

# Multiprofissionalidade em Saúde Cardiovascular: Atuação Integrada em Clínica Cirúrgica

## Multi-Professionalism in Cardiovascular Health Care: Integrated Practice in Surgery

FRANCILENE JANE RODRIGUES PEREIRA<sup>1</sup>  
ADELAIDE AIRES BEZERRA<sup>2</sup>  
CLÉBYA CANDEIA DE OLIVEIRA MARQUES<sup>3</sup>  
CARLA MOUSINHO FERREIRA LUCENA<sup>4</sup>  
ELISEUDA MARINHO DA SILVA<sup>5</sup>  
SAIONARA FERREIRA ARAÚJO DOS SANTOS<sup>6</sup>  
SOLANGE ALVES CANAVIEIRAS<sup>7</sup>

### RESUMO

As doenças cardiovasculares lideram as causas de morbi-mortalidade mundiais. Em 2006, representaram mais de 300 mil óbitos no Brasil e 20 mil na Paraíba. Assim, a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar intervém na assistência ao usuário cardiopata com vistas a proporcionar uma melhor qualidade de vida. *Objetivo:* O estudo busca caracterizar as ações uni e multiprofissionais direcionadas aos usuários das enfermarias de Cardiologia da Clínica Cirúrgica de um hospital público em João Pessoa, Paraíba, desenvolvida pelos residentes multiprofissionais. *Material e Métodos:* Trata-se de um estudo exploratório transversal quantitativo utilizando registros de atendimentos do período de abril a setembro de 2010. *Resultados:* Totalizaram-se 75 atendimentos, sendo 51% sexo feminino e 39% dos usuários com 61 a 80 anos. Quanto aos procedimentos, sabe-se que envolveram a revascularização do miocárdio e as cirurgias valvares, 48% e 41%, respectivamente. *Conclusão:* As ações uni e multiprofissionais caracterizaram-se pelo acolhimento, pela escuta qualificada e pela integralidade do atendimento, incentivando a participação ativa do usuário e práticas de educação em saúde em prol de sua reabilitação.

### DESCRIPTORIOS

Doenças Cardiovasculares. Equipe de assistência ao paciente. Assistência Integral à Saúde.

### ABSTRACT

*Introduction:* Cardiovascular diseases are the leading causes of morbi-mortality worldwide. In 2006, they represented more than 30.0000 deaths in Brazil and 20.000 in the state of Paraíba. Thus, the *Multi-professional Integrated Residence in Hospital Care* provides care for cardiopath patients to have a better quality of life. *Objective:* This study aimed to characterize single- and multi-professional actions directed to the users of the wards of Cardiology in Surgical Clinics of a public hospital in João Pessoa, Paraíba. *Material and Methods:* This was an exploratory cross-sectional study with quantitative approach using the records of treatments performed from April to September 2010. *Results:* We analyzed 75 cases, of which 51% corresponded to female patients and 39% had age ranging from 61 to 80 years. With regard to the procedures, it was mostly performed coronary artery bypass grafting (48%) and valve surgery (41%). *Conclusion:* The uni and multidisciplinary actions were characterized by user embracement, qualified hearing and comprehensive care, encouraging users' active participation and practices of health education towards their rehabilitation.

### DESCRIPTORS

Cardiovascular Diseases. Patient Care Team. Comprehensive Health Care.

- 1 Enfermeira do Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista e Ex-Residente Multiprofissional do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.
- 2 Enfermeira da Empresa de Cerâmica Elizabeth AS e Ex-Residente Multiprofissional no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.
- 3 Fisioterapeuta. Ex-Residente Multiprofissional no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.
- 4 Assistente Social. Ex-Residente Multiprofissional no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.
- 5 Nutricionista do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital Universitário Lauro Wanderley. (HULW/UFPB) João Pessoa/PB, Brasil.
- 6 Assistente Social da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.
- 7 Farmacêutica do Serviço de Informação Medicamentosa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

As doenças cardiovasculares caracterizam-se, mundialmente, como as maiores causas de morbi-mortalidade e invalidez, configurando-se como alvo de vários estudos, pois além de atingirem grandes contingentes populacionais, também representam elevados custos sociais e econômicos (SIMÃO *et al.*, 2002; WHO, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

O Brasil, nos registros do Data-SUS de 2006, apresentou mais de 300 mil óbitos por patologias cardíacas, e na Paraíba, das 20 mil mortes registradas, 6 mil tiveram estas como a principal implicada. Os dados da Organização Mundial de Saúde apontam o aumento da mortalidade por patologias cardíacas no início do século XXI. Porém, nas últimas décadas constatou-se a queda na proporção de mortes ocorridas por estas doenças (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Isso ocorreu através do crescente avanço tecnológico e do rápido desenvolvimento na área da saúde, principalmente em virtude das inovações introduzidas nos tratamentos cirúrgicos e medicamentosos (LIMA *et al.*, 2001). SARMENTO, (2009), concorda com essas informações ao afirmar que a cirurgia cardiovascular e o controle pós-operatório vêm incorporando equipamentos de alta tecnologia e fármacos de última geração.

