

Referência e contrarreferência: repercussões da revascularização miocárdica na perspectiva da Atenção Primária

Referral and counter-referral: repercussions of coronary artery bypass graft in the perspective of Primary Care
Referencia y contrarreferencia: repercusiones de la revascularización miocárdica en la perspectiva de la Atención Primaria

Carolina Kahl^I, Kamylla Santos da Cunha^I, Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni^I,
Giovana Dorneles Callegaro Higashi^I, Alacoque Lorenzini Erdmann^I, Maria Aparecida Baggio^{II}

^I Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, Brasil.

^{II} Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel-PR, Brasil.

Como citar este artigo:

Kahl C, Cunha KS, Lanzoni GMM, Higashi GDC, Erdmann AL, Baggio MA. Referral and counter-referral: repercussions of coronary artery bypass graft in the perspective of Primary Care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(5):2359-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0598>

Submissão: 18-12-2016

Aprovação: 01-10-2017

RESUMO

Objetivo: compreender como são vivenciadas as repercussões do processo de referência e contrarreferência do paciente com indicação/submetido à Cirurgia de Revascularização Miocárdica na Atenção Primária à Saúde. **Método:** pesquisa qualitativa com aporte teórico-metodológico ancorado na Teoria Fundamentada nos Dados. Alcançou-se a amostragem teórica com 41 participantes, divididos em três grupos amostrais (pacientes, profissionais de saúde e gestores) na Região Metropolitana e Região Oeste de Santa Catarina. **Resultados:** emergiu a necessidade de melhoria no processo de registro dos dados clínicos no sistema de regulação para fortalecimento da referência do paciente; e ausência de um processo formal de contrarreferência e adaptação do estilo de vida com repercussão na contrarreferência. **Considerações finais:** as repercussões do processo de referência e contrarreferência do paciente com indicação/submetido à CRM no contexto da Atenção Primária são vivenciadas por meio das orientações profissionais e, em especial, pelo apoio da família.

Descritores: Revascularização Miocárdica; Integralidade em Saúde; Referência e Consulta; Enfermagem em Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to understand how repercussions of the referral and counter-referral of patients with indication/submitted to Coronary Artery Bypass Graft Surgery in the context of Primary Health Care. **Method:** qualitative research with a theoretical-methodological contribution anchored in the Grounded Theory. Theoretical sampling was performed with 41 participants, divided into three sample groups (patients, health professionals and managers) in the Metropolitan Region and Western Region of Santa Catarina State. **Results:** the need for improvement in the process of recording clinical data in the regulation system emerged to strengthen patient referral; and the absence of a formal process of counter-referral and adaptation of lifestyle with repercussion in the counter-referral. **Final considerations:** the repercussions of the referral and counter-referral of patients with indication/submitted to the CABGS in the context of Primary Care are experienced through professional guidance and, in particular, by family support.

Descriptors: Bypass Graft; Integrality in Health; Referral and Consultation; Public Health Nursing; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: comprender cómo son vivenciadas las repercusiones del proceso de referencia y contrarreferencia del paciente con indicación o sometido a la Cirugía de Revascularización Miocárdica en la Atención Primaria a la Salud. **Método:** investigación cualitativa con aporte teórico-metodológico anclado en la Teoría Fundamentada en los Datos. Se alcanzó el muestreo teórico con 41 participantes, divididos en tres grupos muestrales (pacientes, profesionales de salud y gestores) en la Región Metropolitana

y Región Oeste de Santa Catarina. **Resultados:** surgió la necesidad de mejora en el proceso de registro de los datos clínicos en el sistema de regulación para fortalecer la referencia del paciente; y ausencia de un proceso formal de contrarreferencia y adaptación del estilo de vida con repercusión en la contrarreferencia. **Consideraciones finales:** las repercusiones del proceso de referencia y la contrarreferencia del paciente con indicación o sometido a la CRM en el contexto de la atención primaria son vivenciadas por medio de las orientaciones profesionales y, en especial, por el apoyo de la familia.

Descriptor: Revascularización Miocárdica; Integralidad en Salud; Referencia y Consulta; Enfermería en Salud Pública; Atención Primaria a la Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE Carolina Kahl E-mail: carolinakahl@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) estão entre as principais causas de morte no mundo. Estima-se que o aumento de 82% das mortes previstas por DCV ocorrerá principalmente em países em desenvolvimento⁽¹⁾. No Brasil, cresce o interesse de gestores em saúde em investigar formas de controle e diminuição da morbimortalidade e melhoria na qualidade de vida dos pacientes acometidos por DCV⁽²⁾.

As DCV podem ser prevenidas por meio da redução e controle de seus fatores de risco, como alimentação inadequada, tabagismo e sedentarismo, condições predisponentes para doenças crônicas, como a hipertensão arterial e diabetes, que aumentam a incidência de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e a consequente indicação de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM). Na constatação de IAM, quando existe problema de acesso ao tratamento considerado padrão ouro – a intervenção coronária percutânea em tempo hábil – a CRM é uma das possibilidades terapêuticas indicadas para as complicações associadas às DCV, ampliando a expectativa de vida dos pacientes, proporcionando conforto físico, emocional e melhoria na qualidade de vida⁽³⁾.

