado prevê este movimento de ir e vir na busca pelo entendimento/confirmação dos significados revelados pelos participantes¹⁰. Alcançou-se a saturação teórica dos dados com 29 participantes.

O desenvolvimento do projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o estudo foi desenvolvido, sob o nº 001/2010. Os princípios éticos foram respeitados em todas as etapas da pesquisa, como prevê a Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹¹. Os sujeitos autorizaram sua participação voluntária por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantia do anonimato, os participantes foram identificados pelas iniciais: pacientes (Pa), profissionais (Pr), Familiares (Fa), seguidas por números cardinais para identificar, respectivamente, a ordem da entrevista e o grupo amostral.

O processo de coleta e análise dos dados foi guiado por amostragem teórica, conforme preconiza a TFD, cujos dados coletados, ao serem analisados, conduzem a próxima coleta e análise comparativa de dados, sucessivamente. Os códigos foram agrupados e as categorias e subcategorias definidas e desenvolvidas em termos de suas propriedades e dimensões, seguindo-se o processo de codificação aberta, axial e seletiva¹⁰. Da análise emergiram três categorias que sustentaram o fenômeno em questão, quais sejam: *Descobrimo a doença cardiovascular; Conhecendo a instituição de referência e Entendendo o programa de reabilitação.*

RESULTADOS

As categorias emergentes do estudo são apresentadas a seguir, conforme os depoimentos obtidos.

Descobrimo a doença cardiovascular

Nesta categoria, os participantes relataram os hábitos de vida anteriores à doença. Em geral, possuíam uma vida ativa, por vezes estressante devido à sobrecarga de trabalho. Realizavam refeições comumente ricas em gorduras animal e saturada, acompanhadas do consumo de álcool, como ilustram os discursos:

[...] eu comia [...] uma murcilha, um torresmo. Isso aí [referindo-se ao torresmo] eu comia direto. Comia mortadela [...] que tem bastante banha; e carne de porco [...] gostava de tomar uma cervejinha [...]. (Pa1.3)

[...] eu pegava a carreta e ia fazer entrega. Sentava às 3 h da manhã e 4 h da manhã saía da firma e ia fazer entrega. Chegava no outro dia de madrugada [...]. (Pa3.3)

O conhecimento da doença cardiovascular aterosclerótica desencadeou sentimento de tristeza nos pacientes. Estes associaram o aparecimento da doença aos hábitos de vida e aos fatores hereditários, colocando-os como os principais responsáveis pela ocorrência da doença. Seguem os depoimentos:

[...] no começo foi triste, mas apesar disso eu já era consciente, porque já é genético [referindo-se aos fatores hereditários]. Da família, 80% morreram de infarto [...]. (Pa1.1)

As minhas irmãs têm pressão alta, o meu irmão teve derrame [...] a minha irmã operou [revascularização cardíaca]. (Pa7.1)

Para alguns pacientes, os sintomas da doença surgiram repentinamente. Para outros, se manifestaram gradativamente, postergando a procura por atendimento médico. Contudo, pacientes sintomáticos procuraram por auxílio médico, mas o diagnóstico inicial não foi assertivo. Os sintomas que motivaram a procura pelo serviço de saúde foram principalmente: dor no braço esquerdo, na região torácica, na região epigástrica e/ou fadiga ao esforço. As narrativas revelam:

[...] eu estava com uma obstrução de 90%, mas não sentia nada [...] me tratava no HU [Hospital Universitário] e o médico disse que eu não tinha nada, que era tudo coisa da minha cabeça. (Pa4.4)

[...] ela sentia dor, aperto no coração, dores nos braços... ela ia nos médicos; eles diziam que era dor muscular [...]. (Fa8.3)

Eu comecei com dor no peito, fui ao hospital, me receberam Buscopam e um medicamento para o estômago. Achavam que era do estômago [...]. (Pa2.3)

Os participantes referiram basicamente os mesmos sintomas quando sofreram infarto de miocárdio. Algumas vezes, estes sintomas foram confundidos com os de outras patologias, adiando o diagnóstico e o tratamento do paciente em condição aguda de insuficiência cardíaca.

