

Reabilitação Cardíaca após Alta Hospitalar no Sistema Público de Saúde do Município do Rio de Janeiro

Cardiac Rehabilitation Programs after Hospital Discharge in the Public Health System of Rio de Janeiro City

Artigo
Original

6

Antonio Gil Castinheiras Neto¹, Vinícius Meirelles Turco¹, Fábio Olimpio Venturim¹, Paulo de Tarso Veras Farinatti^{1,2}

Resumo

Fundamentos: A reabilitação cardíaca (RC) é uma estratégia efetiva em termos de custo-benefício para a reinserção social da população com doença cardiovascular. Contudo, a oferta de programas de RC parece ser insuficiente, sobretudo nos serviços públicos de saúde.

Objetivo: Identificar os serviços de RC em hospitais públicos do município do Rio de Janeiro (RJ), destacando aqueles cujos programas incluem as quatro fases preconizadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Métodos: Realizaram-se ligações telefônicas para o setor de cardiologia dos hospitais públicos do município do Rio de Janeiro e buscas na *internet* consultando-se os *sites* dos hospitais e das secretarias municipal e estadual de saúde do RJ. Utilizou-se um roteiro estruturado em quatro pontos principais: 1) investigação da existência do programa de RC nas instituições. Em caso afirmativo, três outros pontos se seguiam: 2) número de pacientes que recebiam o serviço de RC; 3) se, após a alta hospitalar, oferecia-se aos pacientes o serviço de RC nas fases II, III e IV; 4) identificação dos profissionais envolvidos no programa de RC.

Resultados: Apenas cinco hospitais da rede pública do município do RJ oferecem programas de RC e, desses, apenas três de acordo com as recomendações preconizadas pela SBC. Não se encontraram profissionais de educação física compondo a equipe multidisciplinar desses programas.

Conclusões: Os resultados demonstraram que a RC é oferecida por um pequeno número de hospitais vinculados à rede pública de saúde no município do RJ, estando muito aquém da demanda dessa população específica.

Palavras-chave: Reabilitação cardiopulmonar, Fases da reabilitação cardíaca, Promoção da saúde, Saúde pública, Equipe multiprofissional

Abstract

Background: Cardiac rehabilitation (CR) is an effective strategy for the social reinsertion of people with cardiovascular disease. However, the availability of CR programs seems to be insufficient in Brazilian towns, especially in public health facilities.

Objective: To identify the cardiac rehabilitation (CR) services at public hospitals in the City of Rio de Janeiro, Brazil, emphasizing programs that include the four phases stipulated by the Brazilian Cardiology Society (BSC).

Methods: Telephone calls were made to the Cardiology Departments of public hospitals in the City of Rio de Janeiro, with Internet searches through the websites of hospitals and Municipal and State Health Bureaus. Structured guidelines were used, addressing four key points: 1) investigation of the existence of a CR program at these institutions; if positive, three other points were examined: 2) the number of patients assisted by the CR service; 3) whether patients released from hospital were offered the CR service during phases II, III and IV; 4) identification of practitioners engaged in the CR program.

Results: Five hospitals in the public healthcare network offer CR programs in Rio de Janeiro. However, only three of them comply with the recommendations issued by the BSC. No physical education practitioners were included in the multidisciplinary teams of these programs.

Conclusions: The results show that CR is offered by a small number of hospitals linked to the public health network in the Rio de Janeiro municipality, which is extremely below the demands of this specific population.

Keywords: Cardiopulmonary rehabilitation, Cardiac rehabilitation phases, Health promotion, Public health, Multidisciplinary team

¹ Programa de Mestrado em Ciências da Atividade Física - Universidade Salgado de Oliveira - Niterói (RJ), Brasil

² Laboratório de Atividade Física e Promoção da Saúde - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Correspondência: pfarinatti@gmail.com

Paulo de Tarso Veras Farinatti | Universidade Salgado de Oliveira | Rua Marechal Deodoro, 211 - Bloco C 1º andar - Centro - Niterói (RJ), Brasil | CEP: 24030-060

Recebido em: 25/10/2008 | Aceito em: 17/12/2008

Introdução

As doenças cardiovasculares, especificamente a doença arterial coronariana, são a maior causa de óbito no mundo. Segundo dados do Ministério da Saúde¹, no Brasil ocorrem cerca de 260 mil infartos do miocárdio (IAM) por ano, o que traz como consequência um grande aumento do custo assistencial de saúde, incluindo os gastos com internação hospitalar, medicamentos, exames complementares, absenteísmo e aposentadoria precoce e consultas ambulatoriais². A insuficiência cardíaca (IC) representa a principal causa de internação no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos 65 anos. Aliás, a prevalência da IC está em ascensão em decorrência do incremento na expectativa de vida da população e da maior efetividade dos medicamentos, prolongando a vida³.

