



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE

MARIA SINARA FARIAS

REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR: PROPOSTA DE UMA TEORIA DE
ENFERMAGEM DE MÉDIO ALCANCE

FORTALEZA-CEARÁ

2018

MARIA SINARA FARIAS

REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR: PROPOSTA DE UMA TEORIA DE
ENFERMAGEM DE MÉDIO ALCANCE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para obtenção do grau de mestre. Área de concentração: Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia de Fátima da Silva

FORTALEZA-CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Farias, Maria Sinara.

Reabilitação Cardiovascular: proposta de uma teoria de enfermagem de médio alcance [recurso eletrônico] / Maria Sinara Farias. - 2018.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 133 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Abaiara, 2018.

Área de concentração: Enfermagem.

Orientação: Prof.^a Ph.D. Lúcia de Fátima da Silva.

1. Teorias de Enfermagem. 2. Processo de Enfermagem. 3. Doenças Cardiovasculares. 4. Reabilitação Cardiovascular. I. Título.

MARIA SINARA FARIAS

REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR: PROPOSTA DE UMA TEORIA DE
ENFERMAGEM DE MÉDIO ALCANCE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para obtenção do grau de mestre. Área de concentração: Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia de Fátima da Silva

Aprovada em: 26/11/2018

BANCA EXAMINADORA:


Profa. Dra. Lúcia de Fátima da Silva - UECE
(Orientadora e Presidente)


Prof. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão - UFRJ
(1º membro)


Profa. Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes - UECE
(2º membro)

A minha querida mãe, Maria Rosa Ferreira (*in memoriam*), o grande incentivo de minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser a força que me move, por sempre me conceder a serenidade necessária diante das dificuldades enfrentadas.

A minha amada e inesquecível mãe, Maria Rosa Ferreira (*in memoriam*), por ser minha fonte de inspiração. Tudo que sou e pretendo ser, devo a ela, guerreira e merecedora de uma vida eterna.

A minha família, meu pai Paulo, irmãos Kélvia, Rosimeire e Rogério, por sempre acreditarem em mim, me apoiarem diante de qualquer decisão e nunca medirem esforços para realização de meus sonhos.

A minha querida e adorável orientadora, professora Dra. Lúcia de Fátima, pelo incentivo, carinho, afeto, paciência, apoio e disponibilidade em ajudar na realização de meus sonhos. Mais que uma orientadora, mestre, na qual tenho exemplo de competência, respeito, ética e comprometimento.

À professora Dra. Keila Ponte, pela amizade e disponibilidade durante minha trajetória acadêmica. Hoje, todas as minhas conquistas acadêmicas/profissionais e crescimento pessoal contam com sua participação, fazendo-me acreditar no meu potencial. Orientadora durante o Curso de Graduação em Enfermagem e integrante da banca de avaliadores desta dissertação, permanece me apoiando e contribuindo para tomada de decisões.

À professora Dra. Vilani Guedes, integrante da banca de avaliadores deste trabalho, obrigada pelas ricas contribuições em sala de aula durante o Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos de Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Ao professor Dr. Marcos Brandão, integrante da banca de avaliadores desta dissertação, obrigada pela disponibilidade e por aceitar contribuir para este momento.

Ao identificá-lo como enfermeiro referência na utilização de estratégias de desenvolvimento de teorias de médio alcance, e contatá-lo via *e-mail*, tive a oportunidade de participar de um curso presencial ministrado por ele, que me acolheu, se disponibilizou e contribuiu ricamente na realização deste estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo incentivo financeiro durante os 24 meses, nos quais como bolsista, pude me dedicar exclusivamente às atividades propostas pelo mestrado.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, pelo apoio e pela disponibilidade.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, que foram tão importantes para minha formação, pelo compartilhamento de conhecimentos e experiências.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, representados por Aline, Fernanda e Alécio, pela paciência e pelo apoio.

Aos meus queridos colegas do Grupo de Pesquisa em Enfermagem, Saúde e Sociedade (GRUPESS), da Linha de Pesquisa Processo e teorias de Enfermagem no cuidado clínico de pessoas com adoecimento cardiovascular, em especial Dra. Aurilene Lima e Profa. Samya Coutinho, pela amizade, torcida e presteza nas informações.

Aos colegas de turma do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, pelos momentos compartilhados.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para construção deste trabalho, minha gratidão.

“O importante é não parar de questionar. A curiosidade tem sua própria razão de existência. Não se pode deixar de ficar admirado quando contempla os mistérios da eternidade, da vida, da maravilhosa estrutura da realidade. Basta que se busque compreender um pouco desse mistério a cada dia. Nunca perca a curiosidade... Não pare de se maravilhar.”

(Albert Einstein)

RESUMO

Estudo sobre o desenvolvimento de uma teoria de enfermagem de médio alcance, a partir da metateoria de Sister Callista Roy, acerca dos cuidados clínicos de enfermagem na reabilitação cardiovascular. Apresenta como objetivos desenvolver uma teoria de médio alcance de enfermagem, a partir de estratégias de desenvolvimento de teorias propostas por Waker e Avant (2005) para o processo de reabilitação cardiovascular. Trata-se de investigação do tipo teórica, de natureza descritiva-exploratória, com abordagem qualitativa. Para o alcance dos objetivos propostos, foram adotadas as estratégias para o desenvolvimento de teorias propostas por Walker e Avant (2005), elegendo a estratégia de análise de conceito para apresentação dos conceitos, afirmações relacionais a partir da síntese de afirmação e a teoria mediante a derivação. A realização da análise de conceito RCV definiu com processo que envolve a implementação de intervenções dirigidas à pessoa pós evento cardiovascular, com vistas à reabilitação física, social e psicológica, tornando-a capaz de manter as atividades cotidianas. Após definição do fenômeno RCV, extraíram-se, também, outros conceitos relacionados ao fenômeno, quais sejam: evento cardiovascular, cuidado reabilitador, gestão do cuidado, processo educativo na RCV, programas de reabilitação cardiovascular, terapia baseada em exercício, apoio psicossocial ao paciente e família, prevenção secundária de DCV, comportamento de saúde e adaptação. Após articulação entre os conceitos apresentados por meio de síntese de informações, foi consolidada a Teoria de Médio Alcance de Enfermagem para RCV (TMA-Enf RCV) que tem como finalidade contribuir para o cuidado de enfermagem implementado a pacientes em RCV que, por algum evento cardiovascular, necessitam ser estimulados, para que assumam mecanismos de enfrentamento positivo no processo de RCV, para que atinjam a meta de se adaptarem à nova condição de vida, reabilitando-se, assim, física, psicológica e socialmente. Portanto, considera-se que a TMA Enf-RCV contribuirá de forma significativa para melhoria da qualidade de vida de pacientes em RCV, promovendo o retorno mais rápido à realização das atividades anteriores ao evento cardíaco; possibilitará ao enfermeiro conhecer o processo de reabilitação do paciente e, ainda, contribuirá para o avanço científico da enfermagem.

Palavras-chave: Teorias de Enfermagem. Processo de Enfermagem. Doenças Cardiovasculares. Reabilitação Cardiovascular.

ABSTRACT

Study on the development of a medium-range nursing theory, based on Sister Callista Roy's metatheory, on nursing care in cardiovascular rehabilitation. It presents as objectives to develop a theory of medium reach of nursing from strategies of development of theories proposed by Walker and Avant (2005) for the process of cardiovascular rehabilitation. It is a research of the theoretical type, of descriptive-exploratory nature with a qualitative approach. In order to reach the proposed objectives, the strategies for the development of theories proposed by Walker and Avant (2005) were chosen, choosing the strategy of concept analysis to present the concepts, their relational affirmations from the synthesis of affirmation and the theory through derivation. The RCV concept analysis, defined with a process that involves the implementation of interventions directed to the person after cardiovascular event, with a view to their physical, social and psychological rehabilitation, making it able to maintain their daily activities. After the definition of the RCV phenomenon, they also extracted other concepts related to the phenomenon, such as: cardiovascular event, rehabilitative care, care management, educational process in RCV, cardiovascular rehabilitation programs, exercise based therapy, psychosocial support to the patient and his family, secondary prevention of CVD, health behavior and adaptation. After articulating the concepts presented through a synthesis of information, the Nursing Medium-Scope Theory for RCV (TMA-Enf RCV) was consolidated, whose purpose is to contribute to the nursing care implemented to patients in RCV who, for some cardiovascular event, need to be stimulated to assume positive coping mechanisms in the CVR process in order to reach the goal of adapting to the new condition of life, thus rehabilitating itself physically, psychologically and socially. Therefore, it is considered that the TMA Enf-RCV will contribute significantly to the improvement of the quality of life of the patients in RCV, promoting a faster return to the accomplishment of the activities performed before the cardiac event; will enable the nurse to know the process of rehabilitation of the patient and will also contribute to the scientific advancement of nursing.

Keywords: Nursing Theories. Nursing Process. Cardiovascular Diseases. Cardiovascular Rehabilitation.

RESUMEN

Estudio sobre el desarrollo de una teoría de enfermería de medio alcance, a partir de la metateoría de Sister Callista Roy, acerca de los cuidados clínicos de enfermería en la rehabilitación cardiovascular. Se presenta como objetivos desarrollar una teoría de medio alcance de enfermería a partir de estrategias de desarrollo de teorías propuestas por Waker y Avant (2005) para el proceso de rehabilitación cardiovascular. Se trata de una investigación del tipo teórico, de naturaleza descriptiva-exploratoria con abordaje cualitativo. Para el logro de los objetivos propuestos, se adoptaron las estrategias para el desarrollo de teorías propuestas por Walker y Avant (2005) eligiendo la estrategia de análisis de concepto para la presentación de los conceptos, sus afirmaciones relacionales a partir de la síntesis de afirmación y la teoría mediante la derivación. La realización del análisis de concepto RCV, definió con un proceso de que involucra la implementación de intervenciones dirigidas a la persona post evento cardiovascular, con miras a su rehabilitación física, social y psicológica, haciéndola capaz de mantener sus actividades cotidianas. En la mayoría de los casos, la mayoría de las personas que sufren de la enfermedad de Chagas, en el momento de la vacunación, prevención secundaria de ECV, comportamiento de salud y adaptación. Después de la articulación entre los conceptos presentados por medio de una síntesis de informaciones, fue consolidada la Teoría de Mediano Alcance de Enfermería para RCV (TMA-Enf RCV) que tiene como finalidad contribuir al cuidado de enfermería implementado a los pacientes en RCV que, por y en el caso de que se produzca algún evento cardiovascular, necesitan ser estimulados para que asuman mecanismos de enfrentamiento positivo en el proceso de RCV para que alcancen la meta de adaptarse a la nueva condición de vida, rehabilitándose así físicamente, psicológicamente y socialmente. Por lo tanto, se considera que la TMA Enf-RCV contribuirá de forma significativa a la mejora de la calidad de vida de los pacientes en RCV, promoviendo el retorno más rápido a la realización de las actividades realizadas antes del evento cardíaco; posibilitará al enfermero conocer el proceso de rehabilitación del paciente y además contribuirá al avance científico de la enfermeira.

Palabras claves: Teorías de Enfermería. Proceso de Enfermería. Enfermedades Cardiovasculares. Rehabilitación Cardiovascular.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Demonstração dos sete componentes padrões para RCV.....	28
Figura 2-	Processo de busca dos artigos selecionados nas bases de dados.....	54
Figura 3-	Processo de desenvolvimento das afirmações relacionais por síntese.....	56
Figura 4-	Processo de derivação de teorias.....	58
Figura 5-	Conceitos relacionados ao fenômeno Reabilitação Cardiovascular utilizados na TMA Enf-RCV.....	100
Figura 6-	Afirmações relacionais entre os conceitos e o fenômeno da teoria de médio alcance sobre Reabilitação Cardiovascular.....	102
Figura 7-	Afirmações relacionais entre o Metaparadigma da Enfermagem e o fenômeno Reabilitação Cardiovascular ..	104
Figura 8-	Afirmações relacionais entre o conceito Cuidado reabilitador e demais conceitos	105
Figura 9-	Afirmações relacionais entre o conceito Adaptação e demais conceitos	106
Figura 10-	Afirmações relacionais entre o conceito Prevenção Secundária de DCV e demais conceitos	107
Figura 11-	Afirmações relacionais entre o conceito Programas de Reabilitação Cardiovascular Supervisionada e outros conceitos	108
Figura 12-	Afirmações relacionais entre o conceito Evento cardiovascular e demais conceitos	109
Figura 13-	Modelo da TMA Enf-RCV	110

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Níveis de evidência por tipo de estudo.....	55
Quadro 2-	Caracterização dos artigos selecionados, conforme ano de publicação, autores, título, revista, objetivo e tipo de estudo, país e principais resultados.....	63
Quadro 3-	Definições identificadas na literatura para uso do conceito Reabilitação Cardiovascular	82
Quadro 4-	Atributos definidores de Reabilitação Cardiovascular identificados na literatura	85
Quadro 5-	Antecedentes do conceito Reabilitação Cardiovascular identificados na literatura	88
Quadro 6-	Consequentes da Reabilitação Cardiovascular identificados na literatura	90
Quadro 7-	Caso-modelo da Reabilitação Cardiovascular identificados na literatura	93
Quadro 8-	Caso contrário do conceito Reabilitação Cardiovascular identificados na literatura	94
Quadro 9-	Indicadores empíricos do conceito Reabilitação Cardiovascular identificados na literatura	95
Quadro 10-	PE de acordo com ROY, Resolução 358/2009 e a TMA Enf-RCV	115

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividade de Vida Diária
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doenças Cardiovasculares
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
ESF	Estratégia Saúde da Família
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IB	Índice de Barthel
INTA	Instituto Superior de Teologia Aplicada
BDI	Inventário Beck de Depressão
BAI	Inventário Beck de Ansiedade
MAR	Modelo de Adaptação de Roy
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PE	Percepção de Esforço
PPCCLIS	Programa Cuidados Clínicos de Enfermagem e Saúde
QV	Qualidade de Vida
RC	Reabilitação Cardíaca
RCS	Programas de Reabilitação Cardíaca Supervisionada
RCPM	Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica
RCV	Reabilitação Cardiovascular
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
TC6	Teste de Caminhada de seis minutos
TD6	Teste do Degrau de seis minutos
TCP	Teste Cardiopulmonar

TMA	Teorias de Médio Alcance
TMA ENF-RCV	Teoria de Médio Alcance de Enfermagem para Reabilitação Cardiovascular
UECE	Universidade Estadual do Ceará
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	25
2.1	GERAL.....	25
2.2	ESPECÍFICOS.....	25
3	REVISÃO DE LITERATURA	26
3.1	REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR: DO EVENTO À REABILITAÇÃO	26
3.2	A PESSOA EM REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR	31
3.3	CUIDADO CLÍNICOS E EDUCATIVOS DE ENFERMAGEM COMO CONTRIBUINTES NO PROCESSO DE RCV	33
4	REFERENCIAL TEÓRICO	38
4.1	AS TEORIAS DE ENFERMAGEM E A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DA ÁREA	38
4.2	MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY	39
4.2.1	Pressupostos do Modelo de Adaptação de Roy	40
4.2.2	Metaparadigma e principais conceitos do Modelo de Adaptação de Roy	40
4.2.2.1	Ambiente	41
4.2.2.2	Saúde	42
4.2.2.3	Meta da enfermagem	43
4.2.2.4	Pessoas	44
4.2.2.5	Adaptação	44
4.2.2.6	Estímulos	45
4.2.2.7	Mecanismos de enfrentamento	45
4.2.3	Aplicação na prática do Modelo de Adaptação de Roy	46
5	METODOLOGIA	49
5.1	TIPO DE ESTUDO	50
5.2	ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE	51
5.2.1	1ª etapa: desenvolvimento de conceitos	51
5.2.1.1	Análise do conceito: Reabilitação Cardiovascular	51
5.2.2	2ª etapa: Desenvolvimento do enunciado/proposição	55

5.2.2.1	Síntese das afirmações entre os conceitos	56
5.2.3	3ª etapa: Construção da teoria	57
5.2.3.1	Teoria de Enfermagem de Médio Alcance derivada do Modelo de Adaptação de Roy	57
5.3	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	58
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
6.1	ANÁLISE DO CONCEITO REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR	59
6.1.1	Seleção do conceito Reabilitação Cardiovascular e identificação de suas definições	80
6.1.2	Determinação dos atributos definidores de Reabilitação Cardiovascular	84
6.1.3	Identificação dos antecedentes do conceito Reabilitação Cardiovascular	86
6.1.4	Identificação dos consequentes do conceito Reabilitação Cardiovascular	88
6.1.5	Caso-modelo da Reabilitação Cardiovascular	91
6.1.6	Caso-contrário do conceito Reabilitação Cardiovascular.....	94
6.1.7	Indicadores empíricos do conceito Reabilitação Cardiovascular	96
6.2	CONCEITOS RELACIONADOS AO FENÔMENO REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR E AFIRMAÇÕES NÃO RELACIONAIS	99
6.3	AFIRMAÇÕES RELACIONAIS ENTRE OS CONCEITOS DA TEORIA	102
6.4	TEORIA DE ENFERMAGEM DE MÉDIO ALCANCE PARA REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR	112
6.4.1	Pressupostos da Teoria de Médio Alcance sobre Reabilitação Cardiovascular	113
6.4.2	Proposições da Teoria de Médio Alcance sobre Reabilitação Cardiovascular.....	114
6.4.3	TMA Enf-RCV: possibilidade de implementação	115

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
	REFERÊNCIAS	121

1 INTRODUÇÃO

Trata-se de estudo sobre o desenvolvimento de uma teoria de enfermagem de médio alcance, a partir da metateoria de Sister Callista Roy, acerca dos cuidados clínicos de enfermagem na reabilitação cardiovascular.

Considera-se que a Enfermagem é uma profissão da área da saúde que, ao longo da história, vivenciou momentos de lutas, com conquistas significativas, relacionadas à busca de identidade e formulação de conhecimentos que a diferenciassse das demais profissões existentes, tornando-a, assim, a arte do cuidado consolidado em saber científico e com linguagem própria e específica.

O desenvolvimento do conhecimento da enfermagem reflete relação entre ciência e pesquisa. Tem como finalidade melhorar a prática, tendo a ontologia como abordagem que estuda o ser, o que é ou existe; a epistemologia, que se refere ao estudo do conhecimento; e a metodologia que é o meio de aquisição do conhecimento (MCEWEN; WILLS, 2016).

Nessa perspectiva, o conhecimento para Enfermagem, desenvolvido por meio da totalidade da experiência, possui padrões considerados inter-relacionados e inter-dependentes. Carper (1978) identifica quatro padrões relevantes na prática da enfermagem, sendo: o empirismo na ciência Enfermagem; a estética, como arte da Enfermagem; o componente do conhecimento pessoal; e a ética, como componente moral. Estes atuam como dimensões do conhecimento em Enfermagem, logo, não devem ser usados separadamente.

Nesse contexto, ao relacionar com o desenvolvimento do saber da Enfermagem, ressalta-se que teve suas primeiras manifestações organizadas e sistematizadas nas primeiras décadas do século XX, nos Estados Unidos, cuja estrutura era organizada nos cuidados de enfermagem que eram tidos somente como arte. Neste cenário, as técnicas, sendo denominadas como o conjunto dos processos de uma arte, era o âmago do conhecimento do ensino de enfermagem, porquanto era obrigação dedicar grande parte do tempo a 'fazer coisas' (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Antes disso, a Enfermagem moderna, organizada por Florence Nightingale, no século XIX, buscou preparar mulheres para atuarem na manutenção da saúde e no cuidado de doentes, utilizando, para tanto, recursos do meio ambiente para manter o paciente nas melhores condições para que a natureza agisse sobre ele (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Almeida e Rocha (1989) contam ainda que a busca pela cientificidade da enfermagem fez com que a profissão fosse influenciada por conhecimentos de outras ciências, por exemplo, da Medicina, Administração e Psicologia. Mas, nas duas últimas décadas do século XX, a enfermagem procurou superar suas limitações e fez surgir um cuidado científico, utilizando princípios da racionalidade científica do trabalho, enfrentando a diversidade das situações do cotidiano, valorizando o estar junto com o outro, buscando conhecer as pessoas com suas diferenças sociais e culturais, envolvendo planejamento sistematizado e metas a serem alcançadas.

No desenvolvimento da Enfermagem pela busca de saber, são identificadas quatro fases relacionadas ao conhecimento: a primeira, corresponde ao início da Enfermagem como profissão, quando procurou responder à indagação sobre o que fazer, ocasião que recebeu contribuição de Florence Nightingale; a segunda foi a fase do domínio do fazer técnico, cuja questão era o que fazer, consistindo na descrição dos procedimentos de enfermagem a ser executado, passo a passo, e especificando, também, a relação do material que era tão utilizado (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Em seguida, iniciou-se a fase do advento dos princípios científicos, a qual investigava o porquê fazer dos procedimentos. Naquela ocasião, foram atribuídos à Enfermagem saberes de outras categorias profissionais, como o saber médico. Por fim, a quarta fase foi o desenvolvimento das teorias de enfermagem, que embora, inicialmente, tivessem pouca aplicabilidade fora da academia, possibilitaram o desenvolvimento do pensamento crítico, desencadeando profundas modificações (DE OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Agregadas ao saber da enfermagem, surgiram as teorias de enfermagem, as quais constituem o máximo do seu saber. O enfoque destas inclui apoio em outras áreas do conhecimento e busca caracterizar ou explicar algum fenômeno, referindo-se a conceitos inter-relacionados, declarações, proposições e definições que podem ser deduzidas, testadas e verificadas (MCEWEN; WILLS, 2016; WALDOW; FENSTERSEIFER, 2011).

As teorias de enfermagem constituem marco do conhecimento específico da enfermagem e, nesta visão histórica de desenvolvimento do saber, não se pode deixar de citar Florence Nightingale, considerada por muitos pesquisadores como a primeira teórica moderna de enfermagem. No livro *Notes on Nursing*, publicado em

1859, propôs princípios básicos para prática de enfermagem (MCEWEN; WILLIS, 2016).

Nesse sentido, as teorias de enfermagem são fontes que embasam as práticas clínicas de cuidados. Possuem evidências que validam determinadas atividades e atuam justificando, afirmando e promovendo cuidado integral e humanizado.

As teorias de enfermagem têm diversidades de fontes que a fundamentam e são classificadas quanto à complexidade e ao grau de abstração. Assim, tem-se a metateoria, que se refere à teoria da teoria e focaliza aspectos amplos. Os aspectos desta incluem a identificação das finalidades e os tipos de teoria necessários à Enfermagem (MCEWEN; WILLIS, 2016).

Com relação à grande teoria, metateoria ou teoria de grande amplitude, são sistemáticas e abrangentes na esfera de ação, caracterizada por possuir estrutura conceitual mais complexa e de maior âmbito. Tenta explicar as amplas áreas dentro da disciplina e incorporar inúmeras outras teorias. São inespecíficas e utilizam conceitos relativamente abstratos e as proposições, em geral, não são susceptíveis a testes (MCEWEN; WILLIS, 2016).

No tocante às grandes teorias, destaca-se o Modelo de Adaptação de Roy (MAR), a qual se concentra na inter-relação de sistemas adaptativos e orienta o enfermeiro interessado tanto na adaptação fisiológica quanto na adaptação psicológica das pessoas de quem cuida.

Existem ainda as Teorias de Médio Alcance (TMA) ou teorias de média amplitude que são mais limitadas na esfera de ação e menos abstratas. Definem estruturas relativamente mais focalizadas que as grandes teorias. São localizadas entre modelos de enfermagem e ideias mais circunscritas e concretas, sendo substancialmente específicas. Englobam número limitado de conceitos e aspecto restrito do mundo real, concentram-se em um campo específico da Enfermagem, em vez de refletir sobre a ampla variedade de situações (MCEWEN; WILLIS, 2016).

Por fim, mas não menos importantes, existem as teorias práticas ou microteoria que são descritas como as de menor âmbito e menor complexidade. São mais específicas que as de médio alcance e produzem instruções específicas para prática, contendo menor número de conceitos, referem-se a fenômenos bem específicos e facilmente definidos (MCEWEN; WILLIS, 2016).

Na Enfermagem, as teorias de médio alcance são apoiadas por diversos fatores: por serem mais úteis às pesquisas, pelo baixo nível de abstração e fácil operacionalização; por tenderem a apoiar a previsão mais do que as grandes teorias; e por terem maiores possibilidades de serem adotadas na prática. Têm como função descrever, explicar ou prever os fenômenos e devem ser testáveis e explícitas (MCEWEN; WILLS, 2016).