As demandas na atenção à saúde cardiovascular implicam ações emergenciais, além da colaboração ativa de todos os profissionais de saúde. Nesse cenário, a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar se propõe a cooperar na inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente para a construção do SUS (ROSA *et al.*, 2010), pois para isto, há a necessidade de mudanças na organização do trabalho, na formação e na atuação dos profissionais (FERREIRA *et al.*, 2009). Deste modo, é possível contribuir na minimização das complicações cardiológicas e proporcionar condições favoráveis ao atendimento dos usuários dos serviços de saúde, bem como o restabelecimento do indivíduo submetido à cirurgia cardíaca.

Assim, o objetivo do presente trabalho foi caracterizar as ações uni e multiprofissionais direcionadas aos usuários admitidos nas enfermarias de Cardiologia da Clínica Cirúrgica de um hospital público do Município de João Pessoa, Paraíba.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo transversal do tipo documental retrospectivo que se caracteriza por coletar dados e utilizá-los para justificar e avaliar as condições e práticas existentes ou sugerir planos para melhorar a atuação profissional na atenção

à saúde (LOBIONDO-WOOD, 2001; MINAYO, 1999). O estudo utilizou-se de uma abordagem quantitativa que é definida como a busca de um critério de representatividade numérica que possibilite a generalização dos conceitos teóricos que se pretende testar (MINAYO, 1999).

A fonte de dados do presente estudo se constitui dos registros documentais dos atendimentos realizados pelos residentes multiprofissionais aos usuários admitidos nas enfermarias de cardiologia da clínica cirúrgica de um hospital de grande porte do município de João Pessoa, Paraíba, no período de abril a setembro de 2010.

Nesse intervalo de tempo de seis meses sobre o qual o estudo se deteve, registraram-se 75 (setenta e cinco) admissões de pacientes cardiopatas nas enfermarias de cardiologia da clínica cirúrgica. O critério de inclusão utilizado para compor a amostra foi: a) Estar internado na enfermaria de cardiologia da clínica cirúrgica por alguma patologia cardíaca e b) Aceitar o atendimento clínico pela equipe multiprofissional. Destarte, por toda a população do período estudado estar dentro dos critérios de inclusão, também constitui a amostra de 75 (setenta e cinco) usuários atendidos.

Para acesso aos dados documentais, solicitou-se a Carta de Anuência da Coordenação da Clínica Cirúrgica. Para a análise dos resultados foram utilizadas ferramentas de estatística descritiva para apuração e tratamento dos dados quantitativos que, por fim, foram diagramados na forma de tabelas.

A coleta do material empírico iniciou-se após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley cadastrado na Plataforma Brasil, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 2307312.1.0000.5183.

## RESULTADOS

Em 2010, o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (RIMUSH), por meio da ênfase Atenção à Saúde Cardiovascular do Adulto, iniciou suas atividades tendo como cenário de prática as enfermarias da clínica cirúrgica de um hospital de grande porte. As ações eram então desenvolvidas para os usuários cardiopatas tendo em vista a implementação de uma nova metodologia de trabalho, alicerçada na perspectiva de uma Clínica Ampliada, com instauração do Projeto Terapêutico Singular, almejando uma assistência qualificada ao sujeito.

Na Tabela 1 observa-se o quantitativo de admissões por mês registrados em 2010. Em se tratando

de sua distribuição mensal, a menor representatividade de internações foi registrada no mês de abril, enquanto que o maior registro, em maio.

A clínica cirúrgica do hospital em estudo se apresenta com duas enfermarias, uma masculina e a outra feminina, tendo cada uma, dois leitos de internação. Nessa interface, quanto ao gênero, nota-se uma maior porcentagem de mulheres que realizaram cirurgias cardíacas. No que se refere à faixa etária, a prevalência foi de 61 a 80 anos, correspondendo a 39% dos usuários deste serviço cirúrgico especializado (Tabela 2).