A reabilitação cardíaca é uma estratégia defendida pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)⁴, em virtude dos benefícios relacionados à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos que se submetem à cirurgia ou que apresentam algum tipo de cardiopatia. Segundo Pollock e Schmidt⁵ e a SBC⁶, esses programas contribuem para a qualidade de vida, favorecendo a reinserção dos pacientes em suas atividades cotidianas, laborais ou de lazer. A SBC⁶ define reabilitação cardíaca como o somatório das atividades necessárias para garantir aos pacientes portadores de cardiopatia as melhores condições física, mental e social, de forma que consigam, pelo seu próprio esforço, reconquistar uma posição normal na comunidade e levar uma vida ativa e produtiva.

Em termos clínicos, os objetivos no tratamento de pacientes com doença coronariana incluem alívio dos sintomas de isquemia, redução na taxa de eventos cardíacos e preservação ou restauração da função ventricular, com consequente maior sobrevida em longo prazo⁷ e diminuição das chances de sofrer um novo evento cardiovascular para os já infartados⁸. Há evidências acumuladas de que programas de exercícios físicos são efetivos no alcance desses objetivos^{5,6,9,10}. Nesse sentido, Belardinelli et al.¹¹ realizaram um pioneiro ensaio clínico randomizado, demonstrando que a reabilitação cardíaca tem impacto sobre a mortalidade dos pacientes. Dos 99 sujeitos que participaram do estudo, 50 (os quais participavam de programas de exercício físico há 14 meses) apresentaram redução na mortalidade por todas as causas (42%), por causas cardíacas (22%), além de diminuição consistente na taxa de reinternação hospitalar por insuficiência cardíaca (19%), quando comparados aos 49 sujeitos do grupo-controle. A partir de então, diversos estudos têm demonstrado que a reabilitação cardíaca melhora a qualidade de

vida e a capacidade funcional. Isso levou agências normativas, como o Colégio Americano de Medicina do Esporte¹², a emitir posicionamentos oficiais, enfatizando que a prática de atividade física reduz os riscos de morbidade e mortalidade dos praticantes.

De acordo com o I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular⁶, um programa de reabilitação cardíaca deveria envolver quatro fases, com atividades que vão desde o âmbito hospitalar até o preparo para a realização de atividades físicas de forma independente. Para que essas fases sejam bem desenvolvidas, compreende-se que estejam envolvidos profissionais de diversas áreas: médico, fisioterapeuta, enfermeiros, educadores físicos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e outros¹³. Isso faz com que os custos assistenciais para fornecer ao indivíduo um programa completo de exercícios, assim como a manutenção de uma equipe que possa promover sua inserção na rotina de vida familiar, laboral e de lazer, sejam altos⁴. Provavelmente, tal investimento fica além das possibilidades financeiras da maioria dos indivíduos que necessitam desse tipo de acompanhamento no pós-evento cardíaco.

Deve-se ressaltar, por outro lado, que esse tipo de acompanhamento, apesar de representar gastos assistenciais elevados, tem potencial de promover a adesão dos participantes a tratamento de longo prazo, traduzindo-se em economia real quando se analisa o custo-benefício dos programas. Além disso, o papel da promoção da saúde ligada a programas desse tipo não está apenas na questão dos custos aos cofres públicos, mas também em se evitar a marginalização e provável passividade do cidadão em relação à sua comunidade. Considerando-se que a probabilidade de morte súbita é seis vezes maior nos que já sofreram infarto agudo do miocárdio (IAM) e que a taxa de reincidência para novo IAM é elevada^{6,9}, a prevenção secundária para controle da doença torna-se fundamental.