O cuidado ao paciente com indicação de CRM requer integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) desde a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de ações individuais e coletivas voltadas à promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, até os serviços ofertados no contexto hospitalar⁽⁴⁾. A complexidade da CRM requer atenção criteriosa dos profissionais de saúde, incluindo desde a avaliação clínica inicial dos sinais e sintomas, solicitação de exames diagnósticos, até indicação cirúrgica, período pós-operatório e reabilitação, observando o paciente de forma integral e longitudinal⁽⁵⁾. Nesse processo, a prática clínica realizada pelos profissionais, especialmente pela enfermagem, no tocante às implicações em cuidados específicos desta área, bem como na atuação em todos os estágios da evolução da doença, pode fornecer subsídios para a prevenção, promoção e reabilitação por meio de ações articuladas à garantia do cuidado integral ao paciente, que incluem consultas individuais e ações de caráter organizacional de coordenação, e avaliação do cuidado às pessoas, família e comunidade⁽⁶⁾.

O Sistema de Regulação (SISREG), responsável pela articulação dos serviços de saúde na RAS, é destacado como um instrumento de gestão voltado à organização destes, visando assegurar a integralidade da assistência à saúde dos indivíduos por meio do processo de referência e contrarreferência, que consiste na

organização dos serviços de saúde por meio de critérios, fluxos de encaminhamentos e pactuações que orientam o caminhar do indivíduo pela rede⁽⁷⁾. Entretanto, dificuldades são encontradas para o desenvolvimento pleno da integralidade e coordenação da atenção, como, por exemplo, a ausência de uma rede integrada e regionalizada de referência e contrarreferência do paciente com indicação/submetido à CRM, que pode repercutir no processo de saúde-doença dos indivíduos, interferindo em seu cuidado e, por vezes, até agravando seu quadro clínico⁽⁸⁾.

Desta forma, justifica-se o desenvolvimento deste estudo devido à identificação de lacunas no fluxo de atendimentos e na necessidade de ofertar uma rede estruturada de referência e contrarreferência com vistas à integralidade da assistência às pessoas com indicação/submetidas à CRM, respeitando-se os princípios e diretrizes propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), assim como, a necessidade de aprimoramento da comunicação entre os profissionais de saúde da APS e os operadores do SISREG.

OBJETIVO

Compreender como são vivenciadas as repercussões do processo de referência e contrarreferência do paciente com indicação/submetido à CRM na APS.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo atendeu aos preceitos éticos da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. A fim de garantir sigilo e anonimato dos participantes, utilizou-se a letra E seguida do número correspondente à ordem de realização das entrevistas para designá-los (E1, E2, E3...) e da indicação do grupo amostral – primeiro grupo (G1), segundo grupo (G2), terceiro grupo (G3) – da seguinte forma: (E1G1); (E1G2); (E1G3).

Referencial teórico-metodológico

Adotou-se como referencial teórico-metodológico, com ênfase nos processos relacionais e de íntima relação com a lógica do processo de referência e contrarreferência, a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que busca a compreensão dos fenômenos sociais, explorando o significado desses a partir da inter-relação entre os dados, bem como da análise comparativa constante⁽⁹⁾.

Tipo de estudo

Estudo qualitativo, a partir do aprofundamento dos dados oriundos do componente “Consequências”, inerente ao modelo paradigmático da TFD⁽⁹⁾, onde, dada a sua relevância para a compreensão do fenômeno, optou-se por aprofundar a discussão e dar visibilidade aos achados.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de um recorte do projeto de pesquisa intitulado “Paciente Cardíaco Revascularizado: Processo de Referência e Contrarreferência dos Serviços de Saúde de Santa Catarina”, que apresenta o fenômeno “*Emergindo a alta complexidade como referência para pessoa submetida à cirurgia de revascularização miocárdica diante da fragilidade da Atenção Primária à Saúde no acompanhamento e articulação com os demais níveis de atenção no SUS*”.

Cenário do estudo

O cenário do estudo compreendeu dois polos no estado de Santa Catarina junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS) de dois municípios, sendo um desses na Região Metropolitana e outro na Região Oeste, conhecidos por ser referência no atendimento cardiovascular na capital e interior do estado, respectivamente.

Fonte de dados

A amostragem teórica deste estudo foi alcançada com 41 participantes, distribuídos em três grupos amostrais subdivididos em 14 pacientes, 21 profissionais de saúde e seis gestores em saúde, totalizando 25 na Região Metropolitana e 16 na Região Oeste. Os pacientes selecionados para o estudo foram indicados por profissionais da APS. A seleção dos profissionais foi intencional e obedeceu a seguinte estratégia: cada profissional participante indicou um novo profissional, que por sua vez era convidado a participar da pesquisa e, de acordo com a sua disponibilidade, o pesquisador realizava a entrevista. A amostragem teórica na TFD consiste na composição da amostra a partir da coleta de dados de lugares e pessoas que melhor responderão a pergunta de pesquisa, fornecendo um leque de informações que auxiliem o desenvolvimento de conceitos, além de revelar e identificar as relações e interações entre estes conceitos⁽⁹⁾.

Coleta e organização dos dados

A coleta ocorreu entre março e junho de 2014, com entrevistas abertas e individuais realizadas pela equipe de pesquisa do projeto, em local de escolha do participante (local reservado no ambiente de trabalho com os profissionais e no domicílio com os pacientes). As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos e foram registradas com auxílio de dispositivo de gravação de áudio digital e posteriormente transcritas na íntegra para o processo de análise.