A Tabela 3 evidencia os diferentes tipos de tratamentos clínico-cirúrgicos aos quais os internos foram submetidos, com destaque para as cirurgias de revascularização do miocárdio e valvares.

**Tabela 1.** Distribuição dos usuários atendidos na Clínica Cirúrgica no ano de 2010.

Mês de atendimento	n	%
Abril	06	08
Maio	18	24
Junho	16	21
Julho	15	20
Agoosto	12	16
Setembro	08	11
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Tabela 3.** Distribuição de procedimentos registrados.

Tipos de atendimentos	n	%
Revascularização do miocárdio	36	48
Cirurgias valvares	31	41
Cirurgias da aorta	04	05
Correção de falhas genéticas	02	03
Tratamento clínico	02	03
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Na perspectiva de uma assistência integral aos indivíduos com doenças cardiovasculares provenientes da clínica cirúrgica, atividades uni, multi e/ou interprofissionais foram planejadas e executadas, em consonância com a proposta pedagógica do Programa RIMUSH que prevê o desenrolar de atividades teórico-práticas e/ou práticas, conforme pode ser visualizado na Tabela 4.

É notório relatar que todos os pacientes evoluíram para alta e foram referenciados para acompanhamento ambulatorial no mesmo hospital. Portanto, um dos traços mais marcantes da assistência multiprofissional da equipe de saúde foi a inexistência do registro de óbito de qualquer interno no setor, podendo ser visualizado na Tabela 5.

**Tabela 2.** Características dos usuários atendidos na Clínica Cirúrgica.

Variáveis	n	%
<b>Gênero</b>		
Masculino	37	49
Feminino	38	51
<b>Faixa etária</b>		
De 0 a 20 anos	03	04
De 21 a 40 anos	21	28
De 41 a 60 anos	20	27
De 61 a 80 anos	29	39
Acima de 81 anos	02	02
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Tabela 4.** Tipo de atividade desenvolvida durante as ações uni e/ou multiprofissionais prestadas.

Atividades	n
Projeto Terapêutico Singular	99
Entrevista ao usuário	106
Visita multiprofissional	460

**Tabela 5.** Demonstrativo de procedimentos realizados e altas e óbitos ocorridos.

Procedimentos/óbitos	n	%
Procedimentos Cirúrgicos	73	97,3
Tratamento Clínico	02	2,7
Altas	75	100
Óbitos	00	0

## DISCUSSÃO

A realização das cirurgias cardíacas representou um marco de relevância nos procedimentos de alta complexidade e trouxe consigo benefícios imensuráveis, tanto para o ensino e a pesquisa dos cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde quanto para a assistência à população usuária do SUS. A equipe responsável pelas cirurgias se fazia composta por anestesistas, cirurgiões cardíacos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem, conforme preconiza a literatura (A UNIÃO, 2010; BRASIL, 2010; UFPB INFORMATIVO 2010). Na assistência ao pré e pós-operatório, a equipe era composta por assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogos e técnicos de enfermagem. Essa conformação da equipe é coerente com a proposta de um serviço multiprofissional especializado, pautado na Clínica Ampliada, no qual os profissionais somam seus conhecimentos e habilidades em prol de prover uma assistência voltada às necessidades dos usuários, priorizando a qualidade de vida, bem-estar físico, mental e social, bem como a redução de dificuldades, incapacidades e inabilidades frente à história natural da doença.

No horizonte mediato, há de se proporcionar qualidade no atendimento cirúrgico ofertado aos cardiopatas, ampliar a rede de assistência e minimizar agravos decorrentes de uma assistência indevida aos usuários do Sistema Único de Saúde. Em congruência com esta proposta, na Paraíba, as cirurgias cardíacas vêm sendo realizadas desde agosto de 2009 quando foi implantada a Rede de Cardiologia da Paraíba. Todavia, os municípios interessados na captação de recursos federais precisam estar enquadrados no modelo de gestão plena de saúde, sendo, por conseguinte, obrigatório o credenciamento das unidades interessadas (A UNIÃO, 2010; BRASIL, 2010; UFPB INFORMATIVO 2010).

O Estado da Paraíba esforçou-se para promover a habilitação de novas instituições hospitalares para o atendimento cirúrgico de cardiopatas adultos e crianças, obedecendo aos protocolos do Ministério da Saúde, obtendo aprovação, em fevereiro de 2010, pelo Conselho Estadual de Saúde (BRASIL, 2010). A assistência multiprofissional em cirurgia cardíaca constitui um modelo de transformação para conceitos interdisciplinares na busca de objetivos singulares que promovam excelência na assistência e favoreçam, inclusive, o rápido restabelecimento e/ou minimizar impactos negativos na qualidade de vida do indivíduo.