Nessa perspectiva, enfatiza-se que as teorias de médio alcance são relevantes em diversos contextos na prática em saúde, as quais, diferentemente das grandes teorias, as teorias de médio alcance são aplicáveis na prática, tornando-se saber passível de aplicação.

As teorias de médio alcance podem ser construídas de acordo com as necessidades apresentadas na prática de enfermagem, ou seja, servindo como subsídio para explicar ou descrever determinado fenômeno. Assim, podem ser propostas em inúmeros contextos de cuidado do enfermeiro, como no contexto de enfermagem em cardiologia, dando ênfase no cuidado clínico de enfermagem na reabilitação cardiovascular.

O cuidado prestado às pessoas com doenças cardiovasculares é complexo e requer que seja executado com qualidade e sem gerar danos desnecessários ao indivíduo. Enfermeiros que conheçam as melhores práticas relativas ao cuidado cardiovascular podem garantir resultado excelente a essas pessoas (ARUTO; LANZONI; MEIRELLES, 2016).

Para Organização Mundial de Saúde – OMS (2016), as Doenças Cardiovasculares (DCV) são ad principais causa de morte no mundo, de modo que mais pessoas morrem anualmente por essas enfermidades que por qualquer outra causa. Para as pessoas, é fundamental diagnóstico e tratamento precoce, por meio de serviços de orientação ou administração adequada de medicamentos.

Diante desse contexto, destaca-se a importância dos cuidados clínicos de enfermagem direcionados às pessoas com DCV, pois exige de enfermeiros atenção integral, sendo necessária prestação de cuidados desde sua prevenção e, quando esta não for possível, deve ser atendido às necessidades do paciente em relação ao tratamento e à reabilitação.

Uma vez que o paciente apresente DCV, este necessita de cuidados específicos, com a finalidade de melhorar a situação clínica, para que retorne às atividades o mais precoce possível, auxiliando ainda na diminuição de reincidências.

Neste aspecto, considera-se as ações direcionadas à reabilitação cardiovascular do paciente como fim importante dos cuidados clínicos de enfermagem.

Reabilitação Cardiovascular (RCV) é o “conjunto de atividades necessárias para assegurar às pessoas com doenças cardiovasculares condições física, mental e social ótima, que lhes permita ocupar um lugar tão normal quanto seja possível na sociedade” (OMS, 1964, p. 3).

Segundo a Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular (2014), a RCV é segura e eficaz, diminui a mortalidade total e de origem cardíaca, além do número de eventos cardiovasculares, diminui, também, as internações hospitalares, melhora os sintomas e a qualidade de vida, além de ser custo-efetiva. Deste modo, é recomendada em todos os guias de prática clínica.

Diante disso, a atuação de enfermeiros na RCV deve ser norteadada pela assistência holística a pacientes, buscando melhores condições de vida, de integração social e independência para realizar as atividades diárias. Além disso, a reabilitação do paciente cardíaco é um desafio tanto para ele e familiares, como para o profissional enfermeiro, pois, conjuntamente, fazem esforço para melhorar as funções perdidas ou diminuídas e, assim, preservar a capacidade de autocuidado de cada indivíduo (SOUZA-RABBO *et al.*, 2010).

Para isso, aponta-se que o enfermeiro promove cuidado reabilitador, tendo como finalidade dos cuidados clínicos o foco de reconquistar possíveis perdas que o paciente, sob seus cuidados, teve durante o evento cardíaco. Assim, o cuidado clínico de enfermagem para o paciente que necessita de RCV deve ser pautado em conhecimentos próprios da situação clínica apresentada e que seja embasada em conhecimentos teóricos que fundamentem o cuidado.

Dessa forma, a utilização de saberes a partir de referenciais teóricos, possibilita o fazer na perspectiva da ação, por meio de competência, habilidade, persistência, paciência e disponibilidade para agir consciente e intuitivamente (VALE; PAGLIUCA; QUIRINO, 2009).

Desse modo, considera-se importante que o enfermeiro, que cuida desta clientela, disponha de referencial próprio de enfermagem que, de modo mais objetivo, subsidie cientificamente a prática.

Nesse contexto, emergiu a seguinte questão: a grande teoria de Sister Callista Roy possibilita o desenvolvimento de uma teoria de médio alcance de enfermagem dirigido às pessoas cardiopatas em RCV?

A fim de responder à questão anunciada, verifica-se que teorias de enfermagem de médio alcance podem orientar enfermeiros envolvidos no contexto exposto a implementarem cuidado que possibilite uma RCV adequada. Neste sentido, foram identificados na literatura de enfermagem vários métodos que norteiam a elaboração de teorias de enfermagem de médio alcance, podendo surgirem da combinação de pesquisa, prática e da fundamentação no trabalho de outros, a partir de grandes teorias de enfermagem ou até mesmo de outras áreas de conhecimento (WALKER; AVANT, 2005).

Diante das possibilidades apresentadas, optou-se por elaborar uma TMA, a partir da derivação de uma grande teoria. Teorias de médio alcance derivadas de uma grande teoria são propostas por Walker e Avant (2005), devido à dificuldade em aplicar, na prática, as grandes teorias. Várias delas foram desenvolvidas, como a teoria de médio alcance da empatia expressa pelo enfermeiro.

A fim de identificar uma teoria de grande alcance para subsidiar uma TMA de Enfermagem para RCV, percebe-se que o modelo de adaptação da Irmã Callista Roy é uma fundamentação essencial, tendo em vista as peculiaridades que contribui de forma significativa para nova proposta, assim como pela definição de conceito central Adaptação, que se aproxima com a definição do fenômeno estudado Reabilitação Cardiovascular.

De forma a contribuir para RCV, o MAR proporciona intervenções de enfermagem que favorecem a adaptação de pessoas a assumirem estilo de vida que lhes proporcione bem-estar, sendo importante orientações quanto aos sinais e sintomas da doença, às limitações físicas ocasionadas por ela, à alimentação equilibrada, à manutenção de peso adequado, aos benefícios da atividade física, quando possível de ser realizada (ROCHA, 2008).

O MAR é visto como a base para compreensão do indivíduo como sistema capaz de se adaptar. A pessoa é a receptora dos cuidados de enfermagem. A saúde é entendida como estado e processo de tornar-se uma pessoa total e integrada. O ambiente inclui todas as condições e circunstâncias que afetam o comportamento e o desenvolvimento da pessoa (MEDEIROS *et al.*, 2015).

Nesse sentido, a Enfermagem proporciona meios que possibilite a adaptação do paciente de acordo com as próprias possibilidades, atuando tanto no modo adaptativo fisiológico, que contempla processos físicos e químicos que determinam equilíbrio orgânico; de identidade do autoconceito, que enfoca a

integridade psicológica e espiritual e a sensação de unidade, sentido e finalidade no universo; da função de papel, referente aos papéis que os indivíduos ocupam na sociedade, atendendo à necessidade de integridade social; e de interdependência, que inclui relacionamentos próximos de pessoas e suas finalidades (ROY, 2011).

Assim, as teorias de enfermagem direcionam o cuidado clínico de enfermagem com base nas necessidades específicas de cada paciente. No caso de pacientes em RCV, a fundamentação em uma teoria para os cuidados de enfermagem subsidiaria uma prática direcionada e com possibilidades de alcance dos resultados esperados.

Diante desse contexto, o interesse em realizar este estudo se deve à atual situação epidemiológica das DCV no mundo, as quais estima-se que 17,5 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares, em 2012, representando 31% de todas as mortes em nível global (OMS, 2016).

No Brasil, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) apresenta que a causa cardiovascular corresponde a perto de 30% das causas de morte, sendo a Doença Arterial Coronariana (DAC) a causa mais comum da Síndrome Coronariana Aguda (SCA) (ANDRADE *et al.*, 2015).

Dessa forma, percebe-se que pessoas estão sendo acometidas por DCV, levando a necessidade de mais esforços relacionados à reabilitação destes pacientes, o que contribuirá para redução de internações hospitalares e de custos com recursos materiais e humanos.

Justifica-se, também, a realização deste estudo em função da importância e necessidade de conhecimentos para enfermeiros, relacionadas à contribuição do cuidado clínico de enfermagem no processo de RCV, demonstrando os benefícios que os pacientes apresentarão após uma prática com suporte teórico, tendo em vista a inexistência de teorias de enfermagem que orientem a realização dessas ações.

O embasamento teórico no cuidado reabilitador, proporcionado por enfermeiros a pacientes em RCV, é imprescindível, tendo em vista as maiores possibilidades de reinserção dos indivíduos na sociedade, tornando-os ativos e produtivos novamente, de forma a ajudá-los na recuperação e/ou melhora da qualidade de vida, reduzindo significativamente a recorrência de eventos cardíacos (PETTO *et al.*, 2013).

Junto com esta compreensão da epidemiologia dessas doenças, durante o Curso de Graduação em Enfermagem no Instituto Superior de Teologia Aplicada

(INTA), com a participação da pesquisadora no Projeto de Pesquisa e Extensão Cuidadores do Coração e em projetos financiados vinculados ao mesmo, houve aproximação com profissionais enfermeiros e pessoas com DCV, possibilitando a identificação de carência de conhecimentos relacionados à RCV.

Ainda, ao ingressar no Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos de Enfermagem e Saúde na Universidade Estadual do Ceará (UECE), como participante do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS), da Linha de pesquisa: Cuidado Clínico e Prática Educativa no Adoecimento Cardiovascular da Universidade Estadual do Ceará (UECE), o assunto se tornou ainda mais relevante ao perceber, por meio de pesquisas e produções realizadas neste âmbito, a necessidade de enfermeiros conhecerem como o cuidado clínico de enfermagem contribui para a RCV.

Considera-se, portanto, esta pesquisa relevante, visto que colaborará de forma significativa para melhoria da qualidade de vida de pacientes em RCV, promovendo o retorno mais rápido à realização das atividades realizadas antes do evento cardíaco. Contribuirá, também, para aquisição de conhecimentos por pacientes com relação ao processo que está sendo vivenciado, pois o desconhecimento de pacientes contribui para piora da qualidade de vida, isolamento social, aumento das comorbidades, falta de autocuidado e adesão ao tratamento (BONIN *et al.*, 2016).

A utilização de uma TMA de Enfermagem para RCV possibilita ao enfermeiro que trabalha no âmbito da Cardiologia, conhecer o processo de reabilitação do paciente e, conseqüentemente, proporcionar-lhes benefícios, uma vez que ao receberem os cuidados apropriados, apresentarão melhorias de sua situação de saúde.

Dessa forma, os enfermeiros são considerados fundamentais em qualquer fase da reabilitação, pois têm papel integral no cuidado de pessoas, proporcionando ao restante da equipe de reabilitação conhecimento ampliado da saúde do paciente. Assim, o enfermeiro pode ser o articulador das discussões na equipe e do gerenciamento do cuidado prestado ao usuário (CAMPONOGARA *et al.*, 2014).

Nesse sentido, uma TMA de Enfermagem para RCV contribuirá para o avanço científico da enfermagem, tendo em vista que a produção do conhecimento é um processo de construção, desconstrução e reconstrução, cujas teorias são desenvolvidas com a finalidade de atingir sempre um novo campo de saber.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Desenvolver uma teoria de médio alcance de enfermagem, a partir de estratégias de desenvolvimento de teorias propostas por Waker e Avant (2005), para o processo de reabilitação cardiovascular.

2.2 ESPECÍFICOS

Desenvolver conceitos mediante processo de análise, relacionando-os com os da metateoria de Sister Callista Roy;

Associar os conceitos e construir relações teóricas e afirmações a eles relacionadas;

Articular as afirmações relacionais entre os conceitos para o processo de derivação da metateoria de Sister Callista Roy, fazendo emergir uma teoria de médio alcance de enfermagem para RCV.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Como etapa indicada para elaboração de uma TMA de Enfermagem, foi realizada pesquisa à literatura pertinente, com vistas à fundamentação da investigação proposta. O resultado dessa pesquisa será apresentado, na sequência, em três tópicos: Reabilitação Cardiovascular: do evento à reabilitação; A pessoa em reabilitação; e O cuidado clínico e educativo de Enfermagem como contribuinte no processo de RCV.

3.1 REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR: DO EVENTO À REABILITAÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) integram grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos, incluindo doença coronária; cerebrovascular; arterial periférica; cardíaca reumática; cardiopatia congênita; trombose venosa profunda e embolia pulmonar. Constituem a principal causa de morte no mundo, mais pessoas morrem anualmente por essas enfermidades do que por qualquer outra causa (OMS, 2016).

A OMS (2016) destaca que a maioria das DCV pode ser prevenida por meio da abordagem de fatores comportamentais de risco, como uso de tabaco, dietas não saudáveis e obesidade, sedentarismo e uso nocivo do álcool, utilizando estratégias educativas para população em geral. Neste sentido, para pessoas com DCV ou com elevado risco cardiovascular, devido à presença de um ou mais fatores de risco, é fundamental diagnóstico e tratamento precoce, por meio de serviços de orientação ou administração adequada de medicamentos.

Diante desse contexto, destaca-se a importância do trabalho com pessoas com cardiopatias com foco na prevenção secundária, tendo em vista que são doenças crônicas, é essencial o cuidado, com a finalidade de diminuir as complicações advindas das DCV.

A pessoa cardiopata sofre modificação no padrão de vida normal, devido à incapacidade para executar determinadas tarefas cotidianas, decorrente dos sinais e sintomas das cardiopatias. A dificuldade desses indivíduos em conviver com as alterações que a doença cardíaca causa no cotidiano e os sentimentos ameaçadores que surgem em virtude das restrições a que são submetidos, os levam a evitar a

realização de muitas atividades de vida diárias (SOARES *et al.*, 2008). Com isso, salienta-se a relevância de acompanhamento profissional após o evento cardíaco, contribuindo para o processo de reabilitação cardiovascular.

Nessa perspectiva, a World Health Organization (1964) destaca a reabilitação cardiovascular 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 próprio esforço, reconquistar posição normal na comunidade e ter vida ativa e produtiva.

De forma complementar, o I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular (1997) define a Reabilitação Cardiovascular (RCV) como um ramo de atuação da cardiologia que, implementada por equipe de trabalho multiprofissional, permite a restituição, ao indivíduo, de uma satisfatória condição clínica, física, psicológica e laborativa.

Diante dessa relevância, a Associação Britânica de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular (2012) revelou sete componentes padrões para RCV, como demonstra a Figura 1.

Figura 1- Demonstração dos sete componentes padrões para RCV



Fonte: ASSOCIAÇÃO BRITÂNICA DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR, 2012.

Conforme a Figura 1, identifica-se que a mudança de comportamento de saúde e o processo educativo são atitudes que influenciam diretamente na reabilitação cardiovascular. Para isto, é necessário gerenciamento dos fatores de risco

no estilo de vida, com implementação de hábitos relacionados à prática de atividade física, dieta e o não tabagismo; atenção à saúde psicossocial referente ao enfrentamento das mudanças ocorridas; gerenciamento dos fatores de risco, relacionados ao próprio processo de adoecimento; terapias de cardioproteção; gerenciamento a longo prazo; e processo avaliativo das atividades implementadas.

Diante disso, a RCV, acompanhada com profissionais qualificados, permite que o paciente retorne às atividades cotidianas de forma segura, com mais rapidez, diminuindo complicações e empoderando o sujeito para o autocuidado, para melhor adaptação às novas condições de saúde e exercendo sua transcendência.

Tendo em vista a importância da RCV, no período de 1966-1970, surgiram os programas de Reabilitação Cardíaca Supervisionada (RCS), quando no Brasil, há relatos destas atividades inicialmente no Serviço de Reabilitação Cardiovascular do Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro, no Rio de Janeiro, que posteriormente implantado em outros estados. Estes programas têm a finalidade de promover a reinserção de indivíduos na sociedade, tornando-os novamente ativos e produtivos novamente, de forma a ajudá-los na recuperação e/ou melhora da qualidade de vida, reduzindo significativamente a recorrência de eventos cardíacos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1997).

Um programa de Reabilitação Cardíaca Supervisionada é integrado por uma equipe multidisciplinar, que requer: conhecimento básico nas áreas cardiovascular, pulmonar e musculoesquelética, interpretação do eletrocardiograma, manejo de emergências clínicas e conhecimentos em teoria e prática do exercício físico. O núcleo da equipe é formado por médicos, enfermeiros e especialistas em exercícios, com a opção de agregar especialistas em outras disciplinas para fornecer ao paciente atendimento e educação completa (DIRETRIZ SUL-AMERICANA DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR, 2014).

Porém, salienta-se que os Programas de RCS exigem critérios para implantação, bem como para participação de pacientes, e embora a maioria dos hospitais que realizam procedimentos cardiovasculares possuam serviços de RCV em pacientes internados, raros são os programas ambulatoriais que contemplem acompanhamento até a fase de autonomia destes doentes crônicos (SOUZA *et al.*, 2015).

Assim, destaca-se que a atuação multiprofissional para supervisão nesse processo, deve ser implementada nos diversos ambientes de trabalho, a fim de

acompanhar o paciente, não sendo subserviente a existência do programa, podendo ser aplicado na Atenção Primária à Saúde (APS) e em outros serviços, como forma de acompanhamento desses pacientes, desde que possuam conhecimentos necessários para realização dessas atividades.

Acrescentando ainda que a realidade de nosso sistema de saúde limita a construção de Programas de RCS, torna-se necessário implementar cuidados reabilitadores em nível de APS, pois, de acordo com as diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF), as equipes devem atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade, através de equipes multiprofissionais.

Diante disso, é interessante destacar que o processo de RCV passa por diversas fases, desde o evento agudo ou processo cirúrgico até a total independência do paciente, necessitando de profissionais qualificados atuando durante todo o processo.

Assim, identificam-se quatro fases ressaltadas pela Diretriz de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica (RCPM) (2006): a fase I, intra-hospitalar, os pacientes se encontram, às vezes, ainda vulneráveis e contemplativos a novas propostas de mudanças do estilo de vida, tendo os profissionais a oportunidade de trabalhar na educação, repassar informação sobre a doença e a importância de controlar os fatores de risco, podendo ainda realizar exercícios de baixa intensidade, com objetivo da movimentação precoce. A fase II é iniciada após a alta hospitalar e visa restituir autoconfiança e a retomada mais rápida das atividades. A prática de exercícios físicos é incentivada, focando no aprendizado da automonitoração (frequência cardíaca, percepção de nível de esforço, sintomas).

Na fase III, não é necessária monitoração intensiva. Dá-se ênfase à necessidade de promoção da qualidade de vida e procedimentos que contribuam para redução do risco de complicações e o aprimoramento da condição física. A fase IV, de longo prazo, tem duração indefinida, sendo considerada fase de manutenção, em que o paciente está apto a tomada de decisões. E, por fim, a fase de reabilitação não supervisionada, em que o paciente tem autonomia para adoção e manutenção de hábitos de vida saudáveis (DIRETRIZ DE REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR E METABÓLICA, 2006).

Diante das fases apresentadas, os profissionais devem atuar com objetivo de auxiliar àqueles pacientes com DCV conhecidas ou em elevado risco de as

desenvolverem. Devem oferecer suporte nos aspectos físico, psíquico, social, vocacional e espiritual; educar os pacientes para que possam criar e aderir permanentemente à manutenção de hábitos saudáveis, com mudanças de estilo de vida associadas ou não ao tratamento farmacológico e/ou cirúrgico; prevenir eventos cardiovasculares desfavoráveis e adequado controle dos fatores de risco em geral (DIRETRIZ SUL-AMERICANA DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR, 2014).

Além de benefícios para os pacientes, percebe-se, também, diminuição de gastos financeiros referentes a internações, procedimentos, medicações, entre outros, sendo de interesse político a adoção de práticas com foco para RCV (KÜHR *et al.*, 2011). Por ser uma das mais importantes causas de morte e incapacidades física, social, psicológica e laborativa, as DCV têm merecido aplicação de elevados recursos financeiros, por vezes, incapazes de atender às necessidades globais diagnósticas e terapêuticas (DIRETRIZ DE REABILITAÇÃO CARDÍACA, 2005).

Assim, com a realização das atitudes citadas, percebe-se que os pacientes podem ter uma RCV quando são sensibilizados sobre o evento e têm conhecimento sobre sua situação de saúde. Isto contribui para mudança dos hábitos de vida e proporciona melhorias para si.

O próximo tópico desta revisão aborda questões relevantes sobre o ser cardiopata em reabilitação e as alterações na vida, esclarecendo as necessidades apresentadas por eles durante esse processo.

3.2 PESSOA EM REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR

Após o acometimento de um evento cardíaco agudo ou processo cirúrgico, o paciente enfrenta na vida medos e curiosidades que interferem na nova forma de viver.

As DCV, invariavelmente, causam comprometimento na Qualidade de Vida (QV) dos indivíduos, em função do comprometimento físico causado pela deteriorização da função cardíaca, sendo o coração órgão fundamental para manutenção da vida (SERRANO JÚNIOR *et al.*, 2010).

Dessa forma, a saúde física e psíquica do paciente estará comprometida e, diretamente, a qualidade de vida deste. A saúde é aspecto fundamental para definição

da qualidade de vida do indivíduo, e diante das limitações que a própria doença traz, deve-se considerar, também, os aspectos biopsicossociais (CHISTMANN; COSTA; MOUSSALLE, 2011). Este fato desperta a necessidade de cuidado integral, em que não há valorização da clínica apresentada pelo paciente, mas que seja analisado todo o aspecto subjetivo e social que o mesmo enfrentará.

As mudanças que ocorrem na vida do cardiopata exigem dos profissionais adaptação ao tratamento, focando não apenas na doença, mas na qualidade de vida do paciente, pois este está preocupado com as limitações que ela traz nas atividades diárias (SOUZA *et al.*, 2008).

Pode-se identificar algumas mudanças físicas apresentadas pelo paciente após o evento agudo ou processo cirúrgico, as quais, após acompanhamento adequado no processo de RCV, são suprimidas, como o aumento na tolerância ao exercício, proporcionando benefícios sobre os sistemas orgânicos, principalmente, cardiovascular, músculo-esquelético, respiratório e renal (HOSSRI *et al.*, 2014).

Mudanças psicológicas e sociais também são observadas, como alterações nos estados de humor, diminuição da fadiga e raiva, aumento do vigor, estado de alerta e energia, redução do estado de ansiedade, do nível de depressão, da instabilidade emocional e dos vários sintomas de estresse (irritabilidade, hostilidade, tensão), apresentando, ainda, retorno com mais rapidez ao trabalho, mantendo a mesma qualificação profissional (DIRETRIZ DE REABILITAÇÃO CARDÍACA, 2005).

Diante disso, a RCV melhora a saúde e qualidade de vida do paciente, reduz a necessidade de medicamentos para tratar a dor torácica, diminui a chance de voltar para o hospital ou sala de emergência por um problema cardíaco, previne futuros problemas cardíacos e até mesmo ajuda o paciente a viver mais (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2016). Assim, a RCV espera que o paciente fique em condições melhores ou muito melhores do que aquelas em que se encontrava antes do evento cardíaco ou do diagnóstico de doença cardiovascular (ARAÚJO, 2015).

Com isso, é necessário reforçar a ideia de desviar o foco no manejo da doença somente nos achados clínicos, pois pode não corresponder às expectativas do paciente, que se preocupa com as limitações que a doença impõe às atividades diárias (SOUZA *et al.*, 2008).

Nesse sentido, a realização de um levantamento do histórico do paciente, a fim de conhecer o perfil deste, permite que os profissionais consigam implementar

ações que minimizem as complicações pós-operatórias das doenças cardiovasculares, promovendo a autonomia do sujeito frente ao contexto em que está inserido (CAMPONOGARA *et al.*, 2014).

Assim, a busca por compreender o que aquele momento significa para o paciente, a partir de levantamento de dados e, posteriormente, identificação dos diagnósticos de enfermagem, é relevante para auxiliar no planejamento das ações a serem realizadas, tendo como foco a reabilitação segura.

Durante os momentos de cuidado com o paciente que percorre em todas as fases de RCV, destaca-se o trabalho educativo, visando o controle dos fatores de risco, mediante modificação do estilo de vida, as quais, realizadas periodicamente e envolvendo os familiares, poderá acarretar mudanças ainda mais significativas (MENDES, 2009).

Portanto, o ser cardiopata em reabilitação vivencia novas situações em sua vida que necessitam ser enfrentadas da melhor forma possível, em que um profissional com conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas, poderá proporcionar o estímulo a autonomia do paciente, para que experiencie de forma satisfatória e retorne às atividades normais com êxito.

3.3 CUIDADO CLÍNICO E EDUCATIVO DE ENFERMAGEM COMO CONTRIBUINTES NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR

Cuidado e clínica são inerentes ao trabalho do enfermeiro, a forma como são implementados devem ser embasados por referenciais teóricos direcionados pela necessidade apresentada pelo paciente, necessitando de foco no ensinamento durante o processo de formação profissional (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011).