Verifica-se ainda que, informalmente, são escassos os programas financiados pelo setor público que prestam serviço de reabilitação cardíaca pós-alta hospitalar (fases II, III e IV). Mesmo quando disponíveis, os programas não atendem à demanda ou são inacessíveis à população. Enfim, os serviços parecem não possuir um sistema de informação eficiente no que diz respeito à divulgação desses serviços, visando a atender o público em questão. Considerando a importância da realização do processo de reabilitação cardíaca em pessoas após evento cardíaco, especialmente nos benefícios que podem ser alcançados pela prática regular de exercícios físicos, surge interesse em mapear as instituições públicas que oferecem esse tipo de programa.

Assim, o objetivo deste trabalho foi identificar os serviços de reabilitação cardíaca em hospitais públicos do município do Rio de Janeiro, destacando-se aqueles cujos programas incluem as quatro fases preconizadas pela SBC.

Metodologia

Foi realizado um levantamento de informações seguindo um roteiro que consistiu em quatro pontos principais. O primeiro foi investigar a existência, na instituição, do programa de reabilitação cardíaca. Em caso afirmativo, três outras questões se seguiam: a) número de pacientes que recebem o serviço de reabilitação cardíaca na instituição; b) se, após a alta hospitalar, a instituição oferece aos pacientes o serviço de reabilitação cardíaca nas fases II, III e IV (exercício supervisionado e preparação para a realização de atividades de forma independente); c) profissionais envolvidos no programa de reabilitação cardíaca.

O levantamento foi realizado através de contato telefônico com os setores de cardiologia dos hospitais da rede pública de saúde do município do Rio de Janeiro, buscas na *internet*, com consulta aos *sites* das secretarias municipal e estadual de saúde do Rio de Janeiro e dos próprios hospitais. Em caso de necessidade de complementação das informações, impossibilidade de contato telefônico ou ausência de informações na *internet*, visitas foram feitas aos locais ou agendados encontros com os médicos responsáveis. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva.

Resultados

De um total de 29 hospitais públicos existentes no município do Rio de Janeiro, foram identificados sete que realizam cirurgia cardíaca, dos quais cinco oferecem programas de reabilitação cardíaca. Verificou-se que apenas três oferecem-no de acordo com o preconizado pelas diretrizes da SBC. Os hospitais que dispõem de RC como serviço pós-intervenção cirúrgica são: Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ), Instituto Nacional de Cardiologia (INC), Instituto de Cardiologia Oscar Clark (ICOC) e Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC). Assim, aproximadamente 16% dos hospitais vinculados ao sistema público de saúde realizam cirurgia cardíaca e oferecem reabilitação cardíaca após intervenção cirúrgica. Destes, o HUPE e o IECAC são hospitais estaduais; o ICOC é municipal; e o HUCFF e o INC são hospitais federais.

O número de pacientes atendidos anualmente, de acordo com as estratégias adotadas para coletar os dados, foi de aproximadamente 360. Após a alta hospitalar, o INC oferece aos pacientes o serviço de reabilitação cardíaca nas fases III e IV, não determinando a duração da quarta fase do processo. O ICOC e o IECAC oferecem a fase IV por tempo determinado (seis meses).

Em relação aos profissionais envolvidos nos programas de RC nas instituições identificadas, verificou-se que todas as instituições prestadoras desse serviço incluem profissionais de várias especialidades: médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos e nutricionistas, compondo o quadro de supervisores diretos e indiretos, porém em nenhuma dessas instituições o profissional de educação física integra a equipe. Em algumas situações, verificou-se de maneira informal, que o profissional de educação física participa indiretamente, sob a forma de estágio.

A Tabela 1 mostra a lista dos hospitais que oferecem programa de reabilitação, assim como o número de pacientes atendidos e o modelo da equipe de profissionais da área da saúde envolvidos.

Tabela 1
Hospitais da rede pública de saúde do município do Rio de Janeiro que oferecem programas de reabilitação, pacientes atendidos e caracterização da equipe de atendimento

Hospitais	Nº pacientes/ano	Equipe
HUPE/UERJ	30	Multiprofissional
HUCFF/UFRJ	ND	Multiprofissional
INC	200	Multiprofissional
ICOC	ND	Multiprofissional
IECAC	120	Multiprofissional

ND=não declarado; HUPE/UERJ=Hospital Universitário Pedro Ernesto/Universidade do Estado do Rio de Janeiro; HUCFF/UFRJ=Hospital Universitário Clementino Fraga Filho / Universidade Federal do Rio de Janeiro; INC=Instituto Nacional de Cardiologia; ICOC=Instituto de Cardiologia Oscar Clark; IECAC= Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro

Discussão

A coleta de dados limitou-se, na maior parte dos casos, a ligações telefônicas, correio eletrônico e entrevistas não-presenciais, o que permite apenas discutir as informações referidas por terceiros. De qualquer forma, deve-se mencionar que foram muitas as dificuldades para a obtenção das informações, considerando o método não-presencial. As páginas disponíveis na *internet* (*sites*) das secretarias municipal e estadual de saúde não oferecem informações precisas a respeito dos locais de oferta de programas de

reabilitação. Os telefones disponíveis para informações, em alguns casos, estão bloqueados e, em outros, os atendentes não souberam fornecer as informações necessárias. Essa situação é constrangedora para a população, que não vê um atendimento efetivo, apesar dos impostos destinados à manutenção de instituições públicas. Estas deveriam oferecer informações com maior qualidade, principalmente na área da saúde.

Considerando que a meta da WHO¹⁴ é conseguir reduzir em 2% o número de mortes por doenças crônicas, a cada ano, até 2015, é importante que um modelo de intervenção pública seja elaborado, visando a diminuir os custos assistenciais ocasionados por essa doença. Infelizmente, os resultados obtidos revelam que o número de atendimentos em programas de reabilitação é reduzido, dissonante desses objetivos. Apenas para ilustrar, Mansur et al.¹⁵, em pesquisa epidemiológica realizada no estado do Rio de Janeiro, indicaram que a doença arterial coronariana é responsável por cerca de 3000 mortes/ano.

O quadro é grave quando se compara a relação entre a oferta de programas de RC em relação à demanda existente. Xavier et al.¹⁶ indicaram que, no ano 2000, foram feitas 1274 cirurgias cardíacas apenas nos hospitais INC, Hospital dos Servidores do Estado, IECAC e Hospital Geral de Bonsucesso, excluindo os demais hospitais capacitados para intervenção cirúrgica (HUPE, ICOC e HUCFF). Tomando-se por base a quantidade presentemente identificada de 360 pacientes atendidos por ano, e aceitando-se que as cirurgias venham se mantendo ou aumentando ao longo dos anos, não é demais pensar que o serviço de RC oferecido para a população está muito aquém do ideal, existindo forte demanda reprimida.

Nesse contexto, poder-se-ia levantar que, certamente, os postos de saúde e as unidades de pronto atendimento (UPA) seriam mais indicados para a realização das fases III e IV da RC do que os próprios hospitais. Além de maior acesso, poderiam atender um número importante de pessoas e desafogar as unidades hospitalares. Infelizmente tanto os postos de saúde quanto as UPA não oferecem esse tipo de atendimento.

Segundo a Secretaria de Saúde e Defesa Civil do estado do Rio de Janeiro¹⁷, os serviços oferecidos pelas UPA almejam atender pequenas e médias urgências e emergências. Já a Secretaria Municipal de Saúde¹⁸ informa que os postos de saúde oferecem diversos serviços de saúde, como clínica geral, ginecologia, pediatria e psicologia. Entretanto, no atual quadro, apenas uma minoria da população que

poderia se beneficiar de programas de RC é atendida no município do Rio de Janeiro, principalmente em clínicas particulares.

Em relação à interdisciplinaridade preconizada pela SBC, as instituições que oferecem programas de reabilitação cardíaca atendem as diretrizes, oferecendo um quadro profissional diversificado. Um aspecto, porém, chama a atenção, apesar de não constituir objetivo central desse trabalho: em documento sobre normatização dos equipamentos e técnicas da reabilitação cardíaca¹⁹, a SBC menciona haver diferentes opções e modelos de funcionamento de programas de exercício supervisionado, podendo "(...) incluir enfermeiros ou auxiliares de enfermagem, educadores físicos e fisioterapeutas." (p.451). Isso, realmente, se dá no caso de fisioterapeutas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, mas é curioso notar que, em nenhum caso, verificou-se a presença de profissionais de Educação Física no quadro efetivo dos serviços de reabilitação cardíaca na rede pública, embora seja comum em clínicas privadas. Essa peculiaridade provavelmente se deve a aspectos administrativos que dificultam a inserção do educador físico como membro de equipes de saúde como, por exemplo, a falta de um código SUS que permita aos hospitais serem remunerados pela intervenção específica desse profissional.