Neste estudo, as variáveis-resposta analisadas foram: atendimentos mensais, tempo de internamento,

taxa de reinternação, sexo, idade, procedimentos clínico-cirúrgicos e óbitos. Adicionalmente, foram sistematizadas as atividades uni e multiprofissionais desenvolvidas.

A constatação de um menor percentual de atendimentos em abril em relação aos demais meses se justifica devido à discrepância nos internamentos deste mês e não, por sua demanda incipiente. Essa divergência deve-se a um maior período de permanência hospitalar de dois pacientes por complicações cirúrgicas, diminuindo a rotatividade nas enfermarias de cardiologia da Clínica Cirúrgica. Neste período, o tempo médio de internação foi de 21,8 dias, em contrapartida, o menor tempo médio de internação foi registrado em maio (7,05 dias). No que diz respeito à média geral do tempo de internamento no período estudado o valor foi de 8,8 dias. Em pesquisa de caráter coorte prospectivo realizada por OLIVEIRA *et al.*, (2009), a mediana do tempo de internação pós-operatória foi de 7 dias e a média de 7,22 ± 3,02 dias (5-18 dias).

Em estudo realizado por NORONHA *et al.*, (2004), que envolveu 131 hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, no período de 1996 a 1998, foram registradas 41.989 cirurgias coronárias com circulação extracorpórea, cuja média de tempo de permanência foi de 14,5 dias, com desvio padrão de 12,3 dias.

Para efeitos da pesquisa, não foram contabilizados nesta variável o período de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica, o que pode repercutir nas distintas taxas do tempo de internamento observado neste estudo. Vale acrescentar que, de forma isolada, o indicador tempo de internamento não refletirá obrigatoriamente a eficácia do cuidado prestado por haver outras variáveis diretamente envolvidas como o caráter nosológico e as peculiaridades clínicas e fisiológicas do indivíduo.

Outro parâmetro de relevância na prática clínica é a taxa de reinternação que nesta pesquisa foi de 2,7% decorrente de infecções na ferida operatória. Valores semelhantes foram encontrados no estudo de MESQUITA *et al.*, (2008), onde foi observado 2,1%. Segundo o mesmo autor, esta taxa encontra-se abaixo da verificada no banco de dados de Cirurgia Cardíaca da Sociedade Nacional dos Cirurgiões Torácicos dos Estados Unidos. Tal observação pode inferir um reflexo positivo do serviço prestado.

A isonomia da disponibilidade de vagas por sexo, que reflete a distribuição dos leitos da clínica, está diretamente implicada na baixa variabilidade da distribuição por gênero visualizada na Tabela 2. Em estudo coorte retrospectivo realizado por FEIER *et al.*, (2006), em 2006, mostrou que o predomínio de pacientes cardiopatas é



do gênero masculino. Soma-se a isso, o estudo realizado por NORONHA *et al.*, (2004), apontou que 67,50% dos usuários operados foram do sexo masculino (NORONHA *et al.*, 2004). Todavia, FERNANDES *et al.*, (2009), identificaram que o maior número de indicações de cirurgias cardíacas envolve mulheres, ratificando os dados apresentados em nosso estudo. Além dessa afirmativa, estes últimos elencam que há condições especiais para a realização destes procedimentos cirúrgicos, associados a fatores clínicos, tais como hipertensão arterial e insuficiência cardíaca, a idade, a Revascularização Miocárdica prévia e a presença de comorbidades como doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal e doença vascular periférica (FERNANDES *et al.*, 2009).

Em virtude do aumento da expectativa de vida da população brasileira, o fator de risco idade conquistou destaque no cenário das doenças cardiovasculares. Mediante esta realidade e face aos dados da Tabela 2, sobressaíram-se os idosos de 61 a 80 anos submetidos a cirurgias cardíacas, fase na qual os riscos cardiovasculares se mostram com maior especificidade e letalidade. Corroborando com esses achados, atualmente, é habitual a indicação de cirurgia de revascularização miocárdica (CRM) em septuagenários, o que se torna cada vez mais comum em octogenários e não raro em nonagenários (PIVATTO JUNIOR *et al.*, 2010).