O primeiro grupo amostral constituiu-se de 14 pacientes identificados pelos profissionais de saúde da APS e que atenderam aos critérios de inclusão: adultos, independente do sexo, que tivessem sido submetidos à CRM há pelo menos seis meses e que, no momento da entrevista, se encontrassem em domicílio. O primeiro contato foi na UBS, após os esclarecimentos em relação aos aspectos éticos e à concordância em participar da

pesquisa. A entrevista foi realizada na própria UBS, em local reservado, ou na casa do participante em horário de preferência do mesmo. Para este grupo, foram adotadas as seguintes questões norteadoras: “Diga-me, como foi o seu acompanhamento em saúde na APS até a realização da CRM?” e “Diga-me, como foi a sua experiência cirúrgica e consequências enfrentadas após a CRM?”. A partir das respostas para as questões iniciais, novas perguntas foram direcionadas, a fim de atender ao objetivo do estudo. Os participantes deram ênfase ao suporte profissional da equipe de saúde no que se refere à orientação no acesso aos serviços para a CRM no processo de referência e contrarreferência. Assim, optou-se por seguir para o segundo grupo amostral a fim de aprofundar questões relevantes à atuação profissional.

Participaram do segundo grupo 21 profissionais, sendo oito enfermeiros, seis médicos e sete agentes comunitários de saúde que se adequaram aos critérios de inclusão adotados: estar vinculado à APS; e atuar na UBS há pelo menos seis meses. Para iniciar as entrevistas, a questão norteadora foi “Como você promove o acompanhamento em saúde dos pacientes com indicação/submetidos à CRM?”.

A partir da resposta dos participantes a essas questões, observou-se que o sistema de regulação tem papel fundamental no processo de referência e contrarreferência. Dessa forma, optou-se por constituir um terceiro grupo amostral com participantes que melhor pudessem responder às questões-chave sobre o sistema de regulação nesse processo. Este grupo foi composto por seis profissionais; destes, três eram vinculados ao SISREG na região metropolitana, sendo dois médicos e um profissional técnico administrativo e três eram profissionais vinculados à Central de Referência em Saúde Municipal (CRESM) na região oeste, sendo um médico e duas enfermeiras. Como critério de inclusão, adotaram-se profissionais vinculados ao SISREG e ao CRESM atuantes há pelo menos seis meses. A questão que norteou as entrevistas para este grupo foi “Como a regulação municipal contribuiu para o processo de referência e contrarreferência da pessoa submetida à CRM?”. Assim, destacou-se a importância da prática clínica dos profissionais de saúde para o preenchimento correto e encaminhamento adequado do paciente com DCV com indicação à CRM nos diferentes pontos da RAS.

Os critérios de exclusão foram: no primeiro grupo amostral, pacientes menores de 18 anos ou sem condições clínicas de responder a entrevista e, para os demais grupos, profissionais que estivessem afastados do trabalho, durante o período de coleta de dados. A saturação teórica dos dados, conforme preconiza a TFD, foi definida pela ausência de novos elementos relevantes para a análise dos dados e consolidação das categorias e subcategorias em suas propriedades e dimensões, finalizando, assim, a amostragem teórica deste estudo com três grupos amostrais.

Análise dos dados

A análise ocorreu em três etapas interdependentes, de acordo com o referencial teórico e metodológico da TFD, sendo que a primeira consistiu na codificação aberta, onde os conceitos foram identificados e suas propriedades e dimensões foram descobertas. Na codificação axial, segunda etapa, as subcategorias estabeleceram relação com as categorias a fim de obter uma explicação mais completa sobre o fenômeno, suas propriedades

e dimensões. E, na terceira etapa, a codificação seletiva, ocorreu a ligação das categorias em torno de uma categoria central, com o intuito de reduzir e aprimorar a teoria⁽⁹⁾. Foi utilizado o software NVIVO® para auxiliar na ordenação e organização dos dados no processo de codificação.

Na análise, foi possível identificar as categorias que sustentam o fenômeno do estudo, sendo apresentada aqui a categoria referente ao componente “Consequências”, intitulada “Percebendo o apoio da família, a necessidade de intensificar as orientações profissionais, o acompanhamento descontinuado na APS e a reabilitação cardíaca, ainda pouco estruturada, como repercussões importantes na referência e contrarreferência”, com duas subcategorias: “Evidenciando a necessidade de aprimoramento da prática clínica na APS para o fortalecimento da referência do paciente com DCV e indicação de CRM” e “Dispondo dos serviços oferecidos na APS para reabilitação e adaptação do estilo de vida com repercussão na contrarreferência”.

RESULTADOS

A categoria “Revelando as repercussões do processo de referência e contrarreferência do paciente com DCV/indicação de CRM” agrega importantes elementos do complexo fluxo e contrafluxo de pacientes com DCV nos serviços de saúde.

A primeira subcategoria, “Evidenciando a necessidade de melhoria no processo de registro de informações clínicas no sistema de regulação na APS para o fortalecimento da referência do paciente com DCV e indicação de CRM”, aponta que os pacientes acometidos por DCV buscam a emergência hospitalar frente a eventos agudos, devido ao rápido atendimento, entretanto, em caso de estabilidade no quadro clínico, são orientados a procurar a UBS para dar continuidade ao cuidado. Quando o paciente está em acompanhamento na APS, após avaliação clínica da equipe de saúde e coleta das informações necessárias para hipótese diagnóstica, ele é referenciado da APS via SISREG.

A equipe na APS faz um encaminhamento com as informações do paciente que é inserido por um profissional técnico administrativo da APS nesse sistema [o SISREG] via Internet. (E38G3)

Os participantes apontaram que o fato de o preenchimento das informações clínicas do paciente avaliado pelo profissional de saúde ter sido feito manualmente dificulta a compreensão do operador do sistema na APS, porque, além de não entender o que foi escrito, não possui formação na área da saúde. Se não fosse manuscrito, facilitaria sua compreensão, conforme ilustra a seguinte fala.