O cuidado na enfermagem é compreendido por Waldow (1998) como o ato de prover e favorecer o bem às pessoas que apresentam vulnerabilidade e fragilidades, desempenhando essa ação com respeito, compaixão, conforto, responsabilidade, segurança e conhecimentos.

Nesse sentido, o cuidado é identificado como prática essencial do enfermeiro, devido à implementação ser voltada às necessidades do paciente, deve ser baseada em teorias, a fim de proporcionar cuidado sistematizado e seguro.

Com relação à clínica, embora existindo diversas concepções sobre seu significado, manifesta-se atrelada à doença e procedimentos, não sendo entendido, na maioria das vezes, a partir do sujeito que adoece, mas o foco é na doença apresentada (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011). A clínica na enfermagem permeia nas intervenções sobre o corpo doente, porém, busca ampliar o olhar clínico para além da doença, como também em todo contexto subjetivo do paciente.

Nesse sentido, o cuidado clínico de enfermagem é direcionado ao paciente, na perspectiva de buscar novas formas de cuidar, focalizadas em atenção que perceba as necessidades não apenas fisiológicas, como também subjetivas dos pacientes, para o cuidado baseado em conhecimentos e saberes próprios da Enfermagem (SILVEIRA *et al.*, 2013).

Diante disso, percebe-se que a meta da enfermagem é considerada resposta humana de ajuda e conforto à prática de cuidados e relaciona-se com experiências de vida entre o enfermeiro e a pessoa que recebe os cuidados (MELEIS, 2012). Logo, a prática clínica de enfermagem, aliada aos cuidados subsidiados por saberes próprios, proporciona o bem-estar do paciente, reestabelecendo as fragilidades apresentadas.

Nesse contexto, é pertinente destacar o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, que no artigo 4º, do capítulo II, do Decreto-Lei nº 161/ 96, de 4 de setembro de 1996, estabelece:

Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (PORTUGAL, 1996, p. 2960).

O Decreto destaca ainda que a Enfermagem registrou evolução em sua formação base, tornando-se mais complexa e digna do seu exercício, sendo necessário reconhecer seu papel no âmbito da comunidade científica de saúde. Diante dessa abordagem, no parágrafo 2, artigo 8º, capítulo IV, vem salientar que o exercício da atividade profissional de enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.

Diante do exposto, aponta-se o papel da reabilitação promovida pelo enfermeiro, que atualmente, embora sendo uma área em que a Enfermagem possua saberes e habilidades relacionadas, ainda é pouco incorporada na prática de cuidados.

Reabilitar significa habilitar novamente, para o desempenho das tarefas antes realizadas e as quais as habilidades foram independentemente perdidas. Reabilitar requer esforço de profissionais capacitados e da própria pessoa que está se reabilitando (SCHOELLER *et al.*, 2014).

A reabilitação no âmbito da Enfermagem não é recente. Florence Nightingale, em 1859, deixava claro, em seus escritos, as intervenções de enfermagem apropriadas para o cuidado e a reabilitação de pessoas lesionadas na guerra, já destacando a importância da promoção de cuidados com essa finalidade (ANDRADE *et al.*, 2010).

Assim, a Enfermagem é uma das profissões que deve atuar ativamente no processo de reabilitação, tendo como uma de suas finalidades o cuidado terapêutico, a partir do entendimento do outro como ser integral e autônomo. O enfermeiro deve restaurar os pacientes, como dizia Florence Nightingale, tratando os enfermos para se tornarem sadios novamente (SCHOELLER; LEOPARDI; RAMOS, 2011).

Nesse sentido, a Enfermagem da Reabilitação deve ser desenvolvida em diversos contextos e situações, entre elas, possui bastante influência na RCV, tendo em vista as peculiaridades de mudanças ocorridas na vida dos sujeitos que são acometidos.

Christmann, Costa e Moussalle (2011) relatam que as DCV representam desafio para saúde, sendo amplamente discutidas devido ao crescente número de pessoas acometidas por elas e por apresentar considerável número de óbitos. Este contexto vem corroborar com a necessidade de melhor reabilitar as pessoas para conquista da autonomia e independência.

A Enfermagem cuida de pacientes em reabilitação durante todas as fases, tanto na fase aguda da doença, como na fase crônica. Todo planejamento e ações implementadas são focadas no favorecimento da recuperação e adaptação frente às limitações impostas, dentre as quais se destacam as funcionais, motoras, psicossociais e espirituais (ANDRADE *et al.*, 2010).

Nesse sentido, na fase I da reabilitação, em que o paciente ainda se encontra em ambiente hospitalar, o objetivo é de evitar efeitos do repouso

prolongado, complicações respiratórias e tromboembólicas, evitar a depressão, facilitar a alta precoce e fornecer informações ao paciente e à família sobre a doença e os cuidados básicos. Neste sentido, é necessária a obtenção do histórico clínico do paciente, a realização do exame físico para avaliação prévia e processo educativo para o paciente e respectiva família, com foco no autocuidado (DIRETRIZ SUL-AMERICANA DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR, 2014).

Nessa fase inicial, destaca-se a atuação do enfermeiro, o qual possui conhecimentos e habilidades para atuar nesse processo e atingir os objetivos propostos. É essencial, ainda, que o enfermeiro auxilie na realização de exercícios de leve intensidade, como sentar, levantar e deambular, promovendo, também, ambiente tranquilo e confortável.

Na fase II, iniciada após a alta hospitalar, tem como objetivos principais conseguir modificações dos fatores de risco e recuperação da autoconfiança do paciente depois do evento cardíaco. Esses objetivos podem ser atingidos a partir de continuação do processo educativo e preparação do cliente para o retorno mais breve às atividades sociais e laborais, nas melhores condições clínicas e sociais (DIRETRIZ SUL-AMERICANA DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR, 2014). Da mesma forma que na fase I, o profissional enfermeiro, durante a formação acadêmica, deve ser preparado para atuar nessas atividades, o que contribui para RCV, implementando o Processo de Enfermagem pela busca de ações ampliadas, analisando contexto físico, social e psicológico.

Nas fases III e IV, as quais são de longo prazo, relacionam-se à manutenção e ao controle das condições físicas, com a busca e garantia do bem-estar psicológico. É necessária avaliação e seguimento da adesão ao tratamento medicamentoso e às medidas não farmacológicas, ajudando o paciente nas dificuldades para desprender-se dos maus hábitos, gerar estratégias para manter estilo de vida saudável e conseguir mudanças permanentes com um estilo de vida saudável, atividade física e controle adequado dos fatores de risco (DIRETRIZ SUL-AMERICANA DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR, 2014).

Diante do exposto, deverão ser mantidas as orientações realizadas pelo enfermeiro e as ações proporcionadas nas fases anteriores, o que garantirá desempenho satisfatório, buscando inserir o paciente na sociedade. Nessas etapas, destaca-se o papel do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais necessitam de conhecimentos, habilidades e

atitudes específicas relacionadas a estes cuidados, pois devido a maior proximidade com os pacientes em domicílio, estes continuarão com os processos educativos para manutenção de boas condições de saúde.

Assim, o enfermeiro na RCV é importante, no sentido de observar, identificar e interpretar a clínica apresentada pelo paciente, com função essencial de orientação com relação às medidas de manutenção do bem-estar, tornando-o motivado e implementando, o que Florence Nightingale propusera: colocar o cliente na melhor condição, para que a natureza possa agir sobre ele (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Diante do exposto, percebe-se que a educação de pacientes tem sido reconhecida como componente essencial para RCV, juntamente com outros componentes-chave, como estilo de vida, identificação de fatores de risco, saúde psicossocial, terapias cardioprotetoras, gestão em longo prazo e auditoria e avaliação. Acerca dos efeitos da educação em pacientes cardíacos, existem diversos fatores que interferem na aquisição de conhecimentos, como características sociais e clínicas dos pacientes (GHISI *et al.*, 2013). Neste sentido, identifica-se o papel do enfermeiro educador como participante ativo desse processo, havendo a necessidade de empoderamento deste profissional no tocante à RCV.

Schoeller *et al.* (2014) destacam ainda que o enfermeiro apresenta-se como o único profissional em contato permanente com a pessoa que se reabilita, e isso, associado à percepção de integralidade, é motivo pelo qual os profissionais de enfermagem têm mais condições de liderar os processos de reabilitação, assim como a aproximação dos enfermeiros com os pacientes proporcionam condições adequadas para que a reabilitação seja direcionada.

Porém, estudos como o de Andrade (2012) destacam que o enfermeiro raramente é visto como integrante do processo interdisciplinar de reabilitação, sendo muitas vezes desvalorizado, isto devido, muitas vezes, ao próprio desconhecimento do enfermeiro sobre sua importância no processo, o que motiva a necessidade de assuntos como este serem discutidos e analisados durante a formação acadêmica.

Logo, verifica-se, também, deficiência de profissionais qualificados para desempenhar trabalho satisfatório em reabilitação (SCHOELLER *et al.*, 2014), necessitando de mais treinamento aos enfermeiros para atuarem nessa área e, ainda, a inclusão destes, em grupos interdisciplinares para cuidados reabilitadores.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção, serão apresentadas as contribuições das teorias de enfermagem para construção do conhecimento da área e o marco teórico sobre o modelo de Adaptação de Callista Roy que norteou e fortaleceu o desenvolvimento da teoria proposta.

4.1 TEORIAS DE ENFERMAGEM E A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DA ÁREA

A construção do conhecimento é um processo contínuo, influenciado pelas pesquisas e experiências vivenciadas, as quais são transformadas, a partir da utilização dos métodos científicos, em modelos e teorias a serem utilizados pelos demais integrantes da área de conhecimento, no caso, de enfermagem.

Para construir conhecimento na Enfermagem, são necessárias identificação e definição de conceitos representativos de fenômenos que estão no campo de interesse. Estes conceitos devem se inter-relacionarem em proposições teóricas que refletem visões específicas acerca de fenômenos e que determinam, potencialmente, inovações, evoluções e/ou revoluções no saber e fazer da Enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Nessa perspectiva, as teorias de enfermagem que Chinn e Krammer (2010) definem como estruturação criativa e rigorosa de ideias, que projetam uma tentativa, uma resolução e uma visão sistemática dos fenômenos, são as principais evidências que contribuiram e contribuem para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem. Pois, dirigem o fornecimento de serviços e programas com garantia de qualidade, servem de base para sistemas de informação e identificam padrões para prática de enfermagem (MCEWEN; WILLS, 2016).

Com isso, as teorias de enfermagem, ao serem utilizadas na prática profissional, como base para implementação de cuidados, estes serão realizados de maneira holística, segura e propensa ao alcance dos objetivos traçados.

Diante dessa relevância, é interessante destacar que as teorias de enfermagem utilizam os conceitos como unidade básica para o pensamento teórico.

Estes são definidos como algo concebido na mente, são palavras que representam a realidade e facilitam a capacidade de compreensão (GEORGE *et al.*, 2000).

A literatura geral de enfermagem concorda que existem quatro principais conceitos que implicam e preocupam a Enfermagem, considerados o metaparadigma, sendo: a pessoa, o ambiente, a saúde e a Enfermagem.

A pessoa se refere aos indivíduos, família, comunidade e outros grupos que participam dos cuidados de enfermagem. É um ser composto por necessidades físicas, intelectuais, bioquímicas e psicossociais, um ser holístico no mundo, integrado. O ambiente refere-se aos elementos externos que afetam os indivíduos, às condições internas e externas que influenciam no organismo, aos indivíduos próximos com quem a pessoa interage e a um sistema aberto com limites que permitem a troca de informação e energia com os humanos. Relaciona-se às condições locais, regionais, nacionais e com todo o mundo (FAWCETT, 2013; MCEWEN; WILLS, 2016).

A saúde reporta-se à capacidade de funcionar independentemente da unidade mente, corpo e alma. É o fenômeno de interesse central para a Enfermagem. Por fim, a Enfermagem é uma ciência, uma arte e uma disciplina que envolve o cuidado. Suas ações são consideradas capazes de transcorrer um processo mútuo entre pacientes e enfermagem. Sua prática facilita, apoia e fornece assistência a indivíduos, famílias, comunidades e sociedade para fortalecimento, manutenção e recuperação da saúde (FAWCETT, 2013; MCEWEN; WILLS, 2016).

Diante da apresentação dos conceitos que são fundamentais para compreensão do pensamento teórico, salienta-se que são metaparadigmáticos, ou seja, eles compõem o metaparadigma da Enfermagem.

O metaparadigma da Enfermagem é relatado por Fawcett (2013) como declarações que identificam fenômenos relevantes para uma disciplina, constituindo-se passo importante para evolução da Enfermagem. São componentes abstratos que, em geral, contribuem para organizar desenvolvimentos conceituais.

McEwen e Wills (2016) complementam ressaltando que o metaparadigma da Enfermagem inclui as principais orientações filosóficas de uma disciplina. Tem como finalidade resumir missões intelectual e social da disciplina e impor limites ao assunto.

Diante disso, o metaparadigma da Enfermagem constitui-se em afirmações necessárias para composição de suas teorias, tendo em vista que destacam assuntos relevantes a serem implementados no desenvolvimento do saber.

Assim, as teorias de enfermagem representam seu conhecimento sistemático, contribuindo tanto para a disciplina como para profissão. Podem estabelecer relações entre pesquisa, teoria e prática, e se colocam a testes para gerarem novo conhecimento (ALLIGOOD, 2014).

Por conseguinte, as teorias de enfermagem orientam a realização das práticas de cuidado de enfermagem. Devem ser a base do conhecimento e sustentar as decisões a serem tomadas.

4.2 MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY

O Modelo de Adaptação de Irmã Callista Roy (MAR) foi descrito pela primeira vez em 1970 como estrutura que fornece orientação para os cuidados de enfermagem necessários, a fim de promover a saúde de indivíduos e agregados, ou seja, família e comunidade. Roy propôs seu modelo quando estudava para obter o grau de mestre. A partir de então, ao realizar o estágio pós-doutoral em Enfermagem, em uma clínica de pacientes com déficits neurológicos, seu modelo foi cada vez mais aperfeiçoado (ROY, 1997).

Os fundamentos filosóficos de Roy estão enraizados no humanismo e na *veritvity*. O humanismo é definido como parte de um movimento da psicologia e da filosofia que reconhece a pessoa e a experiência da dimensão subjetiva dela como central para o conhecimento. A *veritvity* é o fundamento do modelo e como tal afeta a visão da pessoa e do ambiente, devendo ser aplicada constantemente quando se usa o modelo. É entendida, portanto, como a finalidade comum da existência (ROY; ANDREWS, 1999).

O MAR incorpora ainda conceitos do Modelo de enfermagem de Johnson, da teoria da adaptação de Helson, do Modelo de Sistemas de von Bertalanffy, da definição de sistema de Rapoport, das teorias de estresse e adaptação de Dohrenrend e Seye e do Modelo de enfrentamento de Lazarus (MCEWEN; WILLS, 2016).

A teoria criada por Roy foi desenvolvida como guia para prática de enfermagem em um mundo com necessidades emergentes. Além do mais, o modelo fornece um plano para o desenvolvimento do conhecimento. Os pressupostos, que serão demonstrados mais adiante, fornecem perspectiva baseada em valores para identificar questões significativas para pesquisa acadêmica (ROY, 2011).

Dessa forma, o MAR contribui para o cuidado de enfermagem implementado a pacientes que, por algum estímulo, necessitam dos mecanismos de enfrentamento para o processo de adaptação.

4.2.1 Pressupostos do Modelo de Adaptação De Roy

Pressupostos de uma teoria são caracterizados como notas tomadas como verdadeiras e são fundamentados naquilo que os teóricos consideram evidência (CHINN; KRAMER, 2010).

Os pressupostos do MAR são apresentados por Roy (2009, p. 31), segmentados em científicos, filosóficos e culturais.

Os científicos incluem:

1. Os sistemas de matéria e energia progridem para níveis superiores de auto-organização complexa;
2. Conscientização e significado são constituintes da integração pessoa-ambiente;
3. A conscientização de si e do ambiente está arraigada no pensamento e sentimento;
4. As decisões humanas respondem pela integração dos processos criativos;
5. O pensamento e o sentimento são mediadores da ação humana;
6. As relações dos sistemas incluem a aceitação, a proteção e o fortalecimento da interdependência;
7. As pessoas e o planeta terra têm padrões comuns e relações integrais;
8. As transformações nas pessoas e no ambiente são criadas na consciência humana;
9. A integração dos humanos e do ambiente resulta na adaptação.

Os filosóficos abrangem:

1. As pessoas têm relações mútuas com o mundo e Deus;
2. O sentido humano tem suas raízes na convergência do ponto ômega do universo;
3. Deus é revelado intimamente na diversidade da criação;
4. As pessoas usam capacidades criativas humanas de percepção, iluminação e fé;

5. As pessoas respondem pela manutenção e transformação do universo. Os pressupostos culturais integram:

1. As experiências culturais influenciam a forma de expressão do MAR;
2. Um conceito central à cultura pode influenciar o MAR de alguma forma;
3. Expressões culturais do MAR podem motivar mudanças em atividades práticas, como a investigação da enfermagem;
4. Com a evolução do MAR em uma cultura, as implicações para a enfermagem podem diferir de experiências na cultura original.

De forma geral, os pressupostos apresentados versam sobre vínculos de conceitos existentes e necessários que contribuem para o processo de adaptação. Tendo em vista que o MAR fornece embasamento científico, filosófico e cultural, este permite visão holística da pessoa a ser cuidada.

4.2.2 Metaparadigma e principais conceitos do Modelo de Adaptação de Roy

Conceitos são centrais, tanto para o desenvolvimento de modelos conceituais quanto para o desenvolvimento de teorias, permitindo encarar a investigação de forma mais particular (ROY, 2011). O MAR define os conceitos do metaparadigma da enfermagem e outros conceitos que foram identificados com relevância teórica e prática.

4.2.2.1 Ambiente

O ambiente corresponde às condições, circunstâncias e influências que afetam o desenvolvimento e o comportamento dos humanos como sistemas adaptativos. É definido no MAR como o mundo interior e exterior da pessoa (MCEWEN; WILLS, 2016).

Para Roy e Andrews (2001), o ambiente em mudança estimula a pessoa a criar respostas adaptáveis. Baseou-se no trabalho de Helson (1964) que descreve a adaptação como função do grau de mudança que tem lugar, e o nível de adaptação da pessoa.

Desta forma, o ambiente está diretamente relacionado aos estímulos que desencadeiam respostas adaptativas e promovem metas de adaptação e integridade

(BATISTA; SANTIAGO; MATIAS, 2011). Assim, percebe-se que o ambiente pode influenciar positiva ou negativamente com relação às respostas adaptativas.

4.2.2.2 Saúde

A saúde é o estado e processo de estar e tornar-se integrado e completo. A integralidade da pessoa é expressa com a capacidade de preencher as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio (ROY; ANDREWS, 2001).

Para Batista, Santiago e Matias (2011), saúde significa adaptação, que dependendo das circunstâncias do ambiente, a pessoa se adapta de forma diferente, isso motiva os indivíduos a se tornarem mais complexos e crescendo mais.

Nesse contexto, saúde é um estado em que a pessoa busca permanecer por meio da adaptação, bem como pode ser promovida por meio do cuidado de enfermagem com esse mesmo enfoque.

4.2.2.3 Meta da enfermagem

A meta da enfermagem no MAR é caracterizada por ser a promoção da adaptação do sistema humano. A adaptação procura manter a integridade e a dignidade humana, contribui para promover, manter e melhorar a saúde, a qualidade de vida e morrer com dignidade (ROY; ANDREWS, 2001).

Batista, Santiago e Matias (2011) apontam que cabe ao enfermeiro ações no sentido de promover a adaptação em situações de saúde ou doença, para aumentar a interação da pessoa com o ambiente e, com isso, promover a saúde.

Diante disso, o MAR orienta ações a serem implementadas por enfermeiros em busca da promoção da adaptação, mediante o processo de enfermagem, apresentando como as pessoas responderão se tais ações forem realizadas.

4.2.2.4 Pessoas

A pessoa é receptora dos cuidados de enfermagem. Segundo Roy (2001), a pessoa é vista como um indivíduo, uma família, um grupo, uma comunidade ou uma sociedade. A pessoa tem a capacidade de criar mudanças para se adaptar ao

ambiente, e no qual a habilidade e a capacidade de criação dessas mudanças correspondem ao nível de adaptação (BATISTA; SANTIAGO; MATIAS, 2011).

Identificado como o Sistema Adaptativo Humano, Roy e Andrews (1999) definem “como um todo com partes que funcionam como uma unidade com algum propósito” (p.31). O cliente é um ser biopsicossocial em constante interação com o meio em mudança. Logo, a pessoa está continuamente mudando e tentando adaptar-se.

Nesse contexto, os seres humanos se adaptam pelos processos de aprendizagem adquiridos, assim, devem ser considerados como um ser único, digno e autônomo, sendo parte de um contexto que não pode ser separado. Esse conceito está diretamente relacionado ao de adaptação, de tal maneira que a percepção que tem das situações a que se depara é individual e diferente para cada um (FACULTAD DE ENFERMERÍA, 2009).

Destaca-se, ainda, que Roy e Andrews (1999) complementam relatando que a visão da pessoa como sistema adaptativo é representada pelo *input*, que são os estímulos; pelo controle, que representam os mecanismos de enfrentamento; pelo *output*, que são os comportamentos encontrados, e pelo *feedback* ou retroalimentação.

4.2.2.5 Adaptação

Adaptação é definida como o “processo e o resultado pelos quais pessoas que pensam e sentem como indivíduos ou em grupos usam a percepção consciente e o arbítrio para criar a integração dos humanos e ambiente” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 30).

De acordo com Roy e Andrews (1999), o nível de adaptação representa a condição do processo da vida e é descrito em três níveis: integrado, compensatório e comprometidos.

O nível integrado de adaptação descreve as estruturas e funções dos processos vitais que funcionam como um todo para atender às necessidades humanas. No nível compensatório, os mecanismos regulatórios e cognitivos são ativados, como desafio dos processos integrados para buscar respostas adaptativas, tentando restabelecer a organização do sistema. O nível comprometido de adaptação

ocorre quando as respostas dos mecanismos mencionados são inadequadas e, portanto, é um problema de adaptação (ROY, ANDREWS, 1999).

Assim, adaptação é uma condição que para ser atingida, é necessário, além da utilização de mecanismos de enfrentamento do indivíduo, que os enfermeiros proporcionem condições para que tais mecanismos atuem de forma efetiva, podendo ser implementada a partir da aplicação do processo de enfermagem, o qual permite a avaliação de estímulos que influenciam em comportamentos adaptáveis ou não.

4.2.2.6 Estímulos

No MAR, Roy e Andrews (1999, p. 32) definem estímulo como "qualquer coisa que desencadeie uma resposta. É o ponto de interação do sistema humano com o meio ambiente ". Classifica-os em estímulos focais, contextuais e residuais.

Os estímulos focais são as causas próximas da situação, confrontam imediatamente com as pessoas, desencadeando resposta imediata ao paciente, que pode ser adaptável ou ineficaz. Estímulos contextuais incluem todos os estímulos ambientais, que podem ou não afetar a situação, contribuem para o efeito da estimulação focal. Os estímulos residuais são imensuráveis e desconhecidos, mas que existem e podem afetar a situação (ROY; ANDREWS, 1999).

Esses estímulos estão sempre presentes e se tornam ainda mais relevantes quando combinados uns com os outros, pois desencadeiam respostas adaptativas ou ineficazes no indivíduo. Ao identificar um estímulo, aquele que não era tão importante pode se tornar focal, contextual ou residual, isto porque a adaptação é um processo dinâmico, na medida em que a situação muda os estímulos, também podem mudar (FACULTAD DE ENFERMERÍA, 2009).

A análise permanente da relação estímulo-resposta permite ao profissional de enfermagem determinar a prioridade e a individualidade dos planos de atendimento e, desta forma, pode se ajustar às mudanças que ocorrem no nível de adaptação.

4.2.2.7 Mecanismos de enfrentamento

Para Roy e Andrews (1999), a pessoa utiliza mecanismos adaptativos que podem ser inatos ou adquiridos e compõem os mecanismos de enfrentamento. Esses mecanismos se processam por meio de dois subsistemas, o regulador e o cognitivo.

O subsistema regulador responde automaticamente através de processos de resistência endócrina, química e nervosa. Os estímulos do ambiente agem como entradas para o sistema nervoso, cuja informação é canalizada automaticamente de forma adequada, e uma resposta inconsciente e automática é produzida (ROY; ANDREWS, 2001).