Previamente à intervenção cirúrgica, para revascularização miocárdica, alguns pacientes realizaram angiografia diagnóstica seguida de angioplastia, com implante de *stent*; outros tiveram indicação de revascularização como intervenção prioritária devido ao grau de obstrução, confirmado por diagnóstico angiográfico. Para estes pacientes, a opção cirúrgica significou a única possibilidade de sobrevivência, conforme os relatos:

[...] a minha vontade era ser operado, senão não ia aguentar muito tempo. O médico disse que se eu não fosse operado, não ia aguentar cinco meses. (Pa1.1)

Não perguntaram nada para mim, só disseram que era a única saída. Eu tinha 1% de chance de sobreviver. (Pa3.1)

Durante a internação, os pacientes e seus familiares receberam orientações da equipe de saúde a respeito do processo cirúrgico, assim como dos riscos inerentes ao mesmo, conforme os depoimentos a seguir:

Sempre chamamos um familiar junto para esclarecer o risco [...] de 2% a 4% de mortalidade na cirurgia e alguns riscos com relação às intercorrências [...]. (Pr4.2)

Tinha um [residente] que faltava dois meses para se tornar médico e me explicava tudo. (Pa3.4)

Apesar de os participantes receberem a informação de que a cirurgia cardíaca revascularizadora seria a única opção para evitar novos eventos de infarto, e até mesmo a morte, a orientação pré-operatória e os esclarecimentos acerca do processo cirúrgico pelos profissionais de enfermagem e de saúde, quando realizados, favoreceram a aceitação do tratamento e tornaram a experiência positiva.

Conhecendo a instituição de referência

Esta categoria apresenta a estrutura da instituição, conforme o depoimento:

[...] o Instituto de Cardiologia faz transplante cardíaco, faz cirurgia de grande porte, cirurgia muito complexa [...] isso para o hospital é muito importante, dá crédito, torna-o referência. (Pr1.2)

Todavia, essa instituição, reconhecida como referência regional em cardiologia, possui fragilidades, as quais são apontadas pelos sujeitos do estudo:

A estrutura física é inadequada, o número de leitos é muito pequeno para a demanda de pacientes [...] às vezes falta anestesista [...] o paciente fica 30, 40, 60, 90 dias aguardando [cirurgia]. (Pr6.2)

[...] esse monte de pacientes internados, muitos com infecção urinária, por tanto tempo aqui dentro; outros ficam debilitados quando vão para a cirurgia, por já ter emagrecido [...] com hematócrito baixo pela alimentação, que é ruim. (Pr3.2)

Outra questão relacionada à instituição, diz respeito às rotinas de cuidados dos profissionais em ambiente intensivo, as quais deveriam proporcionar a recuperação do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Entretanto, há situações que dificultam o sono e o repouso nesse período:

[...] você está com dor, está se concentrando para de repente conseguir relaxar, para dormir [...] vem um e acende todas as luzes, independente da hora que seja. (Pa5.1)

O depoimento anterior alerta sobre a necessidade de a equipe de saúde buscar estratégias que minimizem o desconforto provocado, no sentido de favorecer uma experiência menos traumática ao paciente.

Entendendo o programa de reabilitação cardíaca

Esta categoria aponta o programa de reabilitação cardíaca, da instituição de referência, como uma importante ferramenta para a recuperação e manutenção da saúde dos pacientes revascularizados. Esse programa, criado em 1997, gradativamente adquire melhorias estruturais e conquista mais adeptos, como se verifica, a seguir:

Começou a criar força, a criar corpo do programa e a gente conquistou um espaço maior [...] aumentou o número de equipamentos, as estruturas, começou a ter muitos pacientes aderindo ao programa [...]. (Pr1.2)

Além de oferecer acompanhamento profissional e equipamentos para o condicionamento físico, o programa de reabilitação cardíaca incentiva a participação dos membros da família no processo e viabiliza a socialização das experiências vivenciadas pelos pacientes, favorecendo a adesão dos mesmos, como se vê:

Às vezes, aqui na reabilitação [...] eu encontro muita gente legal, aqui a gente conversa [...]. Às vezes tem gente aqui que já faz 20 anos que fez uma cirurgia, aí eu fico contente [...]. (Pa9.3)

O programa é constituído por quatro fases. A primeira ocorre na internação hospitalar, quando o programa é divulgado ao paciente com os devidos esclarecimentos, sendo ressaltada a importância da sua participação após a alta. A segunda inicia após a alta, tendo duração de dois ou três meses, na qual os pacientes têm acompanhamento por um educador físico durante a prática de exercícios na esteira e bicicleta ergométricas. A terceira, com duração de quatro a seis meses, diferencia-se da segunda fase pela menor necessidade de supervisão nas atividades de esforço. A quarta fase -manutenção do condicionamento físico- tem duração indefinida. Segue o relato do profissional:

Hoje nós vemos a literatura destacar três fases, mas nós, pela estrutura que o hospital oferece através do suporte à população, acabamos fazendo as quatro fases, pois se torna mais viável [...]. (Pr1.2)

A participação do paciente no programa, em todas as fases de reabilitação, assegura o acesso facilitado a consultas médicas e exames, bem como favorece a interação e a troca de experiências de vida, importantes para sua reinserção social e saúde psíquica.