Se não fosse manuscrito, seria melhor, porque vai passar por outra pessoa que não é da área e que não tem esse conhecimento todo [...] são termos técnicos, demanda mais tempo para a pessoa que não é da área pesquisar, porque às vezes ela não está diretamente com o médico para tirar uma dúvida. (E36G3)

Em alguns casos, torna-se necessário entrar em contato direto com a central de regulação via e-mail para esclarecer dúvidas pertinentes ao processo de referência do paciente com DCV. A

morosidade neste processo acaba repercutindo em pendências e sobrecarga para a APS.

Era por telefone [o contato com o SISREG], mas ficava muito congestionado, então agora é por e-mail e a resposta não é imediata, infelizmente. Então você fica com aquela situação pendente no posto de saúde. (E36G3)

O SISREG tem o objetivo de ordenar e priorizar os pedidos de encaminhamento com base em situações clínicas e não em situações cronológicas, como era antes da implantação do sistema. Os pedidos que chegam até a central de regulação são avaliados por profissionais, em especial médicos, que efetivam o encaminhamento a outro setor de acordo com as informações do quadro clínico do paciente. No entanto, pedidos de encaminhamento com escassez de informações clínicas acabam por se tornar uma prática comum, fazendo com que estes pedidos retornem à APS solicitando maiores informações, o que, consequentemente, implica em morosidade no processo de referência do paciente com DCV.

Eu mando muitos [pedidos] de volta, porque não está descrito e precisa de alguns dados de exame físico, uma hipótese diagnóstica, o que foi realizado de exame. Precisa me dar uma ideia do que está acontecendo, porque eu não estou vendo o paciente. (E38G3)

Alguns enfermeiros afirmam sentir mais segurança para orientar os pacientes com indicação de CRM devido à experiência prévia de trabalho em cardiologia, a qual promoveu o aprimoramento de sua prática clínica. As orientações não são somente destinadas ao paciente, mas também aos familiares que vão acompanhá-lo durante todo o processo.

Antes, quem fazia as orientações ao paciente para a cirurgia era a médica, hoje sou eu que faço por ter experiência em cardiologia [...]. Realizamos as orientações para os familiares também [...] oriento sobre todos os procedimentos pré-operatórios, transoperatórios e pós-operatórios. (E16G2)

Segundo relato dos pacientes, as orientações recebidas dos profissionais são indispensáveis para o alcance dos resultados desejados, proporcionando qualidade de vida após a experiência cirúrgica. A competência e prática clínica dos profissionais da APS possibilitaram um cuidado integral e continuado aos pacientes com DCV. Com o domínio dos conhecimentos clínicos específicos, o profissional é capaz de prestar um cuidado qualificado a esses pacientes, com tratamento e orientações adequados, além de possibilitar um olhar ampliado para questões emocionais e afetivas que permeiam o processo cirúrgico e suas repercussões, como o medo e a ansiedade. Ademais, a espiritualidade e as crenças religiosas podem confortar e dar esperanças ao paciente e seus familiares.

No que tange ao processo de contrarreferência, a segunda subcategoria, intitulada “Destacando a inexistência de um processo de formal de contrarreferência à APS e dificuldades de adaptação à reabilitação cardíaca”, revelou que, após a alta hospitalar, o paciente é orientado a buscar o ambulatório do hospital para as

primeiras consultas, mantendo o vínculo com estes profissionais. Depois, segue para o acompanhamento na APS, que, por vezes, ocorre concomitante às consultas ambulatoriais. Entretanto, os pacientes não são formalmente contrarreferenciados à APS, este acompanhamento é geralmente solicitado pelos familiares.

Ela foi revascularizada e após alta começou a ser atendida lá com o cardiologista [no hospital] e veio para cá [APS] pra ter um acompanhamento paralelo. (E25G2)

A gente fica sabendo que o paciente fez a cirurgia quando a pessoa ou um familiar vem aqui [APS] e informa. (E17G2)

Os familiares falam que o paciente recebeu alta do hospital e tem dificuldade de vir até a UBS, então nós vamos até a casa da pessoa [...] a família é sempre uma ótima rede de apoio, eles [familiares] ajudam bastante, eu acho fundamental. (E21G2)

Os achados apontam que a maioria das famílias está presente no acompanhamento pós-operatório, recebendo junto ao paciente as orientações para a alta, dando auxílio e acompanhando até o serviço de reabilitação cardíaca e solicitando visita domiciliar na APS.

Enquanto que alguns pacientes afirmaram atender às orientações após a cirurgia ainda no hospital e também na APS, outros, mesmo cientes da importância dessas mudanças, relataram não realizar as atividades físicas leves, como caminhadas, por exemplo, ou adotar uma alimentação adequada, o abandono do tabagismo, conforme as falas a seguir:

Alimentação, eu não posso comer muita coisa, que me orientaram, o que eu uso mais é alimentos light, adoçante, iogurte light [...] eu compro só dessas coisas. (E6G1)

Larguei o cigarro após a cirurgia, quatro meses, depois disso já tentei três tratamentos para largar e não consegui efetuar. (E1G1)

Dentre as recomendações após realização de CRM, encontra-se a reabilitação cardíaca, que acontece a nível ambulatorial no hospital de referência para CRM nas regiões metropolitana e oeste do estado. Quando o paciente não foi encaminhado do hospital para um serviço de reabilitação, a própria APS faz esse encaminhamento, de acordo com a fala a seguir.