O subsistema cognitivo é importante processo de enfrentamento, envolvendo canais cognitivo-emotivos: processamento perceptivo e de informação, aprendizado, julgamento e emoção. Esse subsistema permite que o indivíduo responda tanto a estímulos internos quanto externos. É uma estrutura construída ao longo da vida, nas relações que os indivíduos estabelecem com o meio e outras pessoas (LEOPARDI, 1999).

O não funcionamento dos mecanismos resulta em respostas mal-adaptativas ou não efetivas e o uso eficaz deles resulta em respostas adaptativas ou efetivas. As respostas adaptativas aos estímulos são produzidas e manifestadas nos quatro modos efetores: o modo fisiológico-físico, autoconceito, desempenho de papéis e de interdependência (ROY, 2009).

O modo fisiológico-físico contempla processos físicos e químicos que determinam o equilíbrio orgânico e envolvem as necessidades básicas relacionadas a: oxigenação; nutrição; eliminação; atividade e repouso; proteção; sentidos; fluidos e eletrólitos; função neurológica; e função endócrina. Representa a resposta física aos estímulos ambientais e envolvem, primeiramente, o subsistema regulador (GALBREATH; 2000).

O modo de identidade do autoconceito de grupo enfoca a integridade psicológica e espiritual e a sensação de unidade, sentido e finalidade no universo. Este modo compreende duas sub-áreas: o self físico, que inclui a sensação corporal e a imagem corporal; e o self-pessoal, que inclui self-consistência, self-ideal e self-ético-moral e espiritual (ROY; ANDREWS, 2001).

O modo de função do papel refere-se aos papéis que os indivíduos ocupam na sociedade, atendendo à necessidade de integridade social. Os papéis estão classificados como primário, relacionado ao sexo, à idade e ao estágio de desenvolvimento da pessoa; secundário, que realiza as atividades exigidas pelo estágio de desenvolvimento e terciário, que é temporário e pode ser escolhido livremente (GALBREATH, 2000).

O modo da interdependência inclui relacionamentos próximos de pessoas e suas finalidades, estrutura e desenvolvimento, individualmente e em grupos, e seu potencial de adaptação nessas relações (ROY, 2011).

4.2.3 Aplicação na prática do Modelo de Adaptação de Roy

O MAR possui guia para sua implementação orientada pelo Processo de enfermagem, que é simultâneo e contínuo, e constitui abordagem para resolver problemas. Assim, tendo em vista que cada pessoa lida de forma diferente com as mudanças no seu estado de saúde, ressalta-se que é de responsabilidade do enfermeiro ajudar as pessoas a se adaptarem a essas mudanças (ROY, ANDREWS, 2001). Neste sentido, Roy explora cada passo do processo de enfermagem aliado ao seu modelo.

O primeiro passo é a avaliação do comportamento, em que acontece a coleta de dados apoiada nos quatro modos adaptativos. Neste passo, o enfermeiro utiliza capacidades de observação, medição e entrevista para obter dados comportamentais de maneira sistemática, estabelecendo preocupações prioritárias que são dos comportamentos que podem destruir a integridade da pessoa e não promover a adaptação (BATISTA; SANTIAGO; MATIAS, 2011).

O segundo passo é a avaliação do estímulo, cujos estímulos são avaliados em relação ao comportamento identificado no primeiro nível de adaptação, ressaltando que existem circunstâncias que podem mudar o significado dos estímulos (BATISTA; SANTIAGO; MATIAS, 2011).

O terceiro passo é a identificação dos diagnósticos de enfermagem, que envolve a formulação de afirmações que interpretam esses dados. Roy e Andrews (2001) salientam que para criação de um diagnóstico de enfermagem, é necessário posicionar o comportamento do paciente juntamente com os estímulos mais relevantes.

O quarto passo é o estabelecimento de metas, o qual identifica objetivos a serem alcançados. Esse passo envolve afirmação dos resultados comportamentais dos cuidados de enfermagem que promoverão a adaptação (BATISTA; SANTIAGO; MATIAS, 2011).

O quinto passo é a intervenção, que se centra na forma como a adaptação deve ser obtida. Nesta fase, o enfermeiro deve determinar como intervir para auxiliar

a pessoa a atingir seus objetivos. Após determinar a prioridade das intervenções e colocá-las em ação, o enfermeiro procede à avaliação da sua eficácia (BATISTA; SANTIAGO; MATIAS, 2011).

O sexto e último passo é a avaliação do processo implementado, envolve a apreciação da eficácia da intervenção de enfermagem em relação ao comportamento da pessoa. Se o comportamento da pessoa for ao encontro dos objetivos iniciais, a intervenção de enfermagem é julgada efetiva, ao contrário, o enfermeiro deverá buscar descobrir o que interferiu no não alcance dos resultados.

Nesse sentido, percebe-se que o MAR ao ser implementado, aliado ao Processo de enfermagem, possibilita melhor compreensão do que este modelo sugere, tendo em vista que, ao ser praticado de forma sistematizada, dinâmica e contínua, permite a promoção da adaptação de forma mais efetiva.

Nessa perspectiva, é interessante ressaltar que o MAR foi pela primeira vez implantado no ano de 1972, utilizado com a finalidade de fornecer orientações aos enfermeiros. Para sua aplicação na prática, o primeiro enfermeiro que participou deste processo definiu sete passos necessários: avaliação do ambiente físico e da cultura organizacional; planejamento mútuo; avaliação das necessidades gerais; formulação de objetivos; planejamento com profissionais de enfermagem; implementação e avaliação (ROY; ANDREWS, 2001).

Na tentativa de apresentar investigações realizadas, baseadas no MAR, associadas à DCV, identifica-se, em âmbito internacional, a pesquisa realizada sobre respostas humanas às doenças crônicas: adaptações fisiológicas e psicossociais (POLLOCK, 1986).

Em âmbito nacional, muitas pesquisas têm sido realizadas com base nesta teoria direcionada aos cardiopatas, como a metodologia de Callista Roy, aplicada em clientes submetidos à intervenção hemodinâmica; o modelo de adaptação em um ensaio clínico controlado com cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas (KRAUZER; BROCARDI; SCARSI, 2011; DIAZ; CRUZ, 2017).

No tocante à esfera local, investigações acerca desta temática podem se destacar: Cuidado clínico de enfermagem a pessoas com insuficiência cardíaca: relação entre diagnósticos NANDA, modos adaptativos de Roy e intervenções da NIC; Cuidado clínico em enfermagem à luz da Teoria da Adaptação de Roy nas complicações da Hipertensão Arterial; e Enfermagem em laboratório de

hemodinâmica: prática clínica de diagnosticar e intervir fundamentada em Callista Roy (ROCHA, 2008; MOURA, 2010; OLIVEIRA, 2009).

Em vista disso, o MAR é importante ferramenta para o desenvolvimento da prática e investigação em enfermagem, proporcionando relevância social à profissão. Na prática de enfermagem, permite boa percepção das situações, contribuindo para elaboração eficaz de diagnósticos, auxiliando na prescrição de intervenções de enfermagem; o que fornece visão holística do paciente (COELHO; MENDES, 2011).

Norteia a investigação, no sentido de fornecer perspectiva orientadora da investigação; isto é, o modelo fornece várias hipóteses testáveis perante um problema. Uma vez que o MAR distingue a ciência de enfermagem de outras ciências, na área da saúde, pode ser um modelo base a ser aplicado na formação em enfermagem (COELHO; MENDES, 2011).

Desta forma, nota-se que o MAR amplia a produção de conhecimentos nas diversas áreas do Cuidado Clínico de Enfermagem e Saúde; orienta e organiza a prática e fundamenta outras teorias de enfermagem, contribuindo para expansão da ciência Enfermagem.

5 METODOLOGIA

Nesta seção de estudo, está apresentado o método percorrido para o alcance dos objetivos da presente investigação. Contempla o tipo de estudo relacionado à dissertação; as etapas para o desenvolvimento da teoria; organização; análise dos dados; e aspectos éticos e legais.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de investigação do tipo teórica, de natureza descritiva-exploratória, com abordagem qualitativa. A pesquisa teórica é aquela que se dedica a reconstruir teorias, conceitos, ideias, ideologias, tendo em vista os termos imediatos para aprimoramento dos fundamentos teóricos, e os termos mediatos, para aprimoramento na prática. Trata-se de desconstruir teorias, para reconstruí-las em outro patamar ou momento (DEMO, 2005).

Investiga-se partindo-se de natureza descritiva, por objetivar descrever dimensões, variações, importâncias e significados de fenômenos. Assim como exploratória, por visar mais do que simplesmente observar e descrever o fenômeno, como também investigar a natureza complexa e os outros fatores com os quais está relacionado (POLIT; BECK, 2011).

Essa estrutura se enquadra com a finalidade da teoria poder ser de cunho explicativo, em que, além de descrever, explica as relações entre conceitos e/ou preposições.

Como abordagem, o estudo é de cunho qualitativo, por pretender desvelar processos ainda pouco conhecidos e propiciar a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação, o que se assemelha ao objetivo da presente pesquisa (BOSI, 2014). Assim, permite o desenvolvimento de uma nova teoria, após descoberta e reflexão de novas bases de conhecimento.

5.2 ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

Para o alcance dos objetivos propostos, foram adotadas estratégias para o desenvolvimento de teorias propostas por Walker e Avant (2005), os quais recomendam: desenvolvimento de conceitos e do enunciado/proposição; e construção da teoria. As autoras propõem três estratégias para construção da teoria: derivação, síntese e análise.

A derivação consiste na transposição ou redefinição de um conceito, afirmação e teoria de um contexto ou campo para outro. Na síntese, informações baseadas na observação são usadas para construir novo conceito, nova afirmação e nova teoria. Na análise, o teórico deve dissecar um todo em parte, para que possa ser melhor compreendido (WALKER; AVANT, 2005).

Optou-se pela estratégia de análise de conceito para apresentação dos conceitos, suas afirmações relacionais a partir da síntese de afirmação e a teoria mediante a derivação.

5.2.1 1ª etapa: desenvolvimento de conceitos

Esta fase contempla a especificação, a definição e o esclarecimento dos conceitos usados para descrever um fenômeno de interesse. Envolve a criação do significado conceitual, o que fornece fundamento para o desenvolvimento da teoria. Utilizam-se processos mentais para criar ideias a serem usadas para representar uma experiência.

5.2.1.1 Análise do conceito: Reabilitação Cardiovascular

A análise de conceito é um processo de avaliação dos elementos básicos de um conceito, o que permite distinguir a compreensão entre os atributos da pesquisa, dando sentido ao fenômeno em discussão. Resulta em uma definição operacional que aumenta a validade do conceito e reflete com precisão sua base teórica (WALKER; AVANT, 2005).

Walker e Avant (2005) apontam oito passos que são suficientes para capturar a essência do processo:

1. Selecione um conceito;

2. Determine os objetivos da análise;
3. Identifique todas as utilizações do conceito que possa descobrir;
4. Determine os atributos de definição;
5. Identifique um modelo de caso;
6. Identificar casos limites, relacionados, invocados e contrários;
7. Identificar antecedentes e consequências;
8. Definir indicadores empíricos.

O conceito selecionado para análise foi Reabilitação Cardiovascular, tendo como objetivo auxiliar na identificação das utilizações do conceito; seus atributos; modelos de casos e modelos de caso contrário; reconhecer seus antecedentes, consequentes e indicadores empíricos. Enfatiza-se não identificação dos casos relacionados, invocados e ilegítimos, devido à compressão do fenômeno ter sido possível apenas com a realização da identificação de um caso modelo, um caso contrário e um caso limite, considerando, assim, serem indispensáveis para o intuito.

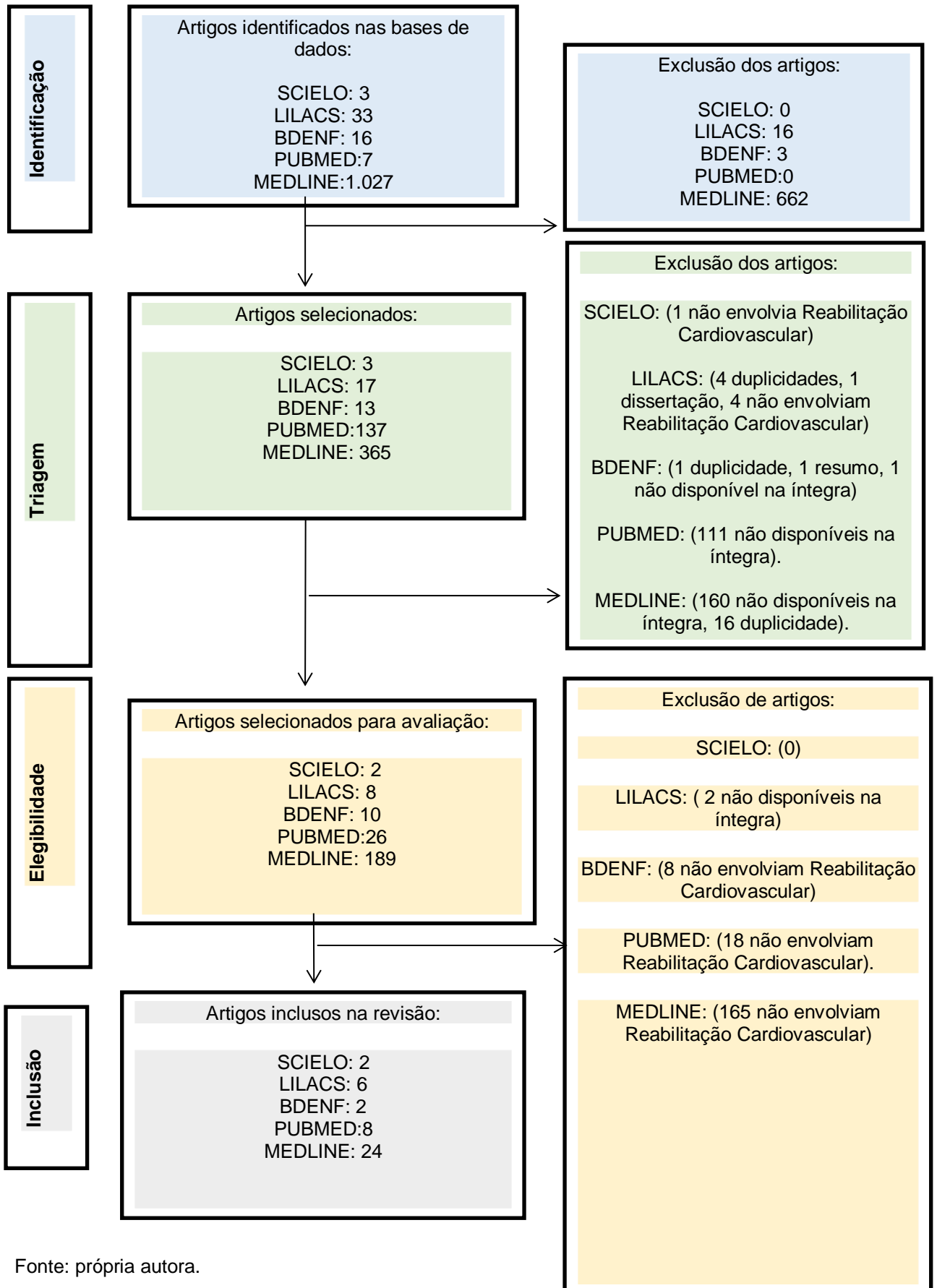
Justifica-se a seleção deste conceito ao considerar que o cenário profissional atual apresenta confusão relacionada a esta definição. Assim, fez-se necessário analisar a definição do conceito Reabilitação Cardiovascular, com a finalidade de contribuir para consolidação do conhecimento científico da Enfermagem, promovendo aproximação de enfermeiros com o tema.

Para realizar este processo, bem como identificar os próximos passos estabelecidos por Walker e Avant (2005), realizou-se revisão de literatura do tipo integrativa, que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área particular em estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO). Com este propósito, a pergunta problema para revisão integrativa foi: Qual a definição do conceito Reabilitação Cardiovascular?

Foi, então, efetivada busca da literatura nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bando de Dados em Enfermagem (BDENF), *Publications Medical* (PUBMED) e no Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), utilizando os descritores cadastrados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) “Cardiovascular Rehabilitation”; “Nursing”, conectados pelo operador booleano *and*.

Foram incluídas produções com idiomas em português, inglês e espanhol, publicadas desde de 1966, marco de descrição do surgimento dos Programas de Reabilitação Cardíaca Supervisionada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1997), com textos completos e gratuitos disponíveis. Foram excluídos os que se repetiam e que não corresponderam à pergunta norteadora da revisão. A busca foi realizada em de abril de 2018. A Figura 2 apresenta o processo de busca dos artigos selecionados nas bases de dados.

Figura 2- Processo de busca dos artigos selecionados nas bases de dados



Fonte: própria autora.

Ao analisar a Figura 1, percebe-se que foram incluídos 42 estudos, os quais foram lidos na íntegra e sintetizados para comporem a análise do conceito em estudo, descrevendo o fenômeno selecionado, bem como identificando os conceitos relacionados ao fenômeno, embasando a síntese de afirmações e a derivação teórica.

Para extração dos dados, utilizou-se instrumento elaborado por pesquisadores em enfermagem, adaptado de Ursi (2005), o qual é composto de itens relativos à identificação do artigo, às características metodológicas e à avaliação do rigor metodológico.

A avaliação dos estudos quanto ao nível de evidência (NE) seguiu a *Oxford Centre Evidence Based Medicine* (2011), como Quadro 1.

Quadro 1- Níveis de evidência por tipo de estudo

NE*	TIPOS DE ESTUDO
1A	Revisões sistemáticas e metanálises de ensaios clínicos comparáveis. Estudos controlados randomizados bem delineados com desfecho clínico relevante.
1B	Estudos controlados randomizados com estreito intervalo de confiança.
1C	Resultados do tipo “tudo ou nada”. Estudo de série de casos controlados.
2A	Revisão sistemática homogênea de estudos de coorte (com grupos de comparação e controle de variáveis).
2B	Estudo de coorte com pobre qualidade de randomização, controle ou sem acompanhamento longo, estudo de coorte transversal.
2C	Resultados de pesquisas (observação de resultados terapêuticos ou evolução clínica).
3A	Revisão sistemática homogênea de estudos de caso com grupo-controle.
3B	Estudos de caso com grupo-controle.
4	Relatos de caso e série sem definição de caso-controle.
5	Opinião de autoridades respeitadas ou especialistas. Revisão da literatura não-sistemática.

Fonte: *Oxford Centre Evidence-Based Medicine* (2011).

*NE- Nível de Evidência

5.2.2 2ª etapa: Desenvolvimento da afirmação

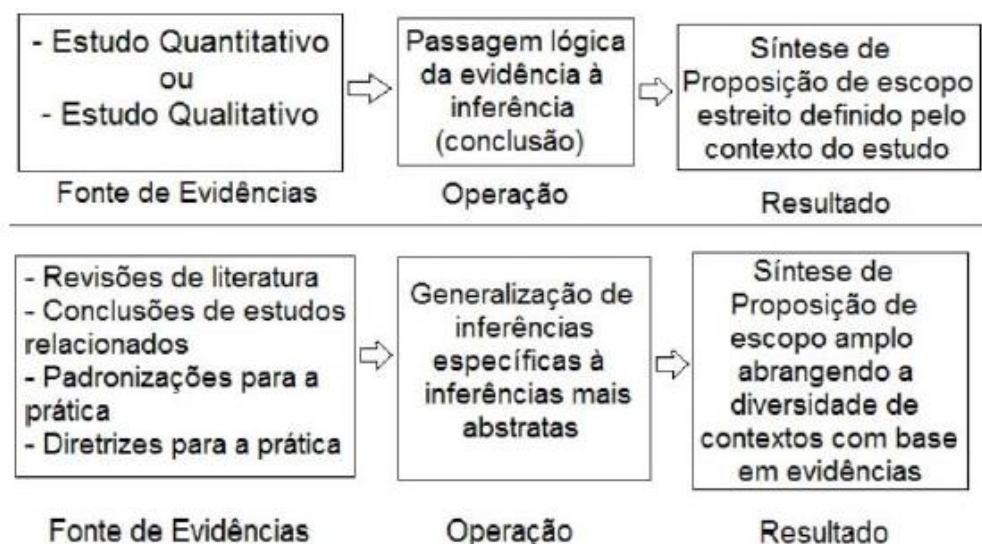
Esta etapa contempla a formulação de afirmações relacionais e não relacionais. Os primeiros são os esqueletos de uma teoria, eles a unificam em um

processo que envolve o desenvolvimento desses enunciados. Este processo é concretizado após selecionar o conceito a ser analisado; simplificá-lo; classificá-lo; examinar os conceitos no enunciado para definição; especificar a relação entre os conceitos; examinar a lógica e determinar a estabilidade. A afirmação não relacional corresponde a uma definição teórica ou operacional do conceito (WALKER; AVANT, 2005).

5.2.2.1 Síntese das afirmações entre os conceitos

Na presente investigação, foi realizada síntese das afirmações entre os conceitos levantados na etapa anterior. De acordo com Walker e Avant (2005), a estratégia de síntese de afirmação tem como objetivo especificar relações entre dois ou mais conceitos com base em evidências. As fontes dessas evidências podem ser pesquisas qualitativas, quantitativas ou baseadas na literatura, como apresentado na Figura 3.

Figura 3- Processo de desenvolvimento das afirmações relacionais por síntese



Fonte: Adaptado de Walker e Avant (2005, p.88).

Após comprovação por pesquisas qualitativas, quantitativas ou baseadas na literatura, foi realizada síntese das evidências e desenvolvidas as afirmações relacionais da teoria de médio alcance a ser desenvolvida.

Quando as afirmações são sintetizadas da literatura, estas podem ser classificadas de acordo com os níveis de suporte de evidências disponível, suporte consistente e forte, ou moderado, ou inconsistente e fraco. Afirmações baseadas em diversos estudos com diferentes populações serão classificadas como evidência forte e consistente em relação a outra afirmação que tenha como suporte poucas evidências e estudos. Também, o acesso a múltiplos estudos sobre um tema de interesse oferece um banco de dados muito mais rico do que qualquer estudo único (WALKER; AVANT, 2005).

Essa fase foi realizada entre maio e junho de 2018.

5.2.3 3ª etapa: Construção da teoria

Esta é a fase da elaboração da teoria em si, a qual foi desenvolvida mediante o processo de derivação teórica. A derivação teórica utiliza a analogia para obter explicações ou previsões sobre um fenômeno em um campo a partir das explicações ou previsões em outro campo (WALKER; AVANT, 2005).

5.2.3.1 Teoria de Enfermagem de Médio Alcance derivada do Modelo de Adaptação de Roy

O processo de derivação teórica consiste na transposição de uma teoria de determinado campo de interesse e oferece novas ideias para um teórico que então move conteúdos ou características estruturais para o próprio campo de interesse para formar uma nova teoria. Esta metodologia é uma maneira de desenvolver teorias em um novo campo, porque tudo o que é necessário é a capacidade de verificar as dimensões analógicas dos fenômenos em dois campos distintos de interesse (WALKER; AVANT, 2005). Aqui, caracterizada por um raciocínio lógico-dedutivo, uma vez que se trata de passagem de pensamento de uma grande teoria de enfermagem para uma de menor complexidade, ou seja, de médio alcance.

Walker e Avant (2005) esclarecem etapas sequenciais para o desenvolvimento de teorias por meio da derivação, são:

1. Ser consciente do nível de desenvolvimento teórico no próprio campo de pesquisa e avaliar a utilidade científica de qualquer desenvolvimento. Se a

avaliação motiva acreditar que nenhuma das teorias atuais são adequadas ou úteis, então, a derivação da teoria pode prosseguir.

2. Ler amplamente o assunto no contexto da Enfermagem e em outros campos, para que novas ideias possam surgir e a imaginação e a criatividade possam reinar livremente.

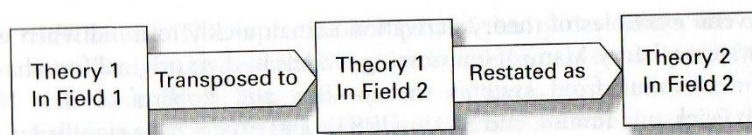
3. Selecionar a teoria para usar como base, que deve oferecer uma maneira nova e perspicaz de explicar ou prever sobre um fenômeno no interesse do campo dos teóricos. Esta teoria, muitas vezes, é de outro campo ou disciplina, mas uma teoria da enfermagem também pode ser usada. Qualquer teoria que lhe forneça analogia útil pode ser aplicada.