PIVATTO JUNIOR *et al.*, (2010), acrescentam que a doença cardiovascular é extremamente prevalente na população idosa, com aproximadamente 40% dos octogenários apresentando-a de maneira sintomática e a idade avançada tem sido vastamente mostrada na literatura como uma variável correlacionada com a mortalidade operatória, e por diversas razões ela pode ser considerada como fator de alto risco em procedimentos cirúrgicos de grande porte, especialmente em cirurgias cardíacas.

Em concordância com os autores acima, o estudo realizado por FEIER *et al.*, 2006, indica que grande parte dos usuários submetidos a cirurgias cardíacas são idosos. Isto parece consequência à documentação de redução na mortalidade cirúrgica deste sub-grupo e pela evolução no manejo destes considerados de alto risco, em que muitos dos cardiopatas de idade avançada são incluídos. Como há uma grande variabilidade dos riscos para pacientes idosos, a determinação deste indicador deve ser estabelecida em caráter individual, preferencialmente.

Embora ao longo das últimas décadas o cenário da cardiologia ressalte o constante esforço na busca de novos métodos diagnósticos e práticas preventivas a fim de propiciar uma redução nos procedimentos de alta

complexidade, percebe-se que as cirurgias cardíacas continuam em ascensão. Merece destaque a revascularização miocárdica que é, ainda, a cirurgia mais realizada, contudo é inegável o crescimento das operações nas valvas cardíacas que ocupa o segundo lugar com uma discreta diferença percentual em relação às anteriores, conforme Tabela 3.

Não obstante, alguns cirurgiões têm hesitado em indicar a cirurgia de revascularização do miocárdio como primeira modalidade de terapia, em face da mortalidade, morbidade, custos associados à cirurgia com circulação extracorpórea e a esternotomia mediana, mesmo esse método tradicional de cirurgia cardíaca sendo seguramente a técnica mais popular (SILVA *et al.*, 2008).

Estudo retrospectivo promovido pela Divisão Cirúrgica do InCor-HCFMUSP analisou o quantitativo de procedimentos cirúrgicos cardiovasculares realizados entre 1984 e 2007, revelando um total de 71.305 operações cardiovasculares. Dentre elas, a de revascularização miocárdica, em maior número, contabilizando 24.114 ou 34 % do total de cirurgias, focalizando um crescimento acelerado na década de 1990 com média de 1.013/ano. As operações das valvas cardíacas representaram em torno de 20,3% das cirurgias (LISBOA *et al.*, 2010).

LISBOA *et al.*, (2010), acrescentam que a cirurgia de revascularização miocárdica ainda é a operação cardiovascular mais realizada, porém apresenta um crescimento bem menor quando comparada com as operações das valvas cardíacas, ou com aquelas para correções das anomalias congênicas, que mostraram grande crescimento nos últimos anos.

Ao observar a atuação dos profissionais da área de saúde, percebe-se uma tendência para a individualização cuja formação profissional tem sido orientada por um modelo de atenção biológica fundamentado no paradigma positivista da ciência, cuja racionalidade sustenta-se na fragmentação, no aprofundamento e na descrição de partes para se compreender a unidade humana (HABERLAND *et al.*, 2008).

Este paradigma epistemológico, orientador do modelo profissional da saúde, repercute diretamente na sua prática laboral, mostrando-se pouco resolutive, impessoal, desvinculada da realidade e reducionista à medida que coloca como foco de atenção à doença e não aos sujeitos que adoecem. Assim, entende-se que a formação de especialistas possui suas atenções individualizadas, sem oferecimento de um cuidado holístico (HABERLAND *et al.*, 2008).

Em se tratando da prática de enfermagem, esta se utiliza da Sistematização da Assistência como elemento norteador de sua atuação profissional

caracterizando-se como uma atividade privativa do enfermeiro e que utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações do cuidado, contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2002). Contempla-se nesse cenário o Processo de Enfermagem com cinco fases interligadas: Histórico, Identificação Diagnóstica, Planejamento da Assistência, Implementação e Avaliação (MARIANO *et al.*, 2007).

O farmacêutico, por ser um profissional a serviço do ser humano, deve se responsabilizar com a promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo (BRASIL, 2004). Atualmente, existe um resgate da função assistencial do farmacêutico a partir de um novo modelo de prática denominado atenção farmacêutica. Através dessa prática junto ao paciente cardiovascular, o farmacêutico clínico, na equipe multiprofissional de saúde, identifica problemas relacionados a medicamentos como reações adversas, interações medicamentosas, superdosagens e demais formas de uso incorreto de medicamentos. O farmacêutico também participa na educação em saúde do paciente e seus cuidadores, ao prestar informação em relação à terapia medicamentosa, à duração do tratamento, ao acondicionamento correto dos medicamentos, dentre outros (SOUZA *et al.*, 2008).