Geralmente, eles [paciente pós-CRM] já são encaminhados para o serviço de reabilitação, ou, se não foram encaminhados do hospital, nós [APS] acabamos encaminhando. (E21G2)

Na contrarreferência, alguns dos pacientes entrevistados apontaram dificuldades em manter o acompanhamento da reabilitação cardíaca devido a questões financeiras para se deslocar até o hospital periodicamente, acabando por interromper o tratamento. Associaram, ainda, a impossibilidade de voltar a trabalhar com a interrupção das atividades de reabilitação cardíaca, devido às limitações que a CRM ocasiona inicialmente.

Eu participei [da reabilitação cardíaca] várias vezes, mas com o passar do tempo fui obrigado a parar por conta da

situação financeira. É longe, eu dependo de ônibus para me locomover. (E1G1)

Além da reabilitação cardíaca, outras atividades podem ser realizadas pelos pacientes após a CRM e são oferecidas pela APS, como grupos de atividade física e caminhada, realizadas com acompanhamento de um profissional. No entanto, alguns participantes apontaram não receber orientações para participar dessas atividades. Em contrapartida, os profissionais entrevistados ressaltaram que orientavam sobre a importância da participação nessas atividades.

O médico nunca pediu para eu participar de grupos de caminhada, não que eu me lembre. (E5G1)

Tem o grupo de atividade física também, que já vai introduzindo o paciente aos poucos nas suas atividades normais [após CRM], que a gente acaba encaminhando. (E16G2)

Um diferencial apontado na região oeste de Santa Catarina consiste no programa Cidade do Idoso. Os pacientes, ao tomarem conhecimento da Cidade do Idoso, procuram a APS a fim de serem encaminhados, entretanto, apesar de haver o encaminhamento por parte de alguns profissionais, ainda há pouca orientação de como realmente proceder para participar das atividades disponibilizadas no programa.

Não encaminho ninguém para Cidade do Idoso por pouca informação, os pacientes vão espontaneamente. Lá tem médico, enfermeiro, educador físico [...]. (E29G2)

Naquela época [antes da CRM] eu não fazia exercício físico, depois que eu comecei a fazer aqui na Cidade do Idoso [...]. Faço musculação. No começo, eu fiz pilates, um ano depois eu fiz natação, hidromassagem [...]. Eu gosto muito de lá. (E9G1)

A Cidade do Idoso surge como uma alternativa para os pacientes que buscam a prática de exercício física após a CRM, tendo em vista a diversidade de atividades, como ginástica, dança e esportes, concentradas em um único lugar, além de contar com a assistência de profissionais de saúde.

DISCUSSÃO

A partir da realização do estudo, pode-se evidenciar a contribuição da pesquisa em relação à produção de novos conhecimentos e elementos do processo de referência e contrarreferência, que podem facilitar ou até mesmo inviabilizar a concretização do fluxo de assistência ao paciente com DCV. Desta forma, como aspectos inovadores, evidencia-se a necessidade de ampliar os domínios de conhecimentos clínicos específicos por profissional da APS, o que converge com tema em voga de prática avançada em enfermagem. Sinaliza-se, também, que no processo de contrarreferência a família se mostrou ativa no processo de busca por orientação, considerando a ineficiência do sistema. Ainda, identifica-se o processo de reabilitação como importante ação à continuidade do cuidado, além de se configurar como uma lacuna a ser explorada pelo enfermeiro que reforça sua competência para prevenção, promoção,

recuperação e reabilitação do paciente sob uma perspectiva integral, humanizada e longitudinal.

Embora se preconize a APS como porta de entrada dos indivíduos aos serviços de saúde e alguns participantes deste estudo tenham procurado a APS para primeiro atendimento, ressalta-se a procura pela emergência hospitalar frente a eventos agudos, na compreensão de que esse atendimento será mais rápido. Estudos identificaram dentre os motivos de busca espontânea dos usuários pelo serviço de emergência, a agilidade no atendimento e a maior gravidade das condições de saúde. Além disso, parte desses pacientes não foi referenciada por outros serviços, como APS ou unidade de pronto atendimento, para a resolução dos casos⁽¹⁰⁻¹¹⁾, o que evidencia a frágil interlocução entre os diferentes pontos da RAS, assim como na prática clínica, ao avaliar os sinais e sintomas do paciente e seguir o seu referenciamento.

As informações supracitadas divergem do que é preconizado pelo sistema de saúde referente à APS acolher os pacientes do seu território, coordenando o cuidado e ordenando a RAS, além de propiciar o acesso aos serviços de saúde de maior complexidade tecnológica, apropriada em sua longitudinalidade/continuidade do cuidado⁽¹²⁾. Ademais, ressalta-se que, se os sintomas agudos apresentados forem de gravidade clínica, não se exclui a busca destes pacientes pela atenção especializada com retaguarda tecnológica apropriada.

A necessidade de uma avaliação minuciosa que articule os saberes técnicos da profissão aos saberes gerados na experiência para avaliar as informações clínicas e que trace os planejamentos e realizar as devidas intervenções de cuidado⁽¹³⁾ refletem no cuidado ao paciente com indicação/submetido à CRM ao transitar pelos diferentes pontos da RAS, especialmente quando necessária a interface com o SISREG.