4. Identificar o conteúdo e/ou a estrutura da teoria utilizada. Talvez apenas os conceitos ou apenas declarações permitam a derivação. O teórico na estratégia de derivação é livre para escolher o que melhor se adapta às necessidades do novo contexto.

5. Exigir criatividade e reflexão por parte do teorista. Basicamente, os conceitos ou estrutura que são emprestados são modificados de forma a tornar-se significativo no novo campo teórico. Muitas vezes, as modificações são pequenas, mas, ocasionalmente, as que precisarão ser substanciais antes que a teoria faça sentido na nova configuração.

Este é um processo emocionante, na medida em que exige que o teórico use a criatividade e a imaginação para ver analogias de um campo e modificá-los para serem usados em um novo campo. Além disso, a derivação teórica fornece maneira de chegar à explicação e previsão sobre um fenômeno, em que pode haver pouca ou nenhuma informação, literatura ou estudos formais disponíveis (WALKER; AVANT, 2005).

Figura 4- Processo de derivação de teorias



Fonte: Walker e Avant (2005).

Essa etapa foi contemplada entre julho e agosto de 2018.

5.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da pesquisa serão avaliados conforme a fase correspondente e temática discutida.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A presente pesquisa, apesar de ter cunho teórico, respeitou os direitos autorais das publicações incluídas no estudo. Neste sentido, obedeceu à Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências, considerando como publicação o oferecimento de obra científica ao conhecimento do público, com o consentimento do autor, ou de qualquer outro titular de direito de autor, por qualquer forma ou processo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da presente investigação estão apresentados, como se segue, de acordo com as etapas de desenvolvimento da teoria de médio alcance para RCV desenvolvida, quais sejam: análise do conceito Reabilitação Cardiovascular; conceitos relacionados ao fenômeno e suas afirmações não relacionais; afirmações relacionais entre os conceitos da teoria; e a teoria de enfermagem de médio alcance para Reabilitação Cardiovascular. Salienta-se que estas etapas foram conduzidas por uma revisão integrativa, para torná-la baseada na literatura científica nacional e internacional.

6.1 ANÁLISE DO CONCEITO REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR

Após leitura das produções selecionadas, revelou-se a definição do conceito Reabilitação Cardiovascular, bem como a identificação de demais conceitos relacionados ao fenômeno. No Quadro 2, apresenta-se a caracterização dos artigos selecionados, quanto ao ano de publicação, autores, título, revista, objetivo e tipo de estudo, país e principais resultados.

Quadro 2 - Caracterização dos artigos selecionados, conforme ano de publicação, autores, título, revista, objetivo e tipo de estudo, país e principais resultados

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
A1	MUSSI, F.C. 2004	O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção	Rev Latino-am Enfermagem Brasil	Descrever a primeira fase da experiência vivenciada por homens que sofreram IAM, compreendida como “Tendo uma ruptura com a vida cotidiana”, examinando os focos de intervenção da enfermagem na prevenção da doença, a partir das ações e desconfortos desses homens, nesta fase.	Qualitativo	A ruptura com a vida cotidiana é o principal desconforto vivenciado na primeira fase da experiência de homens infartados, isto reafirma a importância da atuação de enfermeiros em programas educativos, focalizando a conscientização dos sinais de eventos cardiovasculares eminentes e a valorização da procura imediata de atendimento médico face aos sinais e sintomas prodromicos do IAM.
A2	MORAES, T.P.R.; DANTAS, R.A.S. 2007	Avaliação do suporte social entre pacientes cardíacos cirúrgicos: Subsídio para o planejamento	Rev Latino-am Enfermagem Brasil	Medir o suporte social de pacientes cardíacos internados para tratamento cirúrgico.	Transversal	Ao considerar que o suporte social tem sido fator facilitador para o enfrentamento da doença e recuperação do indivíduo com cardiopatias e que a presença de elevado suporte social tem sido associado a baixos níveis de estresse e depressão, após cirurgia cardíaca,

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
		da assistência de enfermagem				sugere-se que enfermeiros incluam a avaliação do suporte social no planejamento da assistência.
A3	TILLER, S.; LEGER- CALDWELL, L.; O'FARRELL,P .; PIPE, A. L.; MARK , A.E. 2007	Cardiac Rehabilitation	J Cardiopulm Rehabil Prev Canadá	Descrever medida implementada por enfermeiros para melhorar o processo de referência e encaminhamento de pacientes A Programas de RCV.	Quantitativo	A realização de referências e encaminhamentos entregue por enfermeiros no leito do paciente apresentam impacto positivo no encaminhamento e na utilização de Programas de RCV.
A4	FERNANDEZ, R.S.; DAVIDSON, R.; GRIFFITHS, R. 2008	Cardiac Rehabilitation Coordinators' Perceptions of Patient- Related Barriers to Implementing Cardiac Evidence- Based Guidelines	Journal of Cardiovascular Nursing Austrália	Apresentar a perspectiva de coordenadores de Programas de Reabilitação Cardíaca (RC) quanto às barreiras relacionadas ao paciente para implementar as diretrizes baseadas em evidências após	Qualitativo	Apesar de os coordenadores de Programas de RCV terem atitudes positivas em relação à implementação de diretrizes, foram identificadas várias barreiras relacionadas ao paciente que obstruíram o processo de sua implementação. Estas evidências tem implicações importantes para prática de enfermagem em termos de direcionar esforços para aumentar a participação em comprometimento do paciente com a mudança de comportamento.

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
				um evento cardíaco agudo.		
A5	LUNELLI, R.P.; RABELLO, E.R.; STEIN, R.; GOLDMEIER, S., MORAES, M.A. 2008	Atividade Sexual Pós-Infarto do Miocárdio: Tabu ou Desinformação?	Arq Bras Cardiol Brasil	Descrever o conhecimento dos pacientes quanto ao Infarto Agudo Do Miocárdio (IAM) e às orientações recebidas para o retorno à atividade sexual.	Transversal	Os achados indicam que as orientações dispensadas por enfermeiros aos pacientes durante a internação são necessárias no que tange tanto ao IAM quanto ao retorno à atividade sexual. A atualização da equipe de saúde, principalmente de enfermeiros que despendem mais tempo com pacientes, são estratégias que podem melhorar esses resultados.
A6	CORTES, O.L.; VARELA, L.E. 2009	Primera caminata durante la hospitalización de pacientes con Infarto Agudo del Miocardio	Salud UIS Colombia	Explorar as bases fundamentais do conhecimento sobre deambulação precoce que revelem sua importância no cuidado e na melhoria dos resultados dos pacientes.	Revisão Sistemática de literatura	As evidências analisadas demonstram que deambulação precoce é necessária e fator importante para a RCV, ela deve ser estimulada também pelos enfermeiros, levando em conta os avanços científicos no tratamento dos eventos cardíacos agudos e possíveis determinantes.
A7	FERNANDEZ, R.S.; DAVIDSON, P.; GRIFFITHS,	Improving cardiac rehabilitation services —	European Journal of Cardiovascular Nursing, Austrália	Explorar as percepções de coordenadores de Programas de Reabilitação	Qualitativo	As experiências dos coordenadores de Programas de RC fornecem informações detalhadas sobre as barreiras encontradas na implementação de serviços de RCV. Destaca-se que a RCV é um

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
	R.; SALAMONSO N. Y. 2009	Challenges for cardiac rehabilitation coordinators		Cardíaca (RC) sobre os desafios para melhorar os serviços de RC.		processo complexo e é coletivamente influenciado pelo sistema de saúde, por questões profissionais e de provedores e as características do programa.
A8	WANGW.; CHAIR, S.Y.; THOMPSON, D.R.; TWINN, S.F. 2009	Health care professionals' perceptions of hospital-based cardiac rehabilitation in mainland China: an exploratory study	Journal of Clinical Nursing China	Explorar as percepções dos profissionais de saúde chineses sobre a reabilitação cardíaca em pacientes com doença coronariana na China continental.	Qualitativo	A situação atual da reabilitação cardíaca em hospitais da China é pobre, com múltiplos obstáculos que limitam o desenvolvimento de serviços de reabilitação cardíaca no país, isso resulta em altas taxas de recorrência de eventos cardíacos, fatores de risco coronariano não detectados e/ou não tratados e sofrimento psíquico observado entre pacientes com doença cardíaca.
A9	BYRNE, G.; MURPHY, F. 2010	Cardiac rehabilitation for patients with chronic Kidney disease	Journal of Renal Care Irlanda	Descrever o processo de RCV	Bibliográfico	A literatura apresenta a importância da RCV para o paciente cardíaco e os muitos benefícios físicos e psicossociais associados a ele.
A10	GIALLAURIA, F.; VIGORITO, C.; TRAMARIN, R.; FATTIROLLI, F.;	Cardiac Rehabilitation in Very Old Patients: Data From the Italian Survey on Cardiac Rehabilitation-	J Gerontol A Biol Sci Med Sci Itália	Fornecer visão sobre as características clínicas de população participante de Programa de RCV, na Itália, utilizando o Italian Survey on cardiac	Observacional	Evidencia-se diferença de acesso e permanência em paciente jovens e idosos que ingressam em programas de RC. Focaliza a importância de intervenção educativa, tratamento medicamentoso adequado e adesão às diretrizes de prevenção secundária, com objetivo de reduzir

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
	AMBROSETTI, M.; FEO, S.; GRIFFO, R.; RICCIO, C. 2010	2008 (ISYDE-2008)—Official Report of the Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation, and Epidemiology		rEhabilitation-2008 (ISYDE-2008).		as complicações intra-hospitalares e melhorar a recuperação funcional, mortalidade a longo prazo, morbidade e qualidade de vida.
A11	DAVIDSON, P.; COCKBURN, J.; NEWTON, P.J.; WEBSTER, J.K.; BETIHAVAS, V.; HOWES, L.; OWENSBY, D.O. 2010	Can a heart failure-specific cardiac rehabilitation program decrease hospitalizations and improve outcomes in high-risk patients?	European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation Austrália	Avaliar o impacto de um programa multidisciplinar de reabilitação cardíaca coordenado por enfermeiros.	Randomizado	Um programa de RCV multidisciplinar, coordenado por enfermeiros, pode reduzir substancialmente as taxas de readmissão cardiovascular, melhorar o estado funcional e tolerância ao exercício de pacientes cardiopatas.
A12	ARTHUR, H.M.; SUSKIN, N.; BAYLEY, M.; FORTIN,	The Canadian Heart Health Strategy and Action Plan:	Can J Cardiol Canadá	Fornecer visão geral das abordagens mundiais para o	Qualitativo	A DCV é uma condição crônica que necessita de mudança no modelo de cuidado. Um Programa de RC multidisciplinar é o passo

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
	M.; HOWLETT, J.; HECKMAN, G.; LEWANCZUK, R 2010	Cardiac rehabilitation as an exemplar of chronic disease management		cuidado de DCV e na Reabilitação Cardíaca (RC), dentro do contexto do conhecido Modelo de Cuidados Crônicos (MCC).		apropriado na prestação de cuidados às DCV, sendo implementadas ações de apoio à decisão, informações clínicas, suporte ao autogerenciamento de pacientes, apoio da comunidade e financiamento. Além disso, estratégias ainda são necessárias para lidar com o paciente que está em alto risco para DCV, mas ainda não desenvolveu a condição evidente.
A13	ROLFE, E.D.; SUTTON, E.J.; LANDRY, M.; STERNBERG, L.; PRICE, J.A.D. 2010	Women's Experiences Accessing a Women- Centered Cardiac Rehabilitation Program A Qualitative Study	Journal of Cardiovascular Nursing Canadá	Explorar como os Programas de RCV são experimentados por mulheres que participam da <i>Women's Cardiovascular Health Initiative</i> (WCHI).	Qualitativo	Um programa de RCV centrado nas mulheres pode facilitar e encorajar sua participação mediante fornecimento de horários flexíveis, bem como apoio de pares e profissionais. Mas, é necessário abordar as barreiras persistentes para mulheres relacionadas ao encaminhamento de médicos e transporte para os programas.
A14	NUNES, S.; REGO, G.; NUNES, R. 2011	O comportament o profissional e pessoal dos enfermeiros	Revista de Enfermagem Referência Portugal	Analisar vários aspectos relacionados com a atividade profissional e pessoal dos enfermeiros no que	Transversal	Para o doente, é essencial o processo de reabilitação e promoção da saúde. Mas, profissionais de saúde têm papel preponderante em todo o processo, sobretudo na fase de educação

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
		em contexto cardiovascular		diz respeito ao controle dos fatores de risco cardiovascular.		para saúde e de prevenção de comportamentos de risco.
A15	YEE, J.; UNSWORTH, K.; SUSKIN, N.; REID, R.D.; JAMNIK, V.; GRACE, S. 2011	Primary Care Provider perceptions of intake transition records and shared care with outpatient cardiac rehabilitation programs	BMC Health Services Research Canadá	Explorar as necessidades de comunicação do <i>Primary Care Provider</i> (PCP), nos Programas de RC.	Transversal	Evidenciou-se que utilização dos <i>Primary Care Provider</i> (PCP - Prestadores de Primeiros Socorros - tradução nossa) é pequena, revelando grande lacuna na continuidade da assistência ao paciente.
A16	CAMPONOĞA RA, S.; SILVEIRA, M.; LANA, L.D.; BOTTOLI, C.; ROSSATO, K.; BARROS, C. 2012	The process of illness in the light of a Cardiac Rehabilitation Program	Rev Enferm UFPI Brasil	Conhecer as percepções de usuários de um Programa de Reabilitação Cardíaca sobre o próprio processo saúde-doença.	Qualitativo	Os usuários de um Programa de Reabilitação Cardiovascular relatam que esta iniciativa se constitui em possibilidade para o enfrentamento do adoecimento, e a participação em programas dessa natureza é fundamental para o processo de reabilitação.
A17	DOLANSKY, M.A.; ZULLO, D.M.;	Cardiac Rehabilitation in Skilled	Heart Lung. Estados Unidos	Descrever as características de pacientes que	Transversal	A maioria dos pacientes cardíacos que participa de um SNF se beneficia com um cardiologista

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
	HASSANEIN, S.; SCHAEFER, J.T.; MURRAY, P.; BOXER, R. 2012	Nursing Facilities: A Missed Opportunity		participam de <i>Skilled Nursing Facility</i> (SNF- Centro de Enfermagem Especializada- tradução nossa), após evento cardíaco.		envolvido para avaliar e documentar a categoria de risco de exercício. Além disso, existe integração de avaliação padrão de sinais vitais antes, durante e depois de terapia ocupacional realizada no programa.
A18	URRUTIA. I.B.; SUAZO, S.V.; CARRILLO, K.S. 2012	Efectividad de una intervención educativa de Enfermería sobre la modificación de factores de riesgo Coronarios	Ciencia y Enfermería Chile	Avaliar a eficácia da intervenção educacional em um grupo de pacientes selecionados.	Quase-experimental	A realização desta intervenção educativa para reabilitação cardiovascular desempenha papel importante na modificação de fatores de risco coronariano.
A19	WONG, W.P.; FENG, J.; PWEE, K.H.; LIM, J. 2012	A systematic review of economic evaluations of cardiac rehabilitation	BMC Health Services Research Singapura	Examinar o custo-efetividade da RC para pacientes com IAM ou ICC e fabricantes em Cingapura, a partir de estudos de custo-efetividade publicados sobre CR.	Revisão Sistemática	No geral, todos os estudos apoiaram a implementação de RCV para IAM e ICC, apresentando grande variabilidade de design e implementação dos programas.

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
A20	WEST, R; JONES, D. 2013	Cardiac rehabilitation and mortality reduction after myocardial infarction: the emperor's new clothes?	Heart Reino Unido	Descrever as implicações da RCV.	Quantitativo	A RCV, após IAM, foi inovadora e exige grande atuação médica e de enfermagem, exigindo ainda a atuação de terapeutas para continuidade dos cuidados.
A21	ASTIN, F.; CARROLL, D.L.; GEEST, S.D.; MARTENSSO N, J. 2014	Education for nurses working in cardiovascular care: A European survey	Eur J Cardiovasc Nurs. Países da Europa	Descrever estrutura, conteúdo, ensino, aprendizagem, avaliação e métodos de avaliação utilizados nos programas de educação pós- eventos cardiovasculares por enfermeiros na Europa.	Transversal	Existe variabilidade no conteúdo, ensino, aprendizagem e métodos de avaliação nos registros dos programas de educação pós-eventos cardiovasculares por enfermeiros na Europa.
A22	CAMPONO GA, S.; LANA, L.D.; BOTTOLI, C.; CIELO, C.; RODRIGUES, I.L. 2014	Profile of patients undergoing cardiac rehabilitation: implications for nursing	J. res.: fundam. care. Brasil	Traçar o perfil socioeconômico de usuários de um programa de reabilitação cardíaca.	Quantitativo	Identificou-se que a maioria dos usuários atendidos era do sexo feminino, casada, hipertensa, diabética, dislipidêmica, obesa e idade média de 58,5 anos. Também se constatou que a maioria dos pacientes participava do programa de reabilitação cardíaca há mais de três anos. Desta forma, o enfermeiro tem papel fundamental

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
						no processo de reabilitação cardíaca, com vistas a proporcionar melhor qualidade de vida e minimizar as possibilidades de reincidência de eventos cardiovasculares.
A23	GRACE, S.L.; BENNETT, S.; ARDERN, C.I.; CLARK, A. 2014	Cardiac Rehabilitation Series: Canada	Prog Cardiovasc Dis. Canadá	Apresentar a RC de Canadá, respectivas potencialidades e barreiras.	Quantitativo	Barreiras identificadas para RCV incluem: falta de recomendação de encaminhamento médico, distância e baixa necessidade percebida. Na verdade, é necessária política nacional que recomende o encaminhamento sistemático de pacientes internados para os programas de RCV no Canadá.
A24	MOSLEH, S.M.; BOND, C.M.; LEE, A.J.; KIGER, A.; CAMPBELL, N.C. 2014	Effectiveness of theory- based invitations to improve attendance at cardiac rehabilitation: A randomized controlled trial	Eur J Cardiovasc Nurs Reino Unido	Avaliar se o uso de cartas-convite formuladas, baseadas em teorias, aumentam a frequência de paciente participantes de Programas de RC.	Randomizado	O uso de cartas-convite formuladas, baseadas em teorias, é um método simples para melhorar o tendimento Reabilitação e aumentar a frequência de paciente participantes de Programas de RC.
A25	HARBMAN, P. 2014	The development and testing of a nurse practitioner	Int J Nurs Stud Canadá.	Avaliar os efeitos do cuidado com Terapia não medicamentosa, prestada por enfermeiros.	Coorte	Intervenções lideradas por programas garantem avaliar a reprodutibilidade de intervenções.

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
		secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study				
A26	LEAR, S.A.; SINGER, J.; BANNER-LUKARIS,, D.; HORVAT, D.; PARK, J.E.; BATES, J.; IGNASZEWSKI, A. 2014	Randomized Trial of a Virtual Cardiac Rehabilitation Program Delivered at a Distance via the Internet	Circ Cardiovasc Qual Outcomes Canadá	Verificar a eficácia de Programa de RCV, implementado exclusivamente através da <i>internet</i> .	Randomizado	Um programa de RCV, exclusivamente por meio da <i>Internet</i> , para pacientes em locais urbanos e rurais é seguro e eficaz no fornecimento de melhorias sustentáveis, na capacidade de exercício e reduções no risco de DCV.
A27	CARTLEDGE, S.; FELDMAN, S.; BRAY, J.E.; STUB, D.; FINN, J. 2015	Understanding patients and spouses experiences of patient education following a cardiac event and	. Heart Austrália	Elucidar a necessidade de educação do paciente e do cônjuge, após evento cardíaco agudo.	Transversal	Os resultados sugerem que os pacientes cardiopatas e respectivos cônjuges têm necessidades educacionais. A troca de informações diminuem as emoções negativas associadas ao diagnóstico. As preferências dos participantes foram pela inclusão de treinamento de ressuscitação cardiopulmonar em programas de reabilitação cardíaca.

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
		eliciting attitudes and preferences towards incorporating cardiopulmonary resuscitation training. A qualitative study				
A28	CHEN, H.M.; LIU, C.K.; CHEN, H.W.; SHIA, B.C.; CHEN, M.; CHUNG, C.H. 2015	Efficiency of rehabilitation after acute myocardial infarction	Kaohsiung Journal of Medical Sciences China	Avaliar a taxa de recorrência de IAM e despesas médicas após reabilitação cardíaca em ambiente hospitalar.	Retrospectivo	O Grupo 1 possuía menor taxa de recorrência do que o Grupo 2. Comparando com os custos médicos, o Grupo 1 também teve custos médicos mais baixos do que o Grupo 2. Esses achados têm implicações para tomada de decisão dos clínicos e os formuladores de políticas de saúde, tentando fornecer serviços adequados para pacientes com IAM.
A29	FROHMADE, T.J.; LIN, F; CHABOYER, W. 2015	Patient perceptions of nurse mentors facilitating the Aussie	Nursing Open. Austrália	Descrever pensamentos e percepções de longo prazo de pacientes participantes do Programa Guia do	Qualitativo	Os pacientes ficaram satisfeitos com o programa e apreciam as relações de apoio e carinho fornecidas pelos mentores durante a hospitalização até a alta do programa.

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
		Heart Guide: A home-based cardiac rehabilitation programme for rural patients		Coração, incluindo o papel do mentor.		
A30	GROSSMAN, J.A.C.; 2015	Cardiac Rehabilitation Enrollment and the Impact of Systematic Nursing Interventions for Postmyocardial Infarction and Stent Patients	Clin Nurs Res. Estados Unidos	Determinar a intervenção mais efetiva para melhorar a inscrição em Programas de RCV para pacientes pós-infarto do miocárdio que passou a ter um ou mais stents coronarianos colocados.	Randomizado	Os resultados deste estudo apoiam as conclusões de que a forma mais eficaz de aumentar a inscrição nos programas de RCV, por meio de entrevista antes da alta hospitalar. O impacto de cuidados de enfermagem na alta hospitalar é fundamental para continuidade dos cuidados em ambulatório.
A31	HANSEN, T.B.; ZWISLER, A.D.; BERG, S.K.; SIBILITZ, K.L.; BUUS, N.; LEE, A.	Cardiac rehabilitation patients' perspectives on the recovery following	J Adv Nurs Dinamarca	Explorar a estrutura e o conteúdo das narrativas sobre a recuperação de pacientes submetidos à cirurgia valvar cardíaca que	Qualitativo	Os processos de recuperação dos participantes dos programas de RCV foram, muitas vezes, mais complicados do que o previsto. Pacientes submetidos à cirurgia valvar podem se beneficiar com o acompanhamento médico mais extenso imediatamente após a alta, Com avaliação psicológica individual e informação

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
	2015	heart valve surgery: a narrative analysis		participam de Programas de RCV.		individualizada e realista sobre a trajetória de recuperação.
A32	TURK-ADAWI, K.I.; TERZIC, C.; BJARNASON-WEHRENS, B.; GRACE, S. 2015	Cardiac rehabilitation in Canada and Arab countries: comparing availability and program characteristics	BMC Health Services Research Canadá	Avaliar a disponibilidade e as características dos programas de RCV no mundo árabe, em comparação com o Canadá.	Transversal	A disponibilidade de programas de RCV em países árabes é incrivelmente limitada, mas parecem ser consistentes quando comparada aos de Canadá.
A33	CARTLEDGE, S.H.; BRAY, J.E.; STUB, D.; KRUM, H.; FINN, J. 2016	Do Cardiac Rehabilitation Programs Offer Cardiopulmonary Resuscitation Training in Australia and New Zealand?	J Adv Nurs Austrália	Examinar as barreiras e atitudes percebidos pelos Coordenadores de Programas de RCV sobre o fornecimento de treinamento em Reanimação Cardiopulmonar.	Transversal	Embora as coordenações dos programas de RCV tenham atitude positiva em relação à formação de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), não fazem parte dos programas - particularmente na Austrália. As recomendações e orientações devem considerar a inclusão da oferta de treinamento de PCR.
A34	GHOLAMI, M.; KHOSHKNAB, M.F.; KHANKEH, H.R.; AHMADI, F.;	The Motivations of Iranian Patients With Cardiovascular Disease to	Iran Red Crescent Med J. Irã	Analisar experiências de pacientes, cuidadores familiares e profissionais de	Qualitativo	Os pacientes objetivam alcançar o bem-estar e perceber seus direitos, bem como o seu direito à segurança. Eles também devem ser encorajados a melhorar a qualidade de vida, usando o aprendizado para

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
	MADDAH, S.S.B.; ARFAA, N.M. 2016	Seek Health Information: A Qualitative Study		saúde sobre a motivação que levam pacientes cardiovasculares a buscar informações importantes sobre a saúde.		identificarem necessidades e prioridades de aprendizagem.
A35	LAMBERTI, M.; RATTI, G .; GERARDI, D.; CAPOGROSS O, C.; RICCIARDI, G.; FULGIONE, C.; LATTE, S.; TAMMARO, P.; COVINO, G.; NIENHAUS,A.; GARZILLO, E.M.; MALLARDO, M.;CAPOGRO SSO, P. 2016	Work-related outcome after acute coronary syndrome: implications of complex cardiac rehabilitation in occupational medicine	International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health Itália	Avaliar os resultados relacionados ao trabalho em pacientes cardíacos com seis meses de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), identificando indivíduos e fatores intervencionistas.	Quantitativo	As descobertas indicam que os programas de RCV e o aconselhamento ocupacional desempenham papel muito importante na recuperação do trabalhador e na subsequente reintegração no local de trabalho, em particular entre funcionários administrativos.