No paciente com indicação de cirurgia cardíaca, a fisioterapia deve ser iniciada no pré-operatório, no momento em que o paciente é admitido no serviço, com o objetivo de identificar os fatores de risco capazes de aumentar a incidência de complicações pulmonares e instituir a conduta mais específica. Já no pós-operatório a fisioterapia respiratória previne e trata as complicações decorrentes do processo cirúrgico, tais como retenção de secreções, atelectasias e pneumonias, utilizando uma ampla variedade de técnicas (MACHADO, 2008).

O Serviço Social desempenha um importante papel, pois possibilita o conhecimento das variáveis socioeconômicas e culturais que interferem no processo saúde/doença, bem como no tratamento e recuperação, contribuindo deste modo para a efetivação da integralidade. Segundo o artigo 8º do Código de Ética da profissão, publicado pelo Conselho Federal de Serviço Social (BRASIL, 1993), compete ao assistente social empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários. Partindo desse princípio, ele atende às demandas do usuário e familiares.

Porém, tendo em vista o cenário atual, tanto no âmbito da formação profissional, quanto na atuação dos profissionais da área da saúde, muito se discute a questão da intervenção multidisciplinar, no entanto, na maioria dos casos, esta permanece apenas na esfera da discussão sem aplicação efetiva destes princípios

(HABERLAND *et al.*, 2008). Em reação às consequências da forte especialização do crescente parcelamento das intervenções argumentam-se em favor do trabalho em equipe, no intuito de assegurar uma atenção integral que desenvolva a autonomia e a qualidade de vida do cardiopata (STRABELLI *et al.*, 2008).

Condizente com a metodologia da assistência vigente no Programa RIMUSH, que preconiza uma intervenção sob a ótica multiprofissional, sistematizou-se para os usuários do serviço o planejamento e execução de entrevistas uni e multiprofissionais, visitas multiprofissionais e elaboração de Projeto Terapêutico Singular, cujas informações são alocadas na Tabela 4 e descritas adiante. Soma-se a isto, o acolhimento do usuário na clínica, a consulta ao prontuário e as intervenções profissionais. Todas estas convergem como elos partícipes da proposta de Clínica Ampliada que objetiva a excelência na qualidade da assistência.

As entrevistas admissionais foram realizadas de modo a enaltecer a participação ativa dos usuários, promovendo práticas de educação em saúde. Estas envolveram a história pregressa e atual dos mesmos no momento de sua entrada no serviço e, conforme a especificidade foram efetuadas de forma uni e/ou multiprofissional assegurando uma maior interação da equipe e estreitamento de vínculos profissionais.

Arelado a esse instrumento, os residentes realizaram visitas multiprofissionais diárias que incluíram entrevistas sucessivas - com a escuta ativa - do usuário, com vistas à continuidade da assistência, alicerçada na qualidade e na integralidade do cuidado em saúde. Neste contexto, procedia-se o confronto de dados provenientes do prontuário, do relato verbal do indivíduo, familiares e/ou acompanhantes, do exame físico e das manifestações clínicas e/ou laboratoriais. Por fim, a partir desse consolidado, culminava-se na elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

De acordo com QUEIROZ *et al.* (2009), os PTSs se constituem como uma estratégia geralmente dedicada a situações mais complexas constituindo um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas resultantes da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar visando à qualidade assistencial para o sujeito individual e coletivo (LISBOA *et al.*, 2010). Nesse elenco de situações complexas, as cirurgias cardíacas encenam como uma parte integrante na elaboração dos PTSs.

No decorrer da pesquisa não houve registro de óbitos, o que sugere uma excelência na qualidade da atenção prestada pela equipe multiprofissional. Adversamente, outra causa atribuída a este fato inclui a falta de seguimento terapêutico do cardiopata pela equipe de residência multiprofissional em atenção à

saúde cardiovascular, no período de sua permanência na UTIC, que compreendeu o pós-operatório imediato, considerado de maior risco de morte. No entanto, a garantia da assistência integrada e multiprofissional foi mantida, haja vista o suporte técnico-assistencial da equipe alocada na unidade terapia intensiva.