No que se refere ao SISREG, ressalta-se maior atenção no seu processo de preenchimento, pois implica o atraso no referenciamento dos pacientes na rede. Estudo realizado no Município do Rio de Janeiro identificou duplicidade nas marcações das consultas para serviços especializados, possivelmente, gerada por falhas no sistema ou oscilação na transmissão de dados pela rede de Internet, como, também, por erro de manuseio dos operadores⁽¹⁴⁾, o que resulta em implicações no processo de referência do indivíduo com indicação de CRM e consequente agravamento do seu quadro clínico até que este chegue a um especialista e ao encaminhamento cirúrgico.

Outro elemento destacado pelos participantes refere-se às orientações que os pacientes com indicação à cirurgia e familiares recebem sobre a CRM. Em especial, os enfermeiros, envolvidos na gerência do cuidado na APS, ao acolherem esses pacientes devem ser agentes ativos, orientando sobre os procedimentos e os ambientes de cuidado pelos quais devem passar⁽¹⁵⁾. Confirma-se em estudo que as orientações para CRM, realizadas pelo enfermeiro, ao paciente em pré-operatório auxiliam na compreensão total sobre a cirurgia, esclarecendo dúvidas e preparando-o física e psicologicamente para a experiência cirúrgica e importância do seguimento adequado do tratamento em cada fase desse processo⁽¹⁶⁾. Enfatizando, assim, uma prática clínica mediada por competências profissionais, saberes e habilidades que valorizam os contextos sociais e históricos existentes⁽¹⁷⁾.

Os familiares também são evidenciados no enfrentamento do processo cirúrgico desses pacientes, recebendo, junto à indicação de CRM, as orientações. O sistema familiar é relatado em estudo com pessoas submetidas à CRM como principal fonte de apoio reportada pelos pacientes, confirmando-se através dos relatos que o auxílio direto dos familiares na realização de atividades domésticas e autocuidado, acompanhamento e apoio emocional são fundamentais durante todo o processo de adocimento, tratamento e de reabilitação após a alta hospitalar⁽¹⁸⁾.

No tocante aos sentimentos vivenciados ao receber a indicação de CRM até o momento de internação, os resultados trazem especificidades, pois alguns pacientes referem ansiedade e medo enquanto que outros relatam tranquilidade, apoiando-se na sua espiritualidade. Convergindo a essa assertiva, estudo confirma que no período pré-operatório existe uma ambiguidade de sentimentos, verbalizando contraditoriamente ansiedade, medo, tranquilidade e angústia⁽¹⁵⁾. A competência dos profissionais refletida na qualidade do atendimento, juntamente com a espiritualidade dos pacientes unem-se para obter resultados positivos consequentes da experiência cirúrgica⁽¹⁹⁾.

Após a CRM, os pacientes permanecem os primeiros dias internados recebendo as orientações iniciais e, após a alta, passam a realizar as consultas de acompanhamento a nível ambulatorial hospitalar, concomitantemente à APS, com os profissionais de saúde, na contrarreferência. A continuidade do cuidado dentro e fora do hospital destaca-se positivamente para a redução do número de readmissões hospitalares pós-CRM⁽²⁰⁾ e consequente melhoria e estabilidade no quadro clínico destes pacientes.

Alguns pacientes apresentam, ainda, dificuldades em se adequar às mudanças necessárias em seu estilo de vida. Corroborando com este achado, um estudo com o objetivo de compreender os significados do processo de viver de pacientes após a CRM identificou dificuldades e limitações referentes ao novo estilo de vida, como restrições alimentares, necessidade de prática de atividade física e abandono do trabalho devido a limitações físicas⁽²¹⁾.

A CRM traz ainda a necessidade de seguir uma terapia medicamentosa, que pode ser adquirida através de diferentes meios. Grande parte dessa população utiliza o SUS como fonte de obtenção de medicamentos, seja pelas farmácias na APS e policlínicas, farmácias escolas do SUS ou pelo Programa Farmácia Popular⁽²²⁾, onde os medicamentos credenciados podem ser adquiridos pelos pacientes mediante receita médica, a preço de custo, ou ainda, gratuitamente⁽²³⁾.

Concernente às mudanças no estilo de vida, destaca-se a reabilitação cardíaca, que consiste em um conjunto de atividades necessárias para o alcance de mudanças no estilo de vida, com ênfase em atividades físicas programadas, adoção de hábitos alimentares saudáveis, abandono do tabagismo e diminuição do estresse⁽²⁴⁾, melhorando a capacidade funcional dos pacientes submetidos a CRM. Preconiza-se que os programas de reabilitação cardiovascular sejam estruturados e implantados tanto no serviço público quanto no privado, com atividades realizadas em estrutura integrante do complexo hospitalar, porém algumas atividades podem ser realizadas em outro ambiente próprio para a prática de exercícios físicos, como clubes esportivos, ginásios de esporte, etc.⁽²⁵⁾.

Posto isso, a reabilitação representa uma fase crucial na recuperação do paciente submetido à CRM, que, ao final de todo o processo, deve ser capaz de alcançar mudanças permanentes em sua vida, com adoção de hábitos cotidianos saudáveis e controle dos fatores de risco, evitando surgimento de novas doenças ou recidivas. Estudos apontam que a aderência dos pacientes submetidos à CRM às atividades de reabilitação apresentam significativas mudanças hemodinâmicas, metabólicas, vasculares, alimentares e psicológicas que se associam a um melhor controle de fatores de risco coronarianos e melhoria da qualidade de vida^(24,26).