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
A36	Meng, K.; Musekamp, G.; Schuler,M.; Seekatz, B.; Glatz, J.; Karger, G.; Kiwus, U.; Ernst, K. 2016	The impact of a self- management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation	Patient Educ Couns Alemanha	Avaliar um programa de grupo educativo de autogestão, centrado no paciente para pacientes com insuficiência cardíaca, em comparação com a educação de cuidados habituais durante a reabilitação cardíaca em regime de internamento.	Randomizado	O programa de autogerenciamento centrado no paciente pode ser mais eficaz em certos autogerenciamentos do que uma educação de cuidados habituais, tanto a curto como a longo prazo.
A37	CARO, A.J.M.; FERNÁNDEZ, M.L.M.; PACHECO, J.D.; AYLLON, M.M.; LAFARGA, M.P.; GARCÍA, L.S. 2017	Autoeficacia percibida, rasgos de personalidad ybiotipos previos a programa de rehabilitación cardíacaen atención primaria de salud	Geriatr Nurs. . Espanha	Conhecer as associações entre os níveis de ansiedade, depressão, traços de personalidade e biótipos corporais, após conclusão da fase hospitalar de RCV.	Descritivo	Significativamente, a autoeficácia correlacionou-se negativamente com ansiedade e depressão, bem como com a característica dependente da personalidade.
A38	CONNOLLY, S.B.; KOTSEVA,K.; JENNINGS,	Outcomes of an integrated community- based	Heart Reino Unido	Descrever os resultados do programa MyAction.	Quantitativo	O programa MyAction teve sucesso em amplo espectro de pacientes cardiovasculares e de alto risco. Estes resultados demonstram que programa integrado de prevenção

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
	C.; ATREY,A; JONES,J.; BROWN,A.; BASSETT,P.; WOOD, D.A. 2017	nurse-led cardiovascular disease prevention programme				vascular é viável em prática e reduz o risco cardiovascular em pacientes com DCV estabelecida e naqueles com alto risco multifatorial.
A39	DHALIWAL, K.K.; KING- SHIER, K.; MANN, B.J.; HEMMELGAR N, B.R.; STONE, J.A.; CAMPBELL, D.J.T. 2017	Exploring the impact of financial barriers on secondary prevention of heart disease	BMC Cardiovascular Disorders Canadá	Examinar os impactos das barreiras enfrentadas por pacientes com doença cardíaca.	Qualitativo	As barreiras financeiras afetaram a capacidade de pacientes de autogerenciarem as doenças cardiovasculares, contribuíram para a não adesão às terapias médicas essenciais e recomendações de saúde. Dado que é uma habilidade tão fundamental, aumentando a auto-defesa de pacientes e habilidades de navegação, o financeiro pode ajudar a melhorar os resultados de saúde de pacientes.
A40	FEINBERG, J.L.; RUSSELL, D.; MOLA, A.; TRACHTENBERG, M.; BICK, I.; LIPMAN, T.H.; BOWLES, K.H. 2017	A Mixed Methods Evaluation of the Feasibility and Acceptability of an Adapted Cardiac Rehabilitation Program for	Geriatric Nursing Estados Unidos	Examinar a viabilidade e aceitação de um programa de reabilitação cardíaca adaptada para o ambiente de cuidados domiciliar.	Quantitativo	Todos os indicadores da pesquisa demonstraram tendência de melhoria, com aumento estatisticamente significativo na subescala de autocuidado. Incorporando programas de RCV no cuidado domiciliar, foi provado ser abordagem viável e aceitável para aumentar o acesso a serviços de RCV entre pacientes idosos.

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
		Home Care Patients				
A41	VIEIRA, a.; Gabriel, J.; MELO, C.; MACHAO, J. 2017	Kinect system in home-based cardiovascular rehabilitation	J Engineering in Medicine Portugal	Apresentar um novo sistema de reabilitação cardiovascular para 11 pacientes ambulatoriais com doença arterial coronariana de um hospital do Porto, Portugal.	Quase- experimental	De acordo com as opiniões dos participantes, o Kinect tem o potencial para ser usado na reabilitação cardiovascular; no entanto, vários detalhes técnicos requerem melhorias, particularmente, no que a captura de movimento e reconhecimento de gestos.
A42	WESTLAND, H.; BOS- TOUWEN, I.D.; TRAPPENBU RG. J.C.A.; SCHRÖDER, C.D.; WIT, N.J.; SCHUURMAN S, M.J. 2017	Unravelling effectiveness of a nurse-led behaviour change intervention to enhance physical activity in patients at risk for cardiovascular disease in primary care:	Trials Holanda	Avaliar a eficácia da <i>Activate intervention</i> (tradução nossa- Intervenção Ativar).	Randomizado	A intervenção Activate foi amplamente desenvolvida e aplicada ao comportamento de pacientes e enfermeiros. Este estudo tem vários pontos fortes, pelo fato da análise do comportamento de ambos: pacientes e enfermeiros.

Nº	Autores/ Ano de publicação	Títulos dos artigos	Revistas/ Países	Objetivos	Tipos de estudo	Conclusões relativas à Reabilitação Cardiovascular
		study protocol for a cluster randomised controlled trial				

Fonte: própria autora.

Ao caracterizar os estudos analisados, identificou-se que 19 das publicações originaram-se dos países do continente americano, porém a distribuição geográfica foi bem variada, contendo também publicações da Europa (11), Oceania (6), Ásia (4) e África (2), o que significa que a temática interessa vários locais do mundo.

Com relação à categoria profissional dos autores das pesquisas, das produções analisadas, 28 foram realizadas por enfermeiros como autores principais profissionais de categoria médica 13; e ainda 1 fisioterapeuta. Isso demonstra que os enfermeiros estão em busca de aprimorar os conhecimentos relacionados à área de atuação.

Nessa perspectiva, destaca-se que a Enfermagem é uma das profissões que deve atuar ativamente no processo de reabilitação, tendo como uma das finalidades o cuidado terapêutico, a partir do entendimento do outro como ser integral e autônomo. O enfermeiro deve restaurar os pacientes, como dizia Florence Nightingale, tratando os enfermos para se tornarem sadios novamente (SCHOELLER; LEOPARDI; RAMOS, 2011).

Isso pode ser confirmado a partir da pesquisa de Harbman (2013), a qual salienta que os enfermeiros são relatados como os profissionais mais qualificados para liderar ou gerenciar os Programas de Reabilitação Supervisionados. O autor coloca que na prática de prevenção secundária, os enfermeiros apresentam resultados positivos com relação à saúde do paciente, qualidade de vida, coordenação e continuidade do cuidado, acesso aos serviços de saúde e, também, para melhoria da satisfação do paciente e da família com relação aos cuidados de saúde realizados.

Em relação ao tipo de estudo, classificados com níveis de evidência (NE), de acordo com o *Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence* (2011), o tipo qualitativo apresentou-se em onze artigos (NE 5); oito artigos do tipo transversal (NE 2), sete quantitativos (NE 5), seis randomizados (NE 1), dois quase experimentais (NE 2), duas revisões sistemáticas de literatura (NE 1), um observacional (NE 2), um retrospectivo (NV 2), um bibliográfico (NE 5) e um descritivo (NE 5).

No tocante ao ano de publicação dos estudos analisados, embora o recorte temporal tenha sido de muito tempo, percebe-se que se concentraram nos últimos dez anos. Isso em função do próprio avanço que o tema vem desenvolvendo.

Porém, o enfoque no tratamento e o diagnóstico de doenças agudas ainda se mantêm preponderante em nosso país, o que contradiz com o tratamento de problemas de saúde a longo prazo, como o caso das doenças crônicas. Neste contexto, a prevenção secundária configura-se em excelente estratégia, na perspectiva de que a mudança de comportamento aconteça pela visualização da saúde como direito social (CAMPONOGARA *et al.*; 2012).

Nessa perspectiva, percebe-se, a partir das conclusões dos artigos referentes à RCV, que se trata de importante processo assistencial. Além disso, esta deve ser iniciada ainda no ambiente hospitalar, visando à recuperação da capacidade funcional destes indivíduos. Apesar de não ser inovadora, a reabilitação se diferencia porque auxilia os portadores de cardiopatia a melhorar as condições físicas, mentais e sociais, repercutindo em vida mais produtiva e ativa na sociedade (CAMPONOGARA *et al.*; 2014).

Camponogara *et al.* (2014) salientam que o controle das doenças cardiovasculares é influenciado pelos hábitos de vida do paciente, grau de consciência em relação à doença e suas limitações. Neste sentido, o principal objetivo dos programas de reabilitação cardíaca é fazer com que os usuários possam, o quanto antes, retornar à vida produtiva e demais afazeres do cotidiano.

A reabilitação constitui, portanto, estratégia fundamental para enfermagem, pois possibilita o contato direto com o usuário e respectiva família, bem como acompanhar o processo de recuperação, com planejamento compartilhado das ações de atenção à saúde e, especialmente, àquelas voltadas ao controle do fator de risco e ao auxílio de suporte terapêutico (CAMPONOGARA *et al.*, 2012).

De forma consistente nos artigos analisados, o fato de ser cardiopata, viver com doença crônica, que necessita de ampla modificação no estilo de vida dos portadores, remete a uma série de aspectos que devem ser observados no processo educativo em saúde, por parte dos diferentes profissionais da saúde, dentre estes, os enfermeiros. Neste sentido, o cuidado voltado às diferentes dimensões humanas é uma ação que possibilita a visibilidade de enfermeiros, assim possibilita espaço para manutenção desta visibilidade na prática de cuidar (CAMPONOGARA *et al.*, 2014).

No contexto da RCV, sete dos estudos apresentados mostram a importância de estratégias educativas para boa reabilitação de pacientes e familiares. Neste quesito, é importante salientar que são necessárias informações relacionadas

à doença, ao tratamento e, ainda, a elementos específicos sobre características dos programas e das estratégias utilizadas para o bom desempenho (MENG *et al.*, 2016).

Além dos processos educativos, quatro estudos ressaltaram a importância de terapias baseadas em exercícios físicos para bom retorno às atividades de vida diária dos pacientes. Nesta perspectiva, existe também o estímulo à deambulação precoce, como citada por Cortes e Varela (2009), os quais relatam que a deambulação ainda na fase da hospitalização permite o início da atividade física do indivíduo, busca o treinamento de paciente com alterações ortostáticas e previne a ausência de condicionamento cardíaco.

Dos estudos apresentados nesta revisão, houve ainda a apresentação de estratégias diferenciadas utilizadas por enfermeiros para melhorar a adesão e aumentar a frequência de pacientes em programas de RCV, como a utilização de cartas-convites formuladas, baseadas em teorias de enfermagem, as quais eram entregues por enfermeiros aos pacientes após internação (MOSLEH *et al.*, 2014). Outras estratégias apresentadas foram o encaminhamento e os encaminhamentos ao Programas de RCV, entregues ao paciente ainda em hospitalização, o que demonstra interesse e relevância em tal prática (TILLER *et al.*, 2017).

Aliado às estratégias apresentadas, é interessante destacar que novas formas de implementar um programa de RCV foram sendo desenvolvidas, como os programas realizados totalmente pela *internet*, o Primary Care Provider, o programa MyAction, e ainda as ações desenvolvidas em Centro de Enfermagem Especializada (LEAR *et al.*, 2014; YEE *et al.*, 2014; CONNOLLY *et al.*, 2017; WESTLAND *et al.*, 2017).

Assim, é interessante ressaltar que assim como na Europa, no estudo apresentados por Astin *et al.* (2014), em âmbito mundial, existe variabilidade no conteúdo, no ensino, na aprendizagem e nos métodos de avaliação, nos registros dos programas de educação pós-eventos cardiovasculares por enfermeiros.

Assim, podem ser desenvolvidos de acordo com o perfil epidemiológico, podendo ter como foco a população feminina, como experienciado por Rolfe *et al.* (2010), o qual relatam que esta iniciativa pode facilitar e encorajar esta população em função da flexibilidade de horários e atividades por elas desenvolvidas. Outro grupo populacional que também exige ações de RCV em Programas é a população idosa, pois como apresentado por Giallauria *et al.* (2010), este público apresenta diferença quanto ao acesso e à permanência em programas de RC.

Apresentam-se, também, as barreiras enfrentadas por coordenadores de programas de RCV e pacientes que vivenciam a experiência de participar de iniciativas como estas. Logo, coordenadores relatam as dificuldades enfrentadas pelo próprio sistema de saúde em colocar em prática o que é indicado pelas evidências. Enquanto isso, os pacientes salientam a carência de recomendação, de encaminhamento médico, distância e baixa necessidade percebida (FERNANDEZ; DAVIDSON; GRIFFITHS, 2008; GRACE, 2014).

Portanto, segunda a leitura dos artigos, a RCV é necessária para todo indivíduo que vivencia um evento cardiovascular, o que é envolto por ações de enfermagem e de cunho multiprofissional, podendo ser realizada em programas supervisionados ou aqueles que utilizam de estratégias com foco nas necessidades populacionais. Assim, várias barreiras podem ser identificadas, mas também existem potencialidades que auxiliam no alcance da RCV.

Enfim, após a revisão integrativa apresentada, os artigos analisados subsidiaram a análise do conceito Reabilitação cardiovascular, sendo a primeira etapa necessária para o desenvolvimento da teoria de enfermagem de médio alcance desta temática.

6.1.1 Seleção do conceito Reabilitação Cardiovascular e identificação dos usos de suas definições

O conceito Reabilitação Cardiovascular foi selecionado, com objetivo de identificar uso (definição), atributos, antecedentes e consequentes, caso-modelo, caso contrário e indicadores empíricos.

Dos 42 estudos que compuseram a revisão integrativa, foi identificada a definição do conceito Reabilitação Cardiovascular em 22 artigos. Destes, doze estão apresentadas no Quadro 1, definidos pelos autores apresentados. Da apresentação, excluíram-se cinco publicações que apresentam a definição de RCV da Organização Mundial da Saúde (1964), que assim define: “conjunto de atividades necessárias para assegurar às pessoas com doenças cardiovasculares condição física, mental e social ótima, que lhes permita ocupar pelos seus próprios meios um lugar tão normal quanto seja possível na sociedade”.

Também, não foram considerados dois estudos que relataram a definição explanada pela Fundação Nacional do Coração da Austrália e Austrália Associação

de Reabilitação Cardíaca (2004, p.1), sendo definida como todas as medidas usadas para ajudar pessoas com doenças cardíacas a retornarem a um estado ativo e satisfatório de vida e prevenir a recorrência de eventos cardíacos.

De forma semelhante, outros três dos artigos estudados utilizaram a definição relatada nas Diretrizes Canadenses para Reabilitação Cardíaca e Prevenção de Doenças Cardiovasculares (2004), sendo assim considerada. Uma abordagem que inclui terapias abrangentes para fatores de risco cardiovascular, com estratégias de modificação para sustentar estilos de vida saudáveis e promover aderência a exercícios terapêuticos, devendo ser reconhecido como parte integrante do cuidado à doença cardiovascular.

Assim, o Quadro 2 apresenta as definições de RCV identificadas em 22 artigos analisados.

Quadro 3- Definições identificadas na literatura para uso do conceito Reabilitação Cardiovascular

Definições de RCV	Autor(res)
Componente do cuidado de pacientes com doenças cardiovasculares.	CORTES; VARELA, 2009
Processo multifatorial de longo prazo, destinado à prevenção secundária de eventos cardiovasculares.	FERNANDEZ <i>et al.</i> , 2009
Componente especializado em doença vascular crônica, com a utilização de abordagem multifacetada.	ARTHUR <i>et al.</i> , 2010
Estratégias coordenadas para ajudar pacientes a retornarem a um estado ativo e satisfatório de vida e prevenir novos eventos cardiovasculares.	DAVIDSON <i>et al.</i> , 2010
Processo de prevenção secundária que implica em estratégias que visam diminuir esses riscos em pacientes com doença cardíaca coronária.	HARBMAN, 2013
Terapêutica indispensável no tratamento dos usuários cardiopatas.	CAMPONOGARA <i>et al.</i> , 2014

Definições de RCV	Autor(res)
Desenvolvido em serviço validado e evidenciado, oferecido a pessoas que sofreram evento cardíaco ou em risco de desenvolver doença cardíaca.	FROHMADER; LIN; CHABOVER, 2015
Programa ambulatorial de gerenciamento de doenças crônicas, que oferece prevenção secundária, de forma econômica.	TURK-ADAWI <i>et al.</i> , 2015
Programa abrangente que se concentra na reabilitação física de paciente cardíaco.	GROSSMAN, 2016
Que inclui farmacológicos e nutricionais, gestão, reabilitação motora e aconselhamento comportamental.	LAMBERTI <i>et al.</i> , 2016
Medidas necessárias para fornecer ao paciente pós Infarto Agudo do Miocárdio as melhores condições físicas, psicológicas e sociais que permitem recuperar posição normal na sociedade e vida tão ativa e produtiva quanto possível.	CARO <i>et al.</i> , 2017
Abordagem multidisciplinar, concentrando-se no exercício como principal componente.	VIEIRA <i>et al.</i> , 2017

Fonte: própria autora.

De acordo com o Quadro 3, a definição do conceito Reabilitação Cardiovascular é utilizada na prática clínica, sendo algumas vezes traduzido por ser um serviço ou um programa ambulatorial. Porém, o serviço de RCV inclui outras medidas para ajudar pessoas com doenças cardíacas a retornar a uma vida ativa e satisfatória, assim como prevenir a recorrência de eventos cardíacos (FROHMADER; LIN; CHABOVER, 2015).

Essa definição é complementada por Cortes e Varela (2009) e Lamberti *et al.* (2016), ao proporem ser um componente do cuidado com pacientes com DCV e desenvolvido mediante o trabalho de equipes interdisciplinares. Assim como um processo complexo e que envolve diversas ações de gestão e aconselhamento.

Sendo considerada uma das estratégias que pode ser utilizada para prevenir a reincidência de doenças cardiovasculares e melhorar a qualidade de vida de portadores, constitui-se importante processo assistencial, na medida em que busca melhores condições físicas, mentais e sociais, permitindo que desfrutem de vida ativa e produtiva na sociedade (CAMPONOGARA *et al.*, 2014).

Para Vieira *et al.* (2017), a RCV é vista como procedimento de longo prazo, destinado a informar o paciente sobre sua doença; educá-lo acerca das formas de prevenção e controle cardiovascular e fatores de risco; prescrição de exercícios e melhoria da capacidade e qualidade de vida. Deve ter evolução contínua, com objetivo de preservar as capacidades a longo prazo e o desempenho desenvolvido nas fases anteriores, com base no empoderamento dos indivíduos.

Davidson *et al.* (2010) explanam que RCV refere-se às estratégias coordenadas para ajudar os pacientes a retornarem a um estado ativo e satisfatório de vida e prevenir novos eventos cardiovasculares. Quando desenvolvida em programas focalizam a promoção da mudança de comportamento, modificação do fator de risco, bem como apoio social e psicológico a pacientes e famílias. Essa abordagem mostrou a capacidade consistente para melhorar resultados, a partir de programa com bom modelo de gestão.

Portanto, a RCV é uma terapêutica indispensável no tratamento de DCV, a qual envolve a colaboração dinâmica, participativa e ativa entre o paciente, a família e a equipe multiprofissional. Neste sentido, o enfermeiro tem papel essencial, especialmente como educador, subsidiando os usuários na obtenção de melhores condições de vida, integração social e na conquista da independência para atividades da vida diária sociedade (CAMPONOGARA *et al.*, 2014).

Para o Cuidado de Enfermagem em RCV, é necessário desenvolvimento de atividades que orientem e estimulem os envolvidos no processo, a fim de tornar o paciente autônomo e capacitado para suprir as necessidades básicas e realizar as atividades de vida diária. Essas atividades envolvem: acompanhamento qualificado, processo educativo com orientações e aconselhamentos.

Após ter sido identificada a definição do conceito RCV com base na literatura apresentada, serão demonstrados os atributos definidores de termo.

6.1.2 Determinação dos atributos definidores de Reabilitação Cardiovascular

Considera-se atributo tudo que se associa ao conceito. Trata-se de palavras ou expressões utilizadas para descrever as características, permitindo ao analista ampla visão sobre o conceito (WALKER; AVANT, 2005).

Assim, com vistas à identificação dos atributos relacionados ao conceito RCV, levantou-se “o quê” para responder à questão: quais características ou atributos apontados, na literatura, como definição do conceito sobre Reabilitação Cardiovascular?

Do apreendido neste levantamento, expõem-se no Quadro 3 os atributos definidores de Reabilitação Cardiovascular identificados na literatura.

Quadro 4- Atributos definidores de Reabilitação Cardiovascular identificados na literatura

Atributos definidores de RCV	Autor(res)
É a participação dos familiares, apoio dos profissionais e da família dos pacientes.	MORAES; DANTAS, 2007
Desenvolvido por diversos profissionais da saúde, incluindo médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e educadores físicos.	CORTES; VARELA, 2009
É a integração de exercícios e educação.	DOLANSKY <i>et al.</i> , 2012
É exercício, modificação do fator de risco e intervenção psicossocial.	WONG <i>et al.</i> , 2012
Encaminhamento de pacientes, avaliações, intervenções de comportamento de saúde e modificação de fatores de risco, para melhorar a acessibilidade, incluindo avaliação de resultados.	GRACE <i>et al.</i> , 2014
Realizado em ambientes hospitalares e/ou comunitários, administrado por profissionais de saúde.	FROHMADER <i>et al.</i> , 2015
Avaliação médica, treinamento físico estruturado, educação para paciente e	TURK-ADAWI <i>et al.</i> , 2015

Atributos definidores de RCV	Autor(res)
suafamília, estratégias para reduzir e controlar os fatores de risco para DCV.	
É fornecimento de medicação e educação nutricional, juntamente com psicológica e apoio social do paciente.	GROSSMAN, 2016
Elementos farmacológicos e nutricionais, reabilitação motora e aconselhamento comportamental.	LAMBERTI <i>et al.</i> , 2016
Exercício, educação, aconselhamento de mudança comportamental e de modificação do fator de risco.	FEINBERG <i>et al.</i> , 2017

Fonte: própria autora.

Diante do exposto no Quadro 4, o conceito Reabilitação Cardiovascular possui diversos atributos associados à definição do conceito RCV.

A Reabilitação Cardiovascular é caracterizada por processos sistemáticos, incluindo intervenções no comportamento de saúde, técnicas de autogestão, treinamento de exercícios, avaliação de resultados e programas que qualifiquem recursos humanos. Envolve o tratamento e a reabilitação do coração e vasos, isto é, o sistema cardiovascular (GRACE *et al.*, 2014; GROSSMAN, 2016).

Urrutia, Suazo e Carrillo (2014) ressaltam que a Reabilitação Cardiovascular é fundamental, quando associa o treinamento físico com outras medidas preventivas, como a educação em saúde. Diante disto, a reabilitação cardiovascular introduz a qualidade de vida e reabilitação ao paciente e sua família, devendo ser baseado em melhor compreensão da doença, mobilização precoce, para evitar a deterioração física e complicações de descanso prolongado com treinamento físico adequado, equilíbrio psicológico e prevenção secundária de DCV.

West e Jones (2015) colocam que os principais componentes da RCV são: treinamento físico, aconselhamento psicológico, educação em saúde, foco na prevenção secundária e controle de fatores de risco de longo prazo (após educação, aconselhamento e apoio na reabilitação). Incluindo uma série de serviços contínuos como a avaliação médica, a prescrição de exercício e modificação de fatores de risco,

intervindo com processos educativos, aconselhamentos e implementação do intervenções que buscam a modificação (CORTES; VARELA, 2009).