STRABELLI *et al.*, (2008), afirmam que as taxas de letalidade no Instituto do Coração (InCor) têm variado, nos últimos anos, entre 1,9% e 2,9% na Revascularização Miocárdica (RM), 4,2% e 5% nos procedimentos valvares e entre 5,6% e 3% nas cirurgias associadas (RM e procedimento valvar). Geralmente, o que a literatura revela é uma ampla oscilação nas taxas de óbito em cirurgias cardíacas (GUARAGNA *et al.*, 2010). Estudo ecológico realizado por NOGUEIRA *et al.*, (2009), no triênio 1999-2001, postula que dos 9.710 óbitos de residentes em Juiz de Fora, 33,4% tiveram como causa básica as doenças cardiovasculares, sendo representados, principalmente, por doenças isquêmicas do coração (39%) e doenças cerebrovasculares (26,1%).

Salienta-se que o baixo índice de mortalidade é um dos principais indicadores de competência clínica (LISBOA *et al.*, 2010), reforçando, dessa forma, a qualidade da assistência ofertada.

## CONCLUSÃO

As ações uni e multiprofissionais caracterizaram-se pelo acolhimento, pela escuta qualificada e pela integralidade do atendimento, incentivando a participação ativa do usuário e práticas de educação em saúde em prol de sua reabilitação.

O estudo também possibilitou o entendimento de que a integração da equipe de atenção à saúde cardiovascular é primordial para o cuidado integral aos usuários quando se visa uma reabilitação cardíaca satisfatória, além do papel promissor da assistência multiprofissional em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. A UNIÃO. Hospitais são habilitados para efetuar cirurgia cardíaca. *Jornal A União* 2010. Available in: [http://www.auniao.pb.gov.br/v2/index.php?option=com\\_content&task=view&id=33364&Itemid=74](http://www.auniao.pb.gov.br/v2/index.php?option=com_content&task=view&id=33364&Itemid=74). Access in: 12 de janeiro de 2012.
2. BRASIL. Conselho Estadual de Saúde (BR). Resolução nº 48/2010. Dispõe sobre habilitação do Hospital Lauro Wanderley e Hospital Arlinda no atendimento cirúrgico de cardiopatas. João Pessoa-PB. *Diário Oficial da União* 2010.
3. BRASIL. *Conselho Federal de Enfermagem*. Resolução n. 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas instituições brasileiras. Rio de Janeiro: COFEN; 2002. Available in: [http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009\\_4309.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html). Access in: 20 de janeiro de 2012.
4. BRASIL. *Conselho Federal de Farmácia*. Resolução nº 417, de 29 de setembro de 2004. Aprova o Código de Ética da Profissão Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Vol. 17, Nº 1, 2004, p 306-307.
5. BRASIL. *Conselho Federal de Serviço Social*. Código de Ética Profissional do Assistente Social. Resolução CFESS nº 273/1993. Available in: [http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_1993.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf). Access in: 18 de janeiro de 2012.
6. BRASIL. *Secretaria de atenção à saúde*. Núcleo técnico da política nacional de humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2 ed. Série B. Brasília(DF): Ministério da Saúde [serial online] 2007. Available in: [www.ufjf.br/hu/files/2009/10/projetos\\_terapeuticos.pdf](http://www.ufjf.br/hu/files/2009/10/projetos_terapeuticos.pdf). Access in: 12 de janeiro de 2012.
7. FEIER FH, SANT'ANNA RT, GARCIA E, BACOO F, PEREIRA E, SANTOS M, COSTA AR, NESRALLA IA, SANT'ANNA JRM. Influências Temporais nas Características e Fatores de Risco de Pacientes Submetidos a Revascularização Miocárdica. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87(1):439-445.
8. FERNANDES MVB, ALITI G, SOUZA EM. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev Eletr Enf* 2009; 11(4): 993-9.
9. FERREIRA RC, VARGA CRR, SILVA RF. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 49(Sup1):1421-1428.
10. GUARAGNA JCVC, BODANESE LC, BUENO FL, GOLDANI MA. Proposta de escore de risco pré-operatório para pacientes candidatos à cirurgia cardíaca valvar. *Arq Bras Cardiol* 2010; 94(4):507-514.
11. HABERLAND E, RENNER JS, PICOLLI JCJ. A percepção de profissionais e acadêmicos de cursos da saúde na atuação multidisciplinar. *Revista Digital* 2008; 122(13).
12. LIMA FET, ARAUJO TL. Prática do autocuidado essencial após a revascularização do miocárdio. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2007; 28(2):223-32.
13. LISBOA LAF, MOREIRA LFP, MEJIA OV, DALLAN LAO, POMERANTZEFF PMA, COSTAR, PUIG LB, JATENE, FB, MARCIAL MB, STOLF NAC. Evolução da Cirurgia Cardiovascular no Instituto do Coração: Análise de 71.305 Operações. *Arq Bras Cardiol* 2010; 94(2):174-181.
14. LOBIONDO-WOOD G, HABER J. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