Como repercussão da CRM na contrarreferência, alguns participantes apontaram não dar continuidade nas atividades de reabilitação cardíaca. Estudo bibliográfico revelou que o aumento do risco de mortalidade de pacientes com DCV está associado ao tempo despendido com o sedentarismo e que o aumento controlado das atividades físicas pode minimizar este risco⁽²⁷⁾ e contribuir na recuperação do paciente submetido à CRM. Ainda, outro estudo evidenciou que a prática de exercícios físicos na APS acompanhada por profissionais interferiu positivamente no uso dos serviços de saúde pela população, os usuários perceberam-se mais saudáveis, aumentaram a eficácia no controle da pressão arterial e diminuíram a frequência de visitas rotineiras à APS⁽²⁸⁾.

A Região Oeste de Santa Catarina conta ainda com a Cidade do Idoso, que atua com uma proposta de ampliação do cuidado à saúde do idoso, proporcionando em um único lugar o acesso à assistência de saúde com profissionais da medicina, enfermagem, fisioterapia, educação física e nutrição; atividades físicas em academia e hidroginástica; além de outras atividades de lazer como artesanato, danças e momentos de interações com outras pessoas⁽²⁹⁾. Assim, os participantes do estudo visualizavam de forma positiva a inserção na Cidade do Idoso como consequência da experiência cirúrgica no processo de contrarreferência, representando um forte estímulo de adesão a um novo estilo de vida, além da prática de exercícios físicos com acompanhamento de profissionais, atividades de lazer e convívio com outras pessoas em situações semelhantes, promovendo qualidade de vida dessas pessoas e, consequentemente, diminuindo as chances de recidiva por DCV.

Limitações do estudo

O estudo limitou-se em apresentar dados da Região Metropolitana e Região Oeste de Santa Catarina, no contexto

da APS, permitindo a compreensão do processo de referência e contrarreferência do paciente com indicação/submetido à CRM nesses cenários. Apesar de serem dois grandes polos de atenção à saúde e referência em cardiologia no estado de Santa Catarina e apresentarem especificidades relacionadas ao fluxo dos pacientes, foi possível evidenciar desafios semelhantes no processo de contrarreferência.

Contribuições para a enfermagem

O estudo fornece subsídios para profissionais e gestores em saúde para aprimoramento da Atenção Primária, como porta de entrada na RAS que referencia os pacientes com risco de/ com DCV para os diversos pontos de atenção da rede, mas que tem estrutura e profissionais de saúde e de enfermagem qualificados para acompanhar pacientes já revascularizados, quando contrarreferenciados. Para isso, indica-se a necessidade de ampliar a atuação do enfermeiro na APS para consolidação do vínculo com os usuários do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível compreender que as repercussões do processo de referência e contrarreferência do paciente com indicação/submetido à CRM, no contexto da APS nas Regiões Metropolitana e Oeste de Santa Catarina, são vivenciadas por meio das orientações dos profissionais e, em especial, do apoio da família. Na referência, foi evidenciada a necessidade de melhoria no processo de registro das informações clínicas dos pacientes no sistema de regulação na APS, para que se fortaleça a referência do paciente com DCV de modo que haja continuidade ao seu cuidado no fluxo da rede.

Na contrarreferência, identificou-se o acompanhamento descontinuado na APS, na identificação dos pacientes que receberam alta hospitalar e se encontravam em seus domicílios, devido à ausência de um processo formal de contrarreferência destes pacientes à APS, destacando a família na busca por atendimento neste setor.

FOMENTO

Este estudo recebeu suporte financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) por meio processo n°. 1459/2012.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization-WHO. Cardiovascular Diseases-CVDs[Internet]. Geneva: WHO; 2016[cited 2016 Aug 22]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
2. Schmidt MI, Duncan BB, Mill JG, Lotufo PA, Chor D, Barreto SM, et al. Cohort Profile: longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). *Int J Epidemiol*[Internet]. 2015[cited 2017 Jul 26];44(1):68-75. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339754/pdf/dyu027.pdf>
3. Colósimo FC, Sousa AG, Silva GS, Piotto RF, Pierin AMG. Hipertensão arterial e fatores associados em pessoas submetidas à cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2015[cited 2017 Jul 26];49(2):201-8. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3610/361038470003.pdf>
4. Marcolino MS, Brant LCC, Araújo JG, Nascimento BR, Castro LRA, Martins P, et al. Implantação da linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio no município de Belo Horizonte. *Arq Bras Cardiol*[Internet]. 2013[cited 2016 Aug 23];100(4):307-14. Available