Diante disso, torna-se necessário apoiar os pacientes por meio da incorporação de intervenções de saúde a partir de perspectiva holística, para melhorar a reabilitação e ajudá-los a se adaptar ao novo estado de ser paciente coronariano, o que facilitará ao lidar melhor com a doença e reduzir as complicações associados (URRUTIA; SUAZO; CARRILLO, 2014).

Preconiza-se o papel do enfermeiro como de provisão, promoção, manutenção e restauração do conforto em pacientes em RCV. Tendo em vista que o conforto é algo esperado pelo paciente no processo de tratamento e, ao mesmo tempo, preocupação e meta da enfermagem (KOCALBA, 2003).

Entretanto, ao considerar a multidisciplinaridade no campo da saúde, é interessante destacar que a RCV deve incluir enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, cardiologistas, farmacêutico e psicólogos clínicos. Sendo exigido de todos os profissionais conhecimentos teóricos e habilidades acerca da temática (BYRNE; MURPHY, 2010).

O conceito RCV necessita acompanhar-se destas atividades multiprofissionais, compreendida como atuação integrada, com vistas à inserção do usuário na família e sociedade, buscando maximizar potencial funcional e autonomia física, emocional e social (CAMPONOGARA *et al.*, 2014)

De forma complementar, os mesmos autores relatam sobre a necessidade de envolvimento de pacientes e respectivos familiares no planejamento e na implementação do cuidado. É essencial existir corresponsabilização dos profissionais e da sociedade nesse processo, a fim de estimular e desencadear ações que promovam a emancipação e a autonomia do paciente e de sua família, levando em conta o contexto de vida.

Assim, de acordo com os atributos definidores analisados, seguem-se os antecedentes do conceito RCV identificados na literatura.

6.1.3 Identificação dos antecedentes do conceito Reabilitação Cardiovascular

Os antecedentes são os acontecimentos ou incidentes que devem aparecer antes da ocorrência do conceito (WALKER; AVANT, 2005). Neste sentido, a fim de

identificá-los, buscou-se responder à pergunta: que eventos, situações e/ou fenômeno contribuem para ocorrência do conceito Reabilitação Cardiovascular?

No Quadro 5, expõem-se os antecedentes identificados na revisão integrativa realizada.

Quadro 5- Antecedentes do conceito Reabilitação Cardiovascular identificados na literatura

Antecedentes do conceito RCV	Autor (res)
Risco de doença cardiovascular.	LUNELLI <i>et al.</i> , 2008
Cirurgia de revascularização e Intervenções Coronárias Percutâneas, bem como pacientes com insuficiência cardíaca.	WONG <i>et al.</i> , 2012
Eventos cardíacos agudos e procedimentos cirúrgicos do sistema cardiovascular.	DOLANSKY <i>et al.</i> , 2012; MOSHLE, 2014
Doença Cardiovascular.	LEAR, 2014; HARBMAN, 2014
Evento cardíaco como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ou em risco de desenvolvimento de DCV.	FROHMADER <i>et al.</i> , 2015; CARO <i>et al.</i> , 2017; WONG <i>et al.</i> , 2012; CORTES; VARELA, 2009; WEST; JONES, 2013

Fonte: própria autora.

Diante do exposto no Quadro 5, o que antecede à Reabilitação cardiovascular são as causas que motivam a necessidade da sua realização. Dentre os pacientes que necessitam de RCV, os que vivenciaram IAM são mais comuns (CHEN *et al.*, 2015).

Além de eventos agudos, procedimentos cirúrgicos cardíacos e alto índice de doença cardiovascular, antecedem à reabilitação cardiovascular um planejamento das ações a serem realizadas, que de forma coletiva potencializa os efeitos do processo (CHEN *et al.*, 2015). Eventos cardíacos agudos como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e a Insuficiência Cardíaca (IC), incluindo procedimentos cirúrgicos como os relacionados à artéria intracoronariana, circulação da artéria coronária e cirurgia valvar (DOLANSKY *et al.*, 2012).

Complementando ao exposto, a Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular (2014) apresenta sobre pacientes que são elegíveis para

RCV, sendo aqueles que apresentaram pelo menos um dos seguintes quadros cardiovasculares: Infarto Agudo Ddo Miocárdio (IAM)/síndrome coronariana aguda (SCA); cirurgia de revascularização miocárdica; angioplastia coronária; angina estável; reparação ou troca valvular; transplante cardíaco ou cardiopulmonar; insuficiência cardíaca crônica; doença vascular periférica; doença coronária assintomática e pacientes com alto risco de doença cardiovascular.

Quanto à RCV em programas, antecedente à participação do paciente, uma estratificação de risco para conhecer o risco de possíveis complicações durante o exercício, os pacientes devem ser estratificados mediante a classificação proposta pela Associação Americana de Reabilitação Cardiopulmonar-AACVPR (2004), sendo que os de baixo risco monitorados, durante as primeiras seis a 18 sessões, podendo ser dado continuidade em programas de RCV semisupervisionados ou com supervisão a distância.

Os pacientes classificados como de risco intermediário devem ser monitorados durante as primeiras 12 a 24 sessões e a frequência e os métodos de monitoramento dependem também dos recursos disponíveis, da capacidade e volume de pacientes em cada instituição, além da evolução e do estado do paciente (AACVPR, 2004).

Supervisão maior deve ser realizada em pacientes estratificados como alto risco e quando existir alguma mudança no estado de saúde, surgimento de novos sintomas ou outra evidência de progressão da doença. O monitoramento também pode ser ferramenta útil para avaliar a resposta, especialmente quando se aumenta a intensidade do exercício aeróbico (AACVPR, 2004).

Nesse sentido, antecedem à RCV eventos que influenciam negativamente na homeostasia do sistema cardiovascular, o que implica necessidade de retorno, o mais rápido possível, à normalidade, devido às mudanças físicas, sociais e psicológicas que podem suceder e comprometer permanentemente a vida das pessoas acometidas.

Após identificação dos antecedentes do conceito RCV, estão apresentados consequentes a partir da revisão integrativa de literatura.

6.1.4 Identificação dos consequentes do conceito Reabilitação Cardiovascular

Os consequentes do conceito são os fatos que acontecem como resultado da ocorrência (WALKER; AVANT, 2005). Para identificação dos consequentes do conceito, indagou-se: quais são os eventos ou situações resultantes da Reabilitação Cardiovascular?

No Quadro 6, estão apresentadas as respostas identificadas na literatura.

Quadro 6- Consequentes da Reabilitação Cardiovascular identificados na literatura

Consequentes do conceito RCV	Autor (res)
Contexto Social	
Diminuição da morbidade e mortalidade por DCV	ARTHUR <i>et al.</i> , 2010; CHEN 2015; GROSSMAN, 2015; TURK-ADAWI <i>et al.</i> , 2015; CARO <i>et al.</i> , 2017
Benefícios com relação ao custo-efetividade dos serviços, ou seja, reduz gastos públicos com internações hospitalares e da necessidade de tratamentos e procedimentos cada vez mais onerosos.	ARTHUR <i>et al.</i> , 2010; WONG <i>et al.</i> , 2012; CAMPONOVARA <i>et al.</i> , 2014; TURK-ADAWI <i>et al.</i> , 2015
Redução da re-hospitalização por DCV e a necessidade de procedimentos de revascularização.	ARTHUR <i>et al.</i> , 2010; VIEIRA, <i>et al.</i> , 2017
Contexto Físico	
Retorno à vida sexual dos pacientes.	LUNELI, 2007
Reabilitação física para retomar gradualmente as atividades diárias.	DOLANSKY <i>et al.</i> , 2012
Controle do processo da doença, com mudanças duradouras de hábitos e comportamentos.	CAMPONOVARA <i>et al.</i> , 2014
Melhora os comportamentos do estilo de vida e reduz fatores de risco em pacientes com DCV.	LEAR, 2014

Consequentes do conceito RCV	Autor (res)
Redução dos fatores de risco para DCV.	FERNANDEZ <i>et al.</i> , 2009; WEST; JONES, 2013
Contexto Psicológico	
Limitação dos efeitos adversos psicológicos e fisiológicos da DCV.	ARTHUR <i>et al.</i> , 2010
Prevenção o isolamento social, ansiedade, depressão e dependência pessoal, constituindo terapia imperativa para o tratamento desses usuário.	CAMPONOGARA <i>et al.</i> , 2014
Melhoria da capacidade da função cardiopulmonar e afeta positivamente os fatores de risco para DCV e melhora a qualidade de vida.	CHEN, 2015
Fornecimento de meios pelos quais os pacientes podem viver uma vida mais saudável e mais produtiva.	GROSSMAN 2015
Minimização do isolamento social resultante de barreiras financeiras.	DHALIWAL <i>et al.</i> , 2017
Autogestão de saúde adequada.	WESTLAND <i>et al.</i> , 2017

Fonte: própria autora.

Conforme Quadro 6, a RCV possibilita efeitos positivos tanto nos aspectos sociais, físicos e psicológicos de pacientes, após evento cínico agudo ou procedimento cirúrgico cardíaco.

Nesse sentido, a RCV busca reduzir o risco de morte súbita, reincidências de cardiopatias, controlar sintomas cardiovasculares, melhorar a qualidade de vida e o estado funcional dos indivíduos (CORTES; VARELA, 2009).

Giallauria *et al.* (2010) ressaltam que em pacientes com DCV, a RCV melhora a tolerância ao exercício, fatores de risco coronariano, bem-estar psicológico e qualidade de vida relacionada à saúde e, de acordo com vários estudos observacionais ou metanálises, diminui o risco de novos eventos cardíacos.

Nesse contexto, a RCV melhora o desempenho físico, recuperação psicológica e reduz a mortalidade e morbidade após eventos cardíacos agudos. Em

revisão sistemática de Ensaio Clínicos randomizados (ECR), a RCV reduziu as taxas de mortalidade em 10 a 25%. Logo, pacientes, quer frequentem ou não um programa supervisionado, necessitam de boa comunicação com equipe multiprofissional sobre informações e conselhos sobre a situação de saúde, para apreciar a continuidade de cuidados após a alta (WES; JONES, 2015).

Caro *et al.* (2017) ressaltam que a RCV, realizada nos programas supervisionados, favorece o comprometimento de usuários e familiares com o autocuidado, tornando-os mais propensos a uma reintegração social satisfatória e minimizando a possibilidade de recidiva de eventos cardiovasculares.

Dessa forma, promove efeitos cognitivos-comportamentais que contribuem para aceitação, enfrentamento, supressão de distorções cognitivas frequentes nas pessoas com DCV e, ainda, maior resiliência no paciente depois de sofrer um evento cardíaco. Dada a presença de multiprofissionais na RCV, existe correlação positiva no tocante a sintomas de ansiedade, depressão e maior índice de massa corporal, atividade física e nutrição (CARO *et al.*, 2017).

Assim, é necessário destacar a importância da educação para promoção de autogestão adequada, as quais devem ser parte importante do atendimento para pacientes com DCV, o que requer esforço de pacientes e prestadores de cuidados de saúde, em destaque, de enfermeiros (WESTLAND *et al.*, 2017).

Dessa forma, é interessante pontuar que as consequências da RCV identificadas nos estudos analisados, vão ao encontro ao que a Diretriz Sul-americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular (2014), a qual destaca como os objetivos da RCV, quais sejam: auxiliar àqueles pacientes com DCV conhecidas ou em alto risco de as desenvolverem; reabilitar o paciente de forma integral, oferecendo suporte nos aspectos físico, psíquico, social, vocacional e espiritual; educar os pacientes para que possam criar e aderir permanentemente à manutenção de hábitos saudáveis, com mudanças de estilo de vida associadas ou não ao tratamento farmacológico e/ou cirúrgico; reduzir a incapacidade e promover mudança no estilo de vida, por meio de atitudes proativas do paciente na saúde; melhorar a qualidade de vida; prevenir eventos cardiovasculares desfavoráveis; e adequado controle dos fatores de risco em geral.

Nesse contexto, o cuidado de enfermagem em reabilitação cardiovascular, a partir de estudos realizados, desperta para importância nos aspectos educativos, os

quais, pacientes bem acompanhados na reabilitação são mais autônomos e empoderados para tomadas de decisões (GHOLAMI *et al.*, 2016).

Assim, a partir de ensaios controlados randomizados e meta-análises que compuseram o estudo de Turk-Adawi *et al.* (2015), a participação em Programas de RCV diminui a morbidade e a mortalidade, em aproximadamente 25%, quando comparada aos cuidados habituais, e reduz significativamente os fatores de risco, melhora a qualidade de vida relacionada à saúde e promove melhor estilo de vida.

Após identificação dos consequentes do conceito RCV, considerou-se necessário apresentar um caso-modelo com a utilização do conceito em estudo, a fim de esclarecer a aplicabilidade deste na prática.

6.1.5 Caso-modelo da Reabilitação Cardiovascular

O desenvolvimento de um caso-modelo é considerado exemplo legítimo do conceito, visando ilustração e contemplando todas as características definidoras (WALKER; AVANT, 2005). No Quadro 7, está apresentado um caso-modelo do conceito RCV.

Quadro 7- Caso-modelo da Reabilitação Cardiovascular identificados na literatura

M.S.G., 45 anos de idade, sexo masculino, auxiliar administrativo, esteve em internação hospitalar após histórico de Infarto Agudo do Miocárdio, sendo submetido à Revascularização do Miocárdio. Em sua unidade de internamento, não era permitida a presença de acompanhante, havendo contato com familiares apenas no horário de visita, com duração de 1 hora. Porém, a enfermeira do setor estabeleceu vínculo profissional e afetivo com o paciente que o tornou confortável e estimulou seu retorno às atividades normais, a partir da incitação à deambulação sob sua supervisão, exercícios respiratórios, orientações acerca de autocuidado, acompanhamento e reabilitação. Após a alta hospitalar, o paciente foi encaminhado ao Programa de Reabilitação Cardiovascular Supervisionado, participando de 12 sessões, as quais foram relevantes para melhoria da qualidade de vida do paciente. Após as sessões no Programa de RCS, o paciente apresentou condições físicas, sociais e psicológicas para o retorno de suas atividades, permanecendo seu

acompanhamento na Unidade Básica de Saúde do seu bairro pelo enfermeiro e médico do serviço.

Fonte: própria autora.

O caso-modelo apresentado aponta os principais atributos do conceito Reabilitação Cardiovascular, salientando ações com foco nos aspectos físicos, mas também no âmbito social e psicológico. Sendo essencial para o sucesso da RCV o planejamento de ações e a boa comunicação entre paciente, família e equipe de saúde, a fim de otimizar e supervisionar as intervenções a longo prazo.

6.1.6 Caso-contrário do conceito Reabilitação Cardiovascular

Ao apresentar outros casos, podem ser demonstrados casos-limite, relacionados, contrários, inventados e ilegítimos. Não correspondem aos exemplos legítimos do conceito, pois não apresentam todos os atributos (WALKER; AVANT, 2005). Como exemplo de caso adicional, será apresentado um caso contrário no Quadro 8.

Quadro 8- Caso contrário do conceito Reabilitação Cardiovascular identificados na literatura

F.G.L., 55 anos de idade, sexo feminino, professora, esteve em internação hospitalar após Infarto Agudo do Miocárdio. Durante a hospitalização, esteve acompanhada da filha que apresentou déficit de conhecimento relacionado à situação de saúde da mãe. A enfermeira do setor não orientou sobre as necessidades físicas nem psicológicas da paciente, não estimulou ações relacionadas à autonomia, realizava apenas procedimentos prescritos pelo médico. Após a alta hospitalar, a paciente não foi encaminhada para um Programa de Reabilitação Cardiovascular Supervisionado, desta forma, percebe-se que a paciente se encontrava ansiosa e com medo de voltar às atividades diárias. Foi até à Unidade Básica de Saúde do seu bairro sendo prescrito ansiolítico e sem acompanhamento com foco em sua RCV.

Fonte: própria autora.

O caso-contrário, apresentado no Quadro 8, demonstra o oposto do que é definido como Reabilitação Cardiovascular, o qual não aponta ações de apoio e mudanças com foco na reabilitação cardiovascular no âmbito físico, social nem psicológico.

Após exemplificação apresentada, segue a demonstração dos indicadores empíricos do conceito RCV.

6.1.7 Indicadores empíricos do conceito Reabilitação Cardiovascular

Os indicadores empíricos são características observáveis que indicam a RCV, quais sejam ilustrações dos atributos críticos e consequentes (WLAKER; AVANT, 2005). No Quadro 9, estão apresentados os indicadores empíricos do conceito RCV, conforme os modos adaptativos de Roy pela necessidade de aproximar este processo à teoria.

Quadro 9- Indicadores empíricos do conceito Reabilitação Cardiovascular identificados na literatura

		Autor(res)
Modo Fisiológico	Independência funcional dos pacientes por meio do autocuidado.	CAMPONOGARA <i>et al.</i> , 2012
	Cuidados efetivos com dieta alimentar.	CAMPONOGARA <i>et al.</i> , 2014; CONNOLLY <i>et al.</i> , 2017
	Prática de atividades físicas regular.	HARBMAN, 2013; CAMPONOGARA <i>et al.</i> , 2014
	Potencial funcional e sua autonomia física.	CAMPONOGARA <i>et al.</i> , 2014
	Minimiza o risco de reincidência de eventos cardiovasculares.	CAMPONOGARA <i>et al.</i> , 2014; CARO <i>et al.</i> , 2017
	Adesão medicamentosa.	HARBMAN, 2013; MENG <i>et al.</i> , 2016

		Autor(res)
	Melhor controle da Pressão Arterial.	HARBMAN, 2013
	Controle do peso.	HARBMAN, 2013
	Controle da Glicemia Capilar.	HARBMAN, 2013.
	Cessação do tabagismo .	HARBMAN, 2013; CONNOLLY <i>et al.</i> , 2017
Modo de autoconceito	Diminuição dos sentimentos de incerteza.	HARBMAN, 2013
	Conhecimento sobre o processo saúde-doença.	CAMPONOGARA <i>et al.</i> , 2014
	Autoconsciência.	FEINBERG <i>et al.</i> , 2017.
	Depressão.	CONNOLLY <i>et al.</i> , 2017
	Autogerenciamento .	YEE <i>et al</i> ; 2011
Modo de desempenho de papel	Autonomia emocional.	CAMPONOGARA <i>et al.</i> , 2014
	Emancipação na sociedade.	CAMPONOGARA <i>et al.</i> , 2012
	Melhor relacionamento interpessoal com seus pares.	CAMPONOGARA <i>et al.</i> , 2014
Modo de interdependência	Autonomia social.	CAMPONOGARA <i>et al.</i> , 2014
	Possibilita maior confiança nos serviç�os de saúde.	CAMPONOGARA <i>et al.</i> , 2014; CARO <i>et al.</i> , 2017
	Melhora no autocuidado.	FEINBERG <i>et al.</i> , 2017

Fonte: própria autora.

Os indicadores empíricos apresentados demonstram que o conceito RCV   observável por meio de verbalizações, aplicação de escalas, questionários e avaliação contínua do cuidado, podendo ser orientadas por teorias de enfermagem, a fim de contribuir para autonomia do sujeito e avanço da ciência Enfermagem.

A partir da RI realizada, foram identificadas duas formas de avaliar os indicadores empíricos da RCV, sendo a Escala de Barreiras de Reabilita o e a Escala Borg. O estudo de Grace *et al.* (2014) apresenta a Escala de Barreiras para Reabilita o Card cia que consiste em quatro subescalas: necessidade percebida /

fatores de saúde, fatores logísticos, conflitos trabalho / tempo e comorbidades / estado funcional.

A Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca foi validada no Brasil por Ghisi (2012) que, por meio de uma busca na literatura, identificou outras três escalas (validadas psicometricamente) que avaliavam barreiras tanto na participação quanto na aderência à RCV: uma inglesa (Crenças sobre a Reabilitação Cardíaca), uma australiana (*Cardiac Rehabilitation Enrolment Obstacles-CREO*) e uma canadense (*Cardiac Rehabilitation Barriers Scale-CRBS*).

A Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (CRBS) foi desenvolvida no Canadá e tinha sido validada em duas línguas (inglês, francês) e, agora, em português. A escala CRBS pode ser utilizada para examinar os motivos para pacientes com problemas cardiovasculares não utilizarem a RCV, mesmo quando esse tratamento é indicado por profissionais de saúde (GHISI, 2012).

A Escala Borg, utilizada por Dolansky *et al.* (2012), é amplamente validada para identificação da intensidade do exercício. Foi criada exatamente com objetivo de estabelecer relações entre a Percepção de Esforço (PE) e os dados objetivos de carga externa, ou de estresse fisiológico.

Nesse contexto, a literatura vem apresentar outras formas de mensurar os indicadores empíricos da RCV aqui apresentada. No tocante ao contexto social e psicológico, foi identificada a aplicação da “Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)” e do componente mental sumário da escala “Medical Outcomes Study Short Form – 36 (SF-36)”, por Macedo *et al.* (2012), com objetivo de avaliar o nível de depressão apresentado pelos pacientes em RCV.

O Inventário Beck de Depressão (BDI) e o Inventário Beck de Ansiedade (BAI) foram validadas para população brasileira e também podem ser aplicadas para avaliarem a sintomatologia de depressão e ansiedade dos pacientes em RCV. Estas escalas consistem em análises de autorrelatos com 21 itens de múltipla escolha, apresentados na forma de afirmativas (CUNHA, 2001).

Com relação à percepção da doença cardíaca, percebe-se a utilização do questionário *Illness Perception Questionnaire* – IPQ-R que, nas diferentes versões, tem sido adequada para medir a percepção da doença cardíaca. Compreende todas as dimensões para avaliação do constructo percepção da doença, mais especificamente causas, tratamento, duração, controle/cura e aspectos emocionais de pacientes (ALTENHOFEN; LIMA; CASTRO, 2016).

No tocante à Qualidade de Vida (QV) dos pacientes em RCV, tem-se percebida utilização do questionário de qualidade de vida *Medical Outcome Study Short Form -36* (MOS SF-36), que permite monitorar condição de saúde antes e após o tratamento instituído, sendo sensível a melhora clínica (GONÇALVES *et al.*, 2006).

E, ainda, o *MacNew Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire* (MacNew QLMI), que avalia a percepção da QV de forma quantitativa, cujo escore recomendado envolve o domínio emocional, físico e social. É composto de perguntas sobre humor, autoestima, estresse, disposição, independência, sexualidade, confiança quanto ao problema cardíaco, presença de dores no peito, capacidade física, entre outros (BENETTI; ARAÚJO; SANTOS, 2010).

O índice de Barthel (IB) também foi identificado como instrumento que avalia o nível de independência da pessoa para realização de dez Atividades de Vida Diárias (AVD) comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para cama e subir e descer escadas (DELGADO, 2014).

De forma complementar aos identificados na RI com relação aos aspectos físicos/exercícios, pode-se apontar a aplicação dos testes físicos funcionais, que têm sido considerados componentes essenciais na rotina clínica de avaliação da capacidade de exercício. Dentre estes, cita-se o Teste Cardiopulmonar (TCP), considerado o ideal para avaliar a tolerância máxima ao exercício e determinar a etiologia da limitação ao exercício, fornecendo informações mais específicas sobre a capacidade funcional e a adaptação fisiológica diante do esforço físico desses indivíduos. Mas, pelo alto custo e pela complexidade do equipamento, ainda é pouco utilizado fora dos grandes centros de pesquisas e está longe de ser efetivo, principalmente para realidade do serviço público de saúde brasileiro (PESSOA *et al.*, 2012).

Pessoa *et al.* (2012) salientam que como formas alternativas de avaliação aos testes máximos, destacam-se os testes funcionais submáximos, por se mostrarem opções de fácil realização, baixa complexidade, além de não requererem equipamentos de alto custo, sendo de fácil aplicação na prática clínica. Os destaques são para o teste de caminhada de seis minutos (TC6), do degrau de seis minutos (TD6) e o da cadeira, utilizados na prática clínica para avaliação funcional da tolerância ao exercício, prescrição de treinamento e avaliar as mudanças observadas após um programa de treinamento físico na RCV.

Berry e Cunha (2010) salientam os testes de exercício cardiorrespiratório (ergoespirometria ou Teste Cardiopulmonar), os quais objetivam analisar os gases expirados durante o exercício físico, sendo necessário considerar a percepção do cansaço, no sentido de o paciente expressar o nível de cansaço muscular ou respiratório e o momento para interrupção do esforço.

Nesse sentido, a RCV melhora a capacidade funcional e a eficiência do sistema cardiorrespiratório, pois dos 37 pacientes avaliados no estudo de Berry e Cunha (2010) observou-se aumento de 14% no V'O₂ pico e 9,2% no pulso de oxigênio (p=0,005). A investigação observou aumento da frequência cardíaca máxima de 6,2%, na frequência de recuperação de 2,4% e da Pressão Arterial Sistólica máxima de 6%. Houve redução nos níveis séricos do colesterol total, fração LDL-c, triglicérides, glicose, hemoglobina-glicada e elevação da fração HDL-c.