DISCUSSÃO

Os depoimentos do presente estudo se relacionam com o desenvolvimento da doença cardiovascular aos hábitos de vida e aos fatores hereditários. A dieta alimentar inadequada, o sedentarismo, a obesidade, o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas, o histórico familiar e a presença de dislipidemia são fatores de risco que aumentam significativamente o índice de morbimortalidade por doença cardiovascular¹².

No entanto, os indicadores de morbimortalidade não podem ser modificados exclusivamente pela aplicação de tecnologia de alta complexidade, em serviços de referência. As mudanças no estilo de vida insalubre das pessoas são fundamentais⁵, podendo ser incentivadas por práticas de saúde e políticas públicas, mediante investimentos em intervenções e ações relacionadas a fatores comportamentais¹³.

Os profissionais de saúde têm importante papel na orientação e conscientização dos doentes revascularizados sobre questões relacionadas à alimentação, prática de exercícios físicos e hábitos de vida, a fim de auxiliá-los nas mudanças necessárias para um estilo de vida mais saudável. Por isso, a prática de exercícios físicos deve ser motivada e acompanhada frequentemente, considerando que encorajam o indivíduo a seguir os cuidados recomendados com a sua saúde¹⁴. Nesse contexto, surge a importância do programa de reabilitação cardíaca como um estímulo para a interação social e manutenção do condicionamento físico do paciente revascularizado.

A dificuldade do profissional de saúde em reconhecer os sinais e sintomas da doença cardiovascular aumenta a insegurança no que diz respeito ao diagnóstico precoce, com conseqüente prejuízo no tratamento do paciente, que deveria ser imediato¹⁵. Considerando que grande parte dos óbitos por infarto agudo do miocárdio ocorre nas primeiras horas de manifestação da doença (40% a 65% na primeira hora e, aproximadamente, 80% nas primeiras 24 horas), é essencial a identificação e o diagnóstico precoces da doença cardiovascular, pois o aumento da gravidade da doença resulta em piores desfechos¹⁶. Para isso, a promoção de educação em saúde à população a fim de orientar a identificação e o manejo dos sinais e sintomas¹⁷, bem como a capacitação diagnóstica aos profissionais da rede de saúde pode ser uma estratégia eficiente.

Os pacientes e seus familiares, ao receberem a informação da necessidade de procedimento cirúrgico, geralmente são acometidos por sentimentos de tristeza, descrença e estresse. Nesse momento, a equipe de saúde pode contribuir favoravelmente, oferecendo um cuidado

sensível e humanizado, aliado às habilidades técnicas e conhecimentos científicos, a fim de melhorar os resultados de saúde e a qualidade de vida destes pacientes¹⁸.

A instituição pesquisada, apesar de ser referência em cardiologia no Estado de Santa Catarina, possui fragilidades semelhantes às apontadas por outros estudos, as quais se referem à infraestrutura institucional e ao tempo prolongado de espera dos pacientes para a realização de cirurgias, também identificadas em estudos realizados nas Regiões Sul e Centro-Oeste do Brasil^{19,20}.

O adiamento de cirurgias e o consequente tempo de internação alargado em virtude da falta de leito para a recuperação pós-operatória dos pacientes, que no caso da cirurgia de revascularização miocárdica se dá em ambiente de cuidados intensivos, são também evidenciados em outros estudos²⁰.

A condição de expectativa e espera pela cirurgia pode tornar a experiência exaustiva e estressante para o paciente e seus familiares. O excesso de ruídos inerentes à unidade de tratamento intensivo na recuperação pós-operatória imediata e o não atendimento das necessidades de sono e repouso, fundamentais para recuperação do paciente, somam-se à experiência do processo cirúrgico, que pode se tornar negativa²¹. Além disso, as sensações de dor são comuns ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, cujos estímulos externos estressores podem potencializar a sintomatologia algica, refletindo nos parâmetros vitais, com prejuízo da evolução do paciente revascularizado²².

O programa de reabilitação cardíaca da instituição estudada oferece estrutura para atender as necessidades reais e potenciais dos pacientes revascularizados, conforme recomendações²³ e diretrizes internacionais²⁴, a fim de minimizar o risco de novos eventos cardíacos por meio de mudanças comportamentais e ambientais, com obtenção de estilo de vida saudável para evitar a recorrência da doença²³. No Brasil e no exterior, os programas de reabilitação são desenvolvidos em três ou mais fases, que podem iniciar ainda durante a internação. Essas fases incluem anamnese e exame físico dos pacientes, educação quanto aos fatores de risco cardiovascular, sessões de exercício terapêutico, atendimento por equipe multiprofissional, orientação sobre o uso adequado de medicamentos e sobre realização e manutenção da atividade física e exercício físico nos demais dias da semana²⁵.