from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2013nahead/aop5145.pdf>

5. Borges DL, Nina VJS, Lima RO, Costa MAG, Baldez TEP, Santos NP, et al. Características clínicas e demográficas de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio em um hospital universitário. *Rev Pesqui: Saúde*[Internet]. 2013[cited 2016 Aug 23];14(3):171-4. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v27n1/v27n1a09.pdf>
6. Costa RHS, Couto CRO, Silva RAR. Prática clínica do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde*[Internet]. 2015[cited 2017 Jul 26];41(2):9-18. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/download/10841/pdf>
7. Costa SM, Ferreira A, Xavier LR, Guerra PNS, Rodrigues CAQ. Referência e contrarreferência na saúde da família: percepções dos profissionais de saúde. *Rev APS*[Internet]. 2013[cited 2016 Aug 23];16(3):287-93. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1888>
8. Cunha KS, Higashi GDC, Erdmann AL, Kahl C, Koerich C, Meirelles BHS. Myocardial revascularization: factors intervening in the reference and counter-reference in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2016[cited 2017 Jul 26];50(6):963-70. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n6/pt_0080-6234-reeusp-50-06-00965.pdf
9. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Rocha LO, (Trad.). 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
10. Freire AB, Fernandes DL, Moro JS, Kneupp MM, Cardoso CM, Lima SBS. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? *Saúde*[Internet]. 2015[cited 2017 Jul 26];41(1):195-200. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/15061/pdf>
11. Martins JAF, Franco SC. Condições cardiológicas sensíveis à atenção primária em serviço terciário de saúde: apenas a ponta do iceberg. *Saúde Debate*[Internet]. 2013[cited 2016 Aug 28];98(37):388-99. Available from: www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a03v37n98.pdf
12. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2013[cited 2016 Aug 28];66(Esp):158-64. Available from: www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf
13. Machado MLP, Oliveira DLLC, Manica ST. Consulta de enfermagem ampliada: possibilidades de formação para a prática da integralidade em saúde. *Rev Gaúcha Enferm*[Internet]. 2013[cited 2016 Aug 28];34(4):53-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n4/07.pdf>
14. Ceciliano TM, Duque PHC, Nascimento GE. Duplicidades em marcações de consultas pelo Sistema Nacional de Regulação – SISREG. *Acad Rev Cientif Saúde*[Internet]. 2016[cited 2016 Aug 28];1(1):1-8. Available from: <http://smsrio.org/revista/index.php/rev/article/view/127>
15. Bessa ATT, Mesquita MRM, Stipp MAC. Saúde do homem e doença cardiovascular: gerenciamento do cuidado de enfermagem em nível ambulatorial. *Rev Pesqui: Cuid Fundam*[Internet]. 2016[cited 2017 Jul 26];8(3):4766-72. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3954>
16. Coppetti LC, Stumm EMF, Benetti ERR. Considerações de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca referentes às orientações recebidas do enfermeiro. *Rev Min Enferm*[Internet]. 2015[cited 2016 Sep 14];19(1):113-9. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/990>
17. Silveira LC, Vieira AN, Monteiro ARM, Miranda KCL, Silva LF. Clinical care in nursing: development of a concept in the perspective of professional practice reconstruction. *Esc Anna Nery Rev Enferm*[Internet]. 2013[cited 2017 Jul 26];17(3):548-54. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/en_1414-8145-ean-17-03-0548.pdf
18. Bin G, Costa MCS, Vila VSC, Dantas RAS, Rossi LA. Significados de apoio social de acordo com pessoas submetidas à revascularização do miocárdio: estudo etnográfico. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2014[cited 2016 Sep 14];67(1):71-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0071.pdf>
19. Lanzoni GMM, Higashi GDC, Koerich C, Erdmann AL, Baggio MA. Fatores que influenciam o processo de viver a revascularização cardíaca. *Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2015[cited 2016 Sep 14];24(1):270-8. Available from: www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00270.pdf
20. Hall MH, Esposito RA, Pekmezaris R, Lesser M, Moravick D, Jahn L. Cardiac surgery nurse practitioner home visits prevent coronary artery bypass graft readmissions. *Ann Thorac Surg*[Internet]. 2014[cited 2016 Sep 14];97:1488–95. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24612701>
21. Callegaro GD, Koerich C, Lanzoni GMM, Baggio MA, Erdmann AL. Significando o processo de viver a cirurgia de revascularização miocárdica: mudanças no estilo de vida. *Rev Gaúcha Enferm*[Internet]. 2012[cited 2016 Sep 14];33(4):149-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/19.pdf>
22. Mengue SS, Tavares MUL, Costa KS, Malta DC, Silva Jr. JB. Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*[Internet]. 2015[cited 2016 Sep 14];18(Suppl-2):192-203. Available from: www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00192.pdf
23. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular do Brasil: Manual de informações às unidades credenciadas: sistema de co-pagamento. 2008; 2 ed. 22p.
24. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Sul-americana de prevenção e reabilitação cardiovascular[Internet]. 2014[cited 2016 Sep 14];103(2). Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2014/Diretriz_de_Consenso%20Sul-Americano.pdf

25. Diretriz de Reabilitação Cardíaca. Arq Bras Cardiol[Internet]. 2005[cited 2016 Sep 14];84(5):431-40 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n5/a15v84n5.pdf>
 26. 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 controlo dos fatores de risco cardiovasculares. Rev Port Cardiol[Internet]. 2013[cited 2016 Sep 14];32(3):191-9 Available from: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-cardiologia-334/pdf/S087025511200306X/S300/>
 27. Chau JY, Grunseit AC, Chey T, Stamatakis E, Brown WJ, Mathews CE, et al. Daily sitting time and all-cause mortality: a meta-analysis. Plos One[Internet]. 2013[cited 2016 Sep 14];8(11):1-14. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0080000>
 28. Giraldo AED, Gomes AEO, Serafim THS, Zorzeto LP, Aquino DC, Kokubun E. Influência de um programa de exercícios físicos no uso de serviços de saúde na Atenção Básica de Saúde do município de Rio Claro, SP. Rev Bras Ativ Fis Saúde[Internet]. 2013[cited 2016 Sep 14];18(2):186-96 Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/2624/pdf66>
 29. Oliveira PP, Verffel A, Antonioli MA, Silveira MT, Parmeggiani SP, Correio GPG. Vida segura para o idoso: interação entre atividades teórico práticas e pesquisa científica em um projeto de extensão. Interfaces Rev Ext[Internet]. 2014[cited 2016 Sep 14];2(2):131-42 Available from: <https://www.ufmg.br/proex/revistainterfaces/index.php/IREXT/article/viewFile/.../pdf>
-