Portanto, identificou-se que o conceito Reabilitação Cardiovascular é definido como **um processo que envolve a implementação de intervenções dirigidas à pessoa pós evento cardiovascular, com vistas à reabilitação física, social e psicológica**, tornando-a capaz de manter as atividades cotidianas.

6.2 CONCEITOS RELACIONADOS AO FENÔMENO REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR E AFIRMAÇÕES NÃO RELACIONAIS

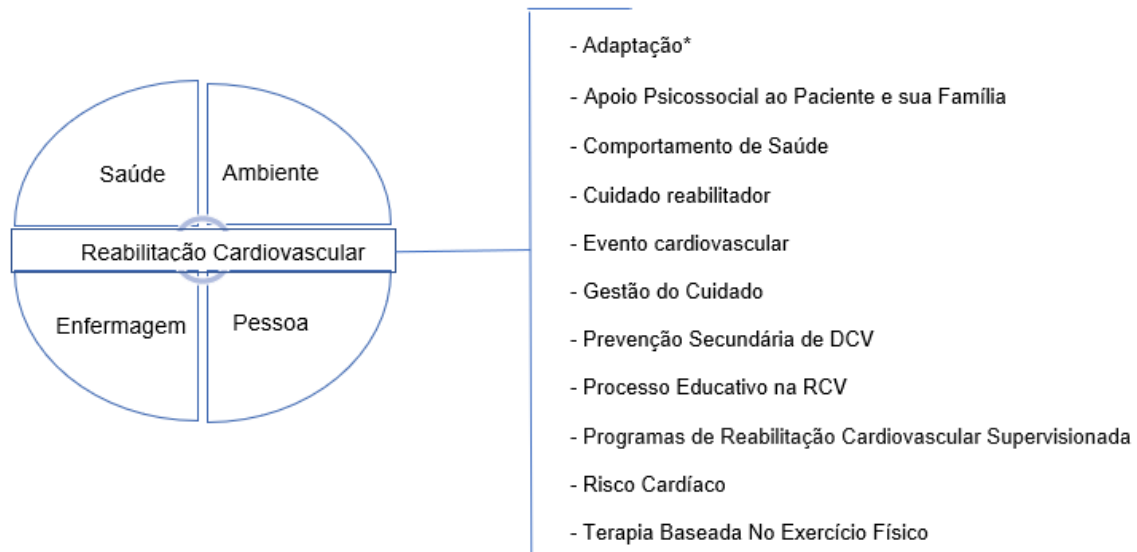
Após definição do fenômeno RCV, com base na Revisão Integrativa desenvolvida, extraíram-se também outros conceitos relacionados ao fenômeno, quais sejam: evento cardiovascular, cuidado reabilitador, gestão do cuidado, processo educativo na RCV, programas de reabilitação cardiovascular, terapia baseada em exercício, apoio psicossocial ao paciente e respectiva família, prevenção secundária de DCV, comportamento de saúde e adaptação. Estes conceitos, quando relacionados, contribuem para descrever a RCV.

Destaca-se que a articulação entre os conceitos de uma teoria é fundamental no desenvolvimento de uma de médio alcance, dada a necessidade de clareza das afirmações relacionais entre os conceitos nela utilizados, que sustentam a interrelação, bem como das afirmações não relacionais que correspondem à definição (WALKER; AVANT,2005).

Nesse sentido, identificaram-se os seguintes conceitos apresentados na Figura 5, para compor a TMA dirigida às pessoas em RCV, a partir de agora

denominada de Teoria de Médio Alcance de Enfermagem em Reabilitação Cardiovascular (TMA Enf-RCV).

Figura 5- Conceitos relacionados ao fenômeno Reabilitação Cardiovascular utilizados na TMA Enf-RCV



*Conceito advindo da teoria de Roy (2004)
Fonte: própria autora.

Como apresentado na Figura 2 o esquema de avaliação dos artigos encontrados no levantamento nas bases de dados, foram selecionados onze conceitos relacionados à TMA Enf-RCV. Além desses conceitos, definiram-se os relativos ao Metaparadigma da Enfermagem (Enfermagem, Saúde, Pessoa e Ambiente), tendo em vista que este representa a visão de mundo da disciplina; ideologia por meio da qual teorias, conhecimento e processos encontram significado (McEWEN; WILLIS, 2016).

Para TMA Enf-RCV, Enfermagem em Reabilitação Cardiovascular é implementação de intervenções ao paciente pós evento cardiovascular, com a finalidade de reestabelecer funções físicas, sociais e psicológicas. Saúde é o processo pelo qual uma pessoa, após um evento cardiovascular, consegue realizar, como antes, as atividades cotidianas. Pessoa é o indivíduo que vivencia o evento cardiovascular e, posteriormente, o processo de reabilitação. E, ambiente é o contexto em que se desenvolve o processo de reabilitação.

Como recomendado por Walker e Avant (2005), após identificação dos conceitos relacionados identificados na RI, procede-se à definição no contexto da teoria elaborada. Registre-se que com vistas à fundamentação da TMA Enf-RCV ao referencial teórico de Roy (2001), utilizou-se o conceito central Adaptação no conjunto dos conceitos relacionados da teoria de médio alcance.

Desse modo, passa-se na sequência a definir, a partir da revisão integrativa realizada, os conceitos da TMA dirigida às pessoas em RCV (Figura 5).

Adaptação é a capacidade de responder positivamente a um evento cardíaco. **Apoio psicossocial ao paciente e respectiva família** é atenção ao paciente que sofreu o evento cardiovascular e família deste, com ênfase nos aspectos psicossociais. **Comportamento de saúde** é o modo como a pessoa que sofreu um evento cardiovascular se comporta antes, durante e depois da ocorrência.

Cuidado de enfermagem reabilitador compreende-se como sinônimo de RCV, embora acrescido do termo Enfermagem. Deste modo, é definido como a implementação de intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa pós evento cardiovascular, com vistas à reabilitação física, social e psicológica, tornando-a capaz de manter as atividades cotidianas.

Evento cardiovascular é um processo fisiopatológico, que acomete o sistema cardiovascular, o qual promove alterações físicas, sociais e psicológicas.

Gestão do cuidado é a capacidade de organizar, planejar, executar e avaliar ações relacionadas ao cuidado reabilitador.

Prevenção Secundária de DCV é a realização de ações de prevenção de evento cardiovascular, tendo em vista a ocorrência anterior de um processo fisiopatológico da mesma natureza.

Processo educativo é um meio de proporcionar educação em saúde, em todos os aspectos que envolvem a RCV, por meio de orientações e aconselhamento, de acordo com a necessidade específica de cada pessoa.

Programa de Reabilitação Cardiovascular Supervisionada é um serviço especializado, em que a equipe multiprofissional direciona e supervisiona ações de reabilitação dirigidas às pessoas pós evento cardiovascular, considerando as fases de evolução destas.

Risco Cardíaco é a possibilidade de a pessoa desenvolver um evento cardiovascular.

Terapia baseada no exercício físico é a realização de atividades, sob prescrição, supervisão e acompanhamento de profissional capacitado.

Após definição dos conceitos que se relacionam com o fenômeno principal da TMA Enf-RCV, o próximo passo é descrever as relações entre eles, ou seja, as afirmações relacionais, o que passa a ser demonstrado a seguir.

6.3 AFIRMAÇÕES RELACIONAIS ENTRE OS CONCEITOS DA TEORIA

Walker e Avante (2005) colocam que afirmações relacionais são declarações sobre algum tipo de associação entre dois ou mais conceitos da teoria, sendo que podem afirmar uma associação (correlação) ou causalidade. Para que uma teoria seja criada, é necessária relação entre os conceitos, sendo a partir do agrupamento destes que se estabelece a teoria (WALKER; AVANT, 2005).

Nesse sentido, a Figura 6 demonstra, de forma geral, a relação entre eles.

Figura 6- Afirmações relacionais entre os conceitos e o fenômeno da teoria de médio alcance sobre Reabilitação Cardiovascular



Fonte: própria autora.

Como apresentado na Figura 6, o fenômeno Reabilitação Cardiovascular é influenciado por todos os outros conceitos relacionados. Ao ser considerada e definida

aqui como um processo, os conceitos possuem relação, quer seja atuando como estímulos ou comportamentos, ou seja, consequências geradas pelo fenômeno.

Na elaboração da Figura 6, utilizam-se linhas contínuas para demonstrar a relação direta entre cada conceito com o fenômeno central da teoria de médio alcance. As linhas pontilhadas representam a articulação que os conceitos guardam entre si.

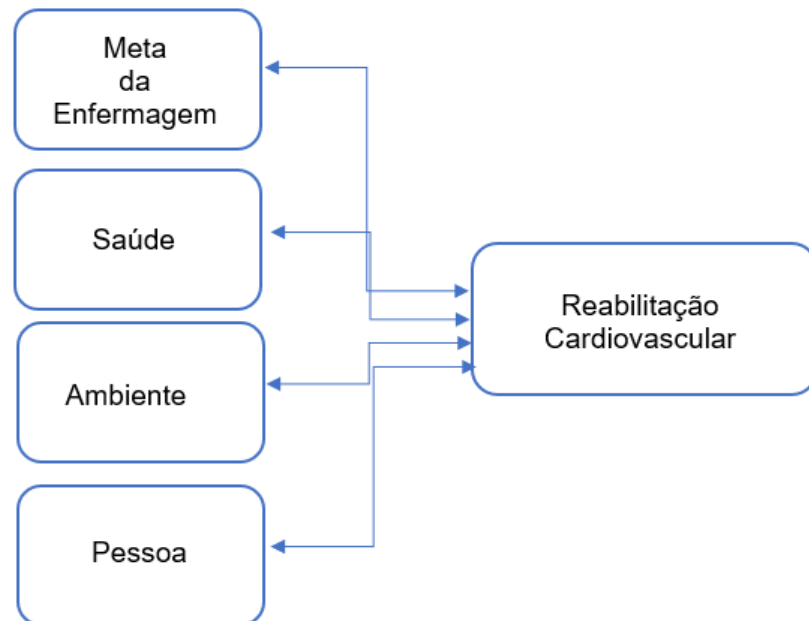
A **RCV** considerada como comportamento adaptável deve ser implementada após **evento cardiovascular**, ou seja, seguida de condição fisiopatológica que acomete o sistema cardíaco e promove alterações físicas, sociais e psicológicas, passível de ocorrência em **ambiente** do processo **saúde-doença**. A ocorrência deste estímulo desencadeia, na **pessoa** afetada, a necessidade de **apoio psicossocial para si e respectiva família**, assim como **terapia baseada no exercício físico** realizada sob prescrição, supervisão e acompanhamento de profissional capacitado. Estas ações podem ser implementadas em **Programas de Reabilitação Cardiovascular Supervisionada**, em que com equipe multiprofissional, o paciente tem direcionamento e supervisão de ações de reabilitação.

Após avaliação do estímulo ocorrido, o **enfermeiro** possui grande relevância com a implementação de **cuidados reabilitadores**, com vistas à reabilitação física, social e psicológica da pessoa avaliada, tornando-a capaz de manter as atividades cotidianas. Para isto, é necessário incluir **processo educativo** em todos os aspectos que envolvem a RCV, por meio de orientações e aconselhamentos, de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa, bem como com a participação na **gestão do cuidado**, que permite ter capacidade de organizar, planejar, executar e avaliar ações relacionadas ao cuidado reabilitador.

Diante disso, tem-se como resultados esperados de **adaptação**, a partir de mudanças no **comportamento de saúde** da pessoa que sofreu evento cardiovascular, diminuindo o **risco cardíaco**, ou seja, a possibilidade de a pessoa desenvolver um evento cardiovascular. Para isto, são relevantes ações de **prevenção secundária** de DCV, desencadeada por meio dos modos adaptativos assumidos.

Na sequência do método para o desenvolvimento de uma teoria de médio alcance, faz-se necessário determinar precisamente a relação entre o metaparadigma e o fenômeno em estudo, como apresentado na Figura 7.

Figura 7- Afirmações relacionais entre o Metaparadigma da Enfermagem e o fenômeno Reabilitação Cardiovascular



Fonte: própria autora.

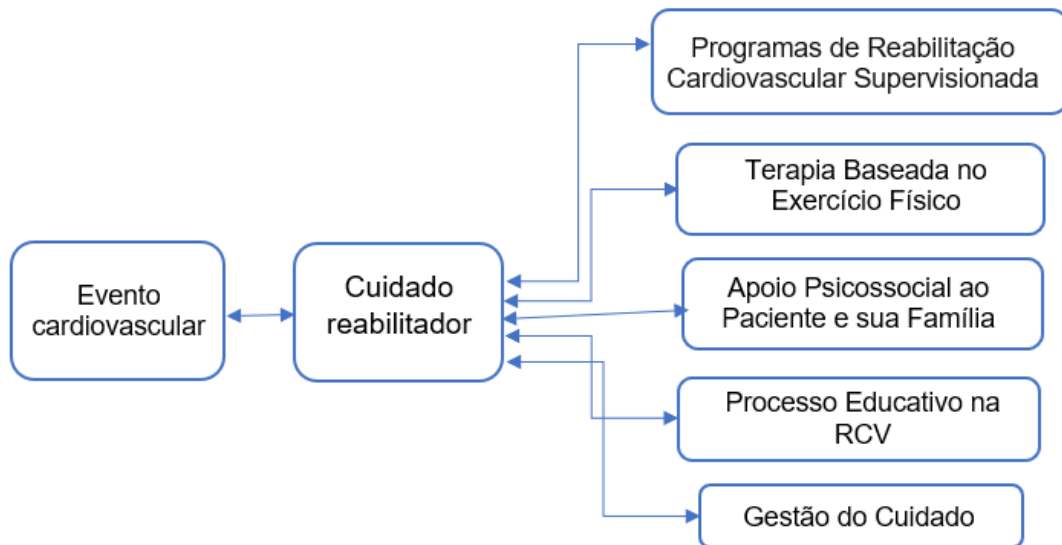
De onde, considera-se que a Reabilitação Cardiovascular é:

- A meta da enfermagem;
- Uma condição relevante para saúde do paciente que tem cardiopatia;
- Influenciada pelo ambiente em que o paciente em RCV vive;
- Própria da pessoa que vivenciou um evento cardiovascular.

Ao apresentar as afirmações relacionais entre o fenômeno RCV e o Metaparadigma Enfermagem, é necessário destacar que toda Teoria de Enfermagem articula esses conceitos como fundamentais para o cuidado de enfermagem, para descrever finalidade, ambiente onde ocorre e como deve ser praticada. Isto demonstra o saber sobre o metaparadigma que constitui a enfermagem e respectivas teorias (DOURADO; BEZERRA; ANJOS, 2014). Atua também como o modo de compreender ao que a teoria se propõe.

Em continuidade, apresentam-se as diversas afirmações relacionais possíveis entre os conceitos da TMA Enf-RCV.

Figura 8- Afirmações relacionais entre o conceito Cuidado reabilitador e demais conceitos



Fonte: própria autora.

- O cuidado reabilitador pode ser realizado em Programas de Reabilitação Cardiovascular Supervisionada, com implementação de terapia baseada em exercício físico, apoio psicossocial ao paciente e respectiva família, com processo educativo em RCV, com objetivo de estimular no paciente a capacidade de gestão do cuidado.
- O cuidado reabilitador é determinado após ocorrência de evento cardiovascular.

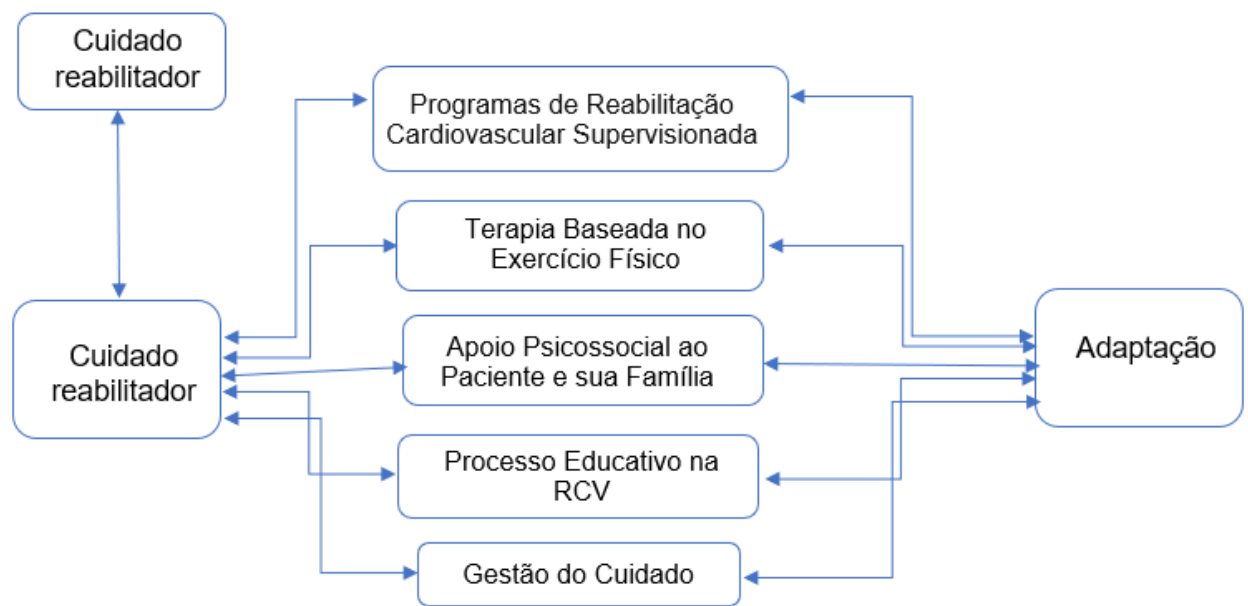
Após apresentar a Figura 8, contendo as afirmações relacionais entre o conceito Cuidado reabilitador e demais conceitos, é interessante destacar que a TMA dirigida às pessoas em RCV, o cuidado reabilitador é implementado por enfermeiros, tendo em vista que este profissional deve compreender cuidado holístico e compartilhado, somando esforços, responsabilidades e conhecimentos, reconhecendo os limites e enfatizando potencialidades e habilidades das pessoas cuidadas.

Na medida em que promove a gerência do cuidado e atua como articulador do processo de reabilitação junto aos demais profissionais, desenvolve ações de

educação em saúde, em prol da promoção da saúde e do bem-estar da clientela (CAMPONOGARA *et al.*, 2014).

Na sequência, apresentam-se as afirmações relacionais entre o conceito Adaptação e demais conceitos.

Figura 9- Afirmações relacionais entre o conceito Adaptação e demais conceitos



Fonte: própria autora.

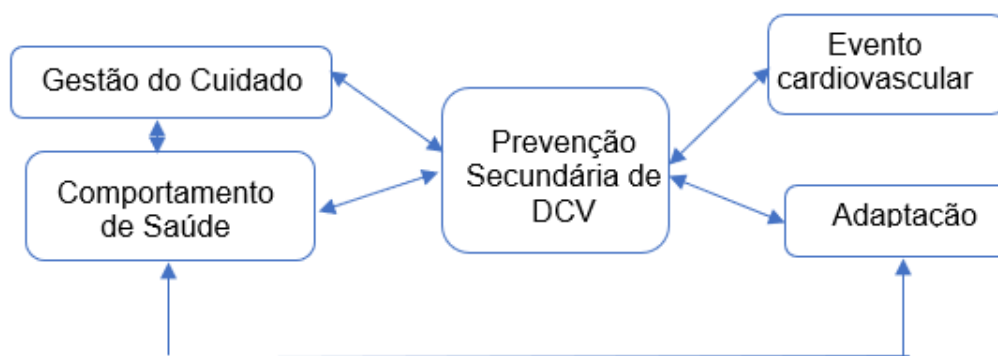
- A adaptação é influenciada pelos demais conceitos e considerada resultado da implementação do cuidado reabilitador, realizado por enfermeiros no processo de RCV;
- A adaptação, quando realizada em Programas de Reabilitação Cardiovascular Supervisionada ou por profissionais qualificados, sofre interferência da implementação de terapia baseada em exercício físico, do apoio psicossocial ao paciente e família e do processo educativo em RCV, considerando que o objetivo é estimular no paciente a capacidade de gestão do próprio cuidado.

Na Figura 9, o conceito Adaptação sofre influência, na teoria, de diversos outros conceitos. Assim, é importante evidenciar que a adaptação para Roy (2001) é considerada eixo orientador para prática de enfermagem. Esta teórica entende

Adaptação como processo e resultado, por meio do qual pessoas sensíveis e pensantes, como indivíduos ou grupos, utilizam a consciência e a escolha para criar a integração humana e ambiental (PHILLIPS, 2004).

Em sequência, apresentam-se as afirmações relacionais entre o conceito prevenção secundária de RCV e demais conceitos.

Figura 10- Afirmações relacionais entre o conceito Prevenção Secundária de DCV e demais conceitos



Fonte: própria autora.

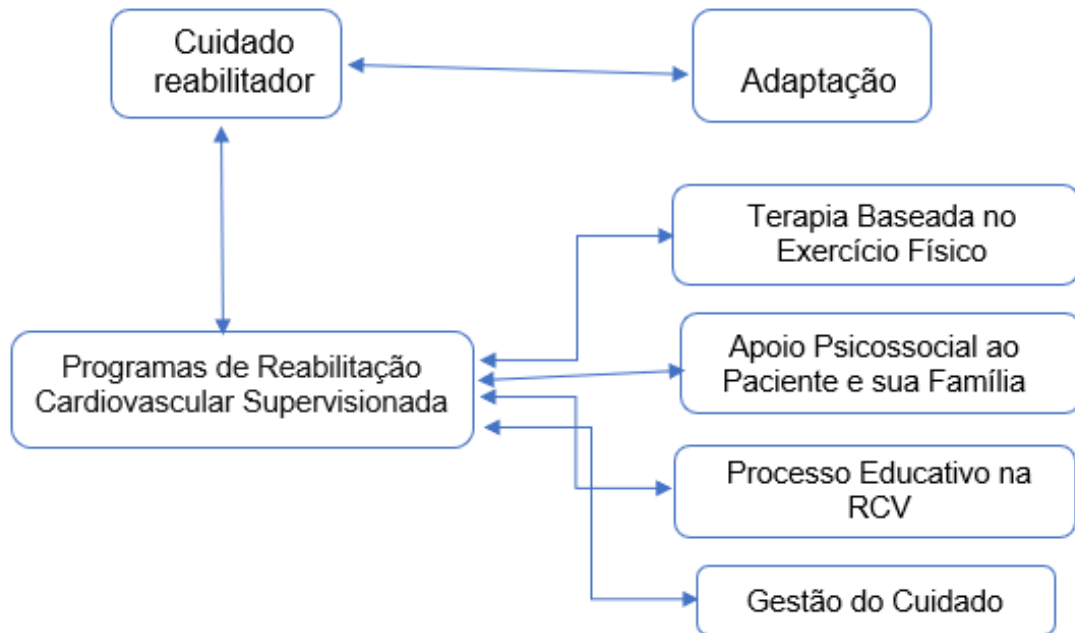
A prevenção secundária de DCV é:

- Implementada após ocorrência de evento cardiovascular;
- Desenvolvida a partir do estímulo para gestão do cuidado do paciente e família;
- Tem como consequência a mudança de comportamentos de saúde;
- Influencia na adaptação que, por sua vez, exige mudança de comportamento e gestão do cuidado.

Como apresentado na Figura 10, a prevenção secundária de DCV é essencial para o processo de RCV. Como Simão *et al.* (2014) ressaltam, no resumo executivo da I Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia, a prevenção secundária de DCV é assunto que requer discussão e análise, com destaque para políticas públicas de saúde na prevenção de DCV, relativas à prevenção deste adoecimento, em especial, quando pondera a carência de infraestrutura na atenção primária.

A seguir, apresentam-se as afirmações relacionais entre o conceito Programas de Reabilitação Cardiovascular Supervisionada e outros conceitos.

Figura 11- Afirmações relacionais entre o conceito Programas de Reabilitação Cardiovascular Supervisionada e outros conceitos



Fonte: própria autora.

- Os Programas de Reabilitação Cardiovascular Supervisionada devem contar com a atuação do cuidado reabilitador para adaptação;
- Os Programas de Reabilitação Cardiovascular Supervisionada apresentam a realização de terapia baseada em exercício físico, apoio psicossocial ao paciente e sua família, com processo educativo em RCV, com objetivo de estimular no paciente a capacidade de gestão do cuidado.