A fim de promover o retorno do paciente revascularizado às suas atividades habituais, sociais e laborais, o programa de reabilitação cardíaca deve ser realizado por equipe multiprofissional, desde o período pré-operatório. As orientações e práticas educativas iniciadas neste período favorecem o enfrentamento da cirurgia pelo paciente, permitindo a diminuição das taxas de complicações pós-operatórias e do tempo de internação hospitalar. Logo, agilizam a recuperação, possibilitando ao paciente o retorno mais rápido ao seu cotidiano habitual^{26,27}.

Neste estudo, a permanência do paciente no programa de reabilitação cardíaca é atribuída ao acesso facilitado à terapia medicamentosa e à realização de exames e consultas, assim como às oportunidades de interação, convivência e socialização em grupo. A interação social que o serviço de reabilitação cardíaca proporciona aos seus adeptos contribui consideravelmente para redução dos índices de ansiedade e de depressão, que acometem frequentemente o paciente cardíaco revascularizado, auxiliando no desenvolvimento de um nível satisfatório de atividade física e social e de equilíbrio psicológico após o evento da doença e da cirurgia cardíaca^{28,29}.

A continuidade das ações desenvolvidas no programa de reabilitação cardíaca pode ser desenvolvida na atenção básica, por meio da atuação do enfermeiro, a qual se revela crescente nos últimos anos. Esse profissional, com conhecimento dos fatores causais da doença coronária, pode atuar junto aos pacientes na prevenção e redução da incidência da doença e na melhora da qualidade de vida por meio de estratégias educacionais na reabilitação cardíaca, aplicadas na estratégia da saúde da família³⁰.

CONCLUSÃO

O estudo atingiu o objetivo proposto de compreender como os pacientes cardíacos revascularizados experienciam a descoberta da doença cardiovascular, desde o diagnóstico da doença até a reabilitação cardíaca.

Identificou-se que os hábitos de vida e os fatores genéticos foram os principais responsáveis pela manifestação da doença cardíaca aterosclerótica nos pacientes do estudo, cuja cirurgia cardíaca revascularizadora significou possibilidade de sobrevida.

A promoção de educação em saúde à população sobre sinais e sintomas da doença cardíaca aterosclerótica e a capacitação diagnóstica aos profissionais de saúde, podem facilitar o atendimento e tratamento precoces. Os profissionais de saúde têm papel importante não só de diagnosticar e tratar, mas também de orientar o paciente acerca do processo cirúrgico, condição que facilita seu entendimento e a aceitação da cirurgia.

A instituição hospitalar de referência mostra fragilidades de ordem estrutural e no âmbito das ações dos profissionais no ambiente de cuidados intensivos. O demorado tempo de espera para a realização da cirurgia e o prolongado período de internação dos pacientes tornam o processo cirúrgico uma experiência negativa.

O programa de reabilitação revela-se como uma potencialidade favorável à recuperação dos pacientes. Além de oferecer acompanhamento profissional e equipamentos para o condicionamento físico do paciente em reabilitação, a equipe de saúde pode contribuir com orientações em saúde que impulsionem o indivíduo a repensar e a adquirir novas práticas no seu cotidiano para um viver saudável.