Conclusões

É largamente aceito que programas de reabilitação cardíaca, quando adequadamente conduzidos, são seguros e com boa relação custo/benefício, devendo ser oferecidos a todos os pacientes. Os resultados obtidos demonstram, porém, que programas de reabilitação cardíaca não são oferecidos pela maioria dos hospitais da rede pública do município do Rio de Janeiro, sendo ausentes dos postos de saúde ou das UPA. As poucas instituições que oferecem esse serviço não atendem à grande parte dos pacientes ou não contemplam as fases preconizadas pela SBC. É necessário, assim, um projeto mais efetivo de intervenção pública, visando a atender essa demanda reprimida. Recomenda-se, igualmente, que estudos futuros aprofundem o levantamento aqui iniciado, tanto no Rio de Janeiro, quanto em outras cidades e Estados do país.

Potencial Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses pertinentes.

Referências

1. Ministério da Saúde / Funasa/ Cenepi. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e IBGE. [acesso em junho 2008]. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br>>
2. Araújo DV, Tavares LR, Veríssimo R, et al. Custo da insuficiência cardíaca no Sistema Único de Saúde – SUS. *Arq Bras Cardiol.* 2005;84(5):422-27.
3. Dias da Costa JS, Fuchs SC, Olinto MTA, et al. Cost-effectiveness of hypertension treatment: a population-based Study. *Sao Paulo Med J.* 2002;120(4):100-104.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Diretriz de reabilitação cardíaca. *Arq Bras Cardiol.* 2005;84(5):431-40.
5. Pollock ML, Schmidt DH. Doença cardíaca e reabilitação. 3a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). I Consenso Nacional de reabilitação cardiovascular. *Arq Bras Cardiol.* 1997;69(4):267-91.
7. Abizaid AAC, Siqueira DA. Revascularização miocárdica em multiarteriais. *Arq Bras Cardiol.* 2005;84(3):202-205.
8. Thompson PD, Buchner D, Pina I, et al. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: a statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation.* 2003;107:3109-116.
9. American College of Sports Medicine (ACSM). Exercise for patients with coronary artery disease. Position stand. 1994;26:i-v.
10. Negrão CE, Barreto ACP (eds). *Cardiologia do exercício: do atleta ao cardiopata.* 2a ed. Barueri (SP): Manole; 2006.
11. Belardinelli R, Georgiou D, Cianci G, et al. Randomized, controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure: effects on functional capacity, quality of life, and clinical outcome. *Circulation.* 1999;99:1173-182.
12. American College of Sports Medicine (ACSM). Exercise and physical activity for older adults. Position stand. 1998;30(6):992-1008.
13. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). Superintendência Cardiovascular e Diabetes. [homepage na internet]. Fluxograma de atendimento à insuficiência cardíaca. [acesso em junho 2008]. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004.pdf>>
14. World Health Organization (WHO). Department of Chronic Diseases and Health Promotion (CHP) [homepage on the internet]. An estimation of the economic impact of chronic noncommunicable diseases in selected countries. [cited 2008 Jun]. Available from: <<http://www.who.int/chp>>
15. Mansur AP, Favarato D, Souza MMF, et al. Tendência do risco de morte por doenças circulatórias, cerebrovasculares e isquêmicas do coração em 13 estados do Brasil, de 1980 a 1998. *Arq Bras Cardiol.* 2006;87:641-48.
16. Xavier RMA, Marques BRG, Pinzan IR, et al. Otimização do uso de recursos para aumento da oferta de cirurgias cardíacas. Ações premiadas no 6º Concurso de Inovações na Gestão Pública Federal. Escola Nacional de Administração Pública. 2001:23-33.
17. Secretaria de Saúde do Estado e Defesa Civil [homepage na internet]. UPA 24H. Dispõe sobre as unidades de pronto-atendimento como um novo modelo de atendimento à população. [acesso em dezembro 2008]. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/UPA24H/home.shtml>>
18. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) [homepage na internet]. Unidades de atendimento e serviços por região. [acesso em dezembro 2008]. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br>>
19. Carvalho T, Castro CLB, Costa RV, et al. Normatização dos equipamentos e técnicas da reabilitação cardiovascular supervisionada. *Arq Bras Cardiol.* 2004;83(5):448-52.