15. MACHADO MGR. *Bases da Fisioterapia Respiratória: terapia intensiva e reabilitação*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
16. MARIANO S, MARQUES IR. Cardiomiopatia Hipertrofica: atualização e assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(5):596-601.
17. MESQUITA ET, RIBEIRO A, ARAÚJO MP, CAMPOS LAA, FERNANDES MA, COLAFRANCESCHIAC, SILVEIRA CG, NUNES E, ROCHA ASC. Indicadores de Qualidade Assistencial na Cirurgia de Revascularização Miocárdica Isolada em Centro Cardiológico Terciário. *Arq Bras Cardiol* 2008; 90(5):350-354.
18. MINAYO MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª Ed. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec-Abrasco; 1999.
19. NOGUEIRA MC, RIBEIRO LC, CRUZ OG. Desigualdades sociais na mortalidade cardiovascular precoce em um município de médio porte no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(11):2321-2332.
20. NORONHA JC, MARTIN M, TRAVASSOS C, CAMPOS MR, MAIA P, PANEZZUTI R. Aplicação da mortalidade hospitalar após a realização de cirurgia de revascularização do miocárdio para monitoramento do cuidado hospitalar. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2):322-330.
21. OLIVEIRA EK, SILVA VZM, TURQUETTO ALR. Relação do teste de caminhada pós-operatório e função pulmonar com o tempo de internação da cirurgia cardíaca. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2009; 24(4):478-484.
22. OLIVEIRA MAM, FAGUNDES RLM, MOREIRA EAM, TRINDADE EBSM, CARVALHO T. Relação de Indicadores Antropométricos com Fatores de Risco para Doença Cardiovascular. *Sociedade Brasileira de Cardiologia* 2010; 94(4):478-485.
23. PIVATTO JÚNIOR F, KALIL RAK, COSTAAR, PEREIRA EMC, SANTOS EZ, VALLE F, BENDER LP, TROMKAM, MODKOVSKI TB, NESRALLA IA. Morbimortalidade em octogenários submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1):41-46.
24. QUEIROGA M. Mortalidades por doenças cardiovasculares na Paraíba. Informativo O coração. *Sociedade Brasileira de cardiologia – Regional Paraíba* 2009; 4(12):1-4.
25. QUEIROZ E, ARAÚJO TCCF. Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paideia* 2009; 19(43):177-187.
26. ROSA SD, LOPES RS. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trabalho Educação Saúde* 2010; 7(3):479-498.
27. SARMENTO GJV. *Fisioterapia Hospitalar: Pré e Pós-operatórios*. 1ª Ed. Barueri (SP): Editora Manole; 2008.
28. SILVA LG, LIMA FMR, VIRGÍNIO FB. Cirurgia de Revascularização do miocárdio em cardiopatias, e suas complicações pós- operatórias. *FisioWeb* 2008. Available in: [http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/cardio/revascularizacao\\_fabiola/revascularizacao\\_fabiola.htm](http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/cardio/revascularizacao_fabiola/revascularizacao_fabiola.htm). Access in: 15 de fevereiro de 2012.
29. SIMÃO M, NOGUEIRA MS, HAYASHIDA M, CESARINO EJ. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino
30. SOUZA VV, BERTOCIN ALF. Atenção farmacêutica para pacientes hipertensos – nova metodologia e a importância dessa prática no acompanhamento domiciliar. *RBPS* 2008; 21(3):224-230.
31. STRABELLI TMV, STOLF NAG, UIP DE. Uso prático de um índice de risco de complicações após cirurgia cardíaca. *Arq Bras Cardiol* 2008; 91(5):342-347.
32. UFPB INFORMATIVO. HU em destaque: Hospital habilitado junto ao Ministério da Saúde para realização de cirurgias cardíacas. *UFPB informativo* 2012; 5(1):4-5.
33. WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. Geneva: *World Health Organization* 2005. Available in: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/epidcv.pdf>. Access in: 20 de janeiro de 2012.

#### Correspondência

Francilene Jane Rodrigues Pereira  
 R. Manoel Francisco de Melo, 256, Residencial Solar das Tulipas, apt 201, Cuiá  
 João Pessoa-Paraíba - Brasil  
 CEP: 58075-645,  
 E-mail: janinhafjr@yahoo.com