O estudo apresenta as limitações relacionadas ao método e ao processo de coleta de dados que se pautou em entrevista e não incluiu observação dos sujeitos que poderia ter beneficiado o processo de caracterização da instituição. Sugere-se que outros contextos e sujeitos sejam investigados a fim de confirmar os resultados deste estudo e/ou acrescentar novos conhecimentos.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [site de Internet]. Expectativa de vida. [citado em 12 set 2016] Disponível em: <http://teen.ibge.gov.br/noticias-teen/7827-expectativa-de-vida>
2. Ramos GC. Aspectos relevantes da doença arterial coronariana em candidatos à cirurgia não cardíaca. *Rev Bras Anesthesiol*. 2010; 60(6):662-5.
3. Gama GGG, Mussi FC, Mendes AS, Guimarães AC. (Des)controle de parâmetros clínicos e antropométricos em indivíduos com doença arterial coronária. *Rev esc enferm USP*. 2011; 45(3): 624-31.
4. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(1 supl.1): 1-71.
5. Migowski ARN, Chaves RBM, Coeli CM, Ribeiro ALP, Tura BR, Kuschnir MCC, et al. Precisión de la relación probabilística en la evaluación de la alta complejidad en cardiología. *Rev Saude Publica*. 2011; 45(2): 269-75.
6. Ministério da Saúde(Br). Secretaria de Vigilância em Saúde-Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2010 e tendências de 1991 a 2010. [site de Internet]. Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. [citado em 08 set 2016] Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap4.pdf.
7. Cadore MP, Guaragna JCVC, Anacker JFA, Albuquerque LC, Bodanese LC, Piccoli JCE, et al. Proposição de um escore de risco cirúrgico em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2010; 25(4): 447-56.
8. Anderson AJPG, Barros Neto FXR, Costa MAC, Dantas LD, Hueb AC, Prata MF. Preditores de mortalidade em pacientes acima de 70 anos na revascularização miocárdica ou troca valvar com circulação extracorpórea. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2011; 26.1: 69-75.
9. Lemos KF, Davis R, Moraes MA, Azzolin K. Prevalência de fatores de risco para Síndrome Coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(1): 129-35.
10. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
11. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 466/2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
12. Stipp MAC. A gerência do cuidado na enfermagem cardiovascular. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(1):7-9.
13. Santos I, Soares CS, Berardinelli LMM. Promovendo o autocuidado de clientes com obesidade e coronariopatia: aplicação do diagrama de pender. *Rev enferm UERJ*. 2013; 21(3): 301-6.
14. Vila VSC, Rossi LA, Costa MCS. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(4): 750-6.
15. Gouveia VA, Victor EG, Lima SG. Pre-hospital attitudes adopted by patients faced with the symptoms of acute myocardial infarction. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(5): 1080-7.
16. Banner D. Becoming a coronary artery bypass graft surgery patient: a grounded theory study of women's experiences. *J Clin Nurs*. 2010; 19(21-22): 3123-33.
17. Gonçalves FG, Albuquerque DC. Educação em saúde de pacientes portadores de insuficiência cardíaca. *Rev enferm UERJ*. 2014; 22(3): 422-8.
18. Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM, Timerman A, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(6 supl.2):e179-e264.
19. Sisson MC, Oliveira MC, Conill EM, Pires D, Boing AF, Fertoni HP. Users' satisfaction with the use of public and private health services within therapeutic itineraries in southern Brazil. *Interface*. 2011; 15(36): 123-36.
20. Chaves Sá SP, Gomes do Carmo T, Secchin Canale L. Avaliando o indicador de desempenho suspensão cirúrgica, como fator de qualidade na assistência ao paciente cirúrgico. *Enferm glob*. 2011; 10(23): 200-9.
21. Baggio MA, Pomatti DM, Bettinelli, LA, Erdmann AL. Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1): 25-30.
22. Miranda AFA, Silva LF, Caetano JA, Sousa AC, Almeida PC. Avaliação da intensidade de dor e sinais vitais no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev esc enferm USP*. 2011; 45(2):327-33.
23. National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association [site de Internet]. Recommended Framework for Cardiac Rehabilitation 4. [citado em 11 set 2016] Disponível em: <http://www.heartfoundation.org.au/CollectionDocuments/Recommended-framework.pdf>.
24. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). [site de Internet]. European Society of Cardiology. [citado em 10 ago 2016] Disponível em: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2012/05/02/eurheartj.ehs092.full.pdf+html>.
25. Magalhães S, Viamonte S, Ribeiro MM, Barreira A, Fernandes P, Torres S, et al. Efeitos a longo prazo de um programa de reabilitação cardíaca no controle dos fatores de risco cardiovasculares. *Rev Port Cardiol*. 2013; 32(3):191-9.
26. Nery RM, Barbisan JN. Efeito da atividade física de lazer no prognóstico da cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2010; 25(1):73-8.
27. Miranda RCV, Padulla SAT, Bortolatto CR. Fisioterapia respiratória e sua aplicabilidade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2011; 26(4):647-52.
28. Blumenthal JA. New frontiers in cardiovascular behavioral medicine: Comparative effectiveness of exercise and medication in treating depression. *Cleve Clin J Med*. 2011; 78(Suppl 1):S35-43.
29. Sardinha A, Araújo CGS; Silva ACO, Nardi AE. Prevalência de transtornos psiquiátricos e ansiedade relacionada à saúde em coronariopatas participantes de um programa de exercício supervisionado. *Rev psiquiatr clín*. 2011; 38(2):61-5.
30. Fassarella CS, Pinto VAE, Alves AS. O enfermeiro como educador na reabilitação cardíaca dentro da Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura. *Rede de Cuidados em Saúde*. 2013; 7(1):1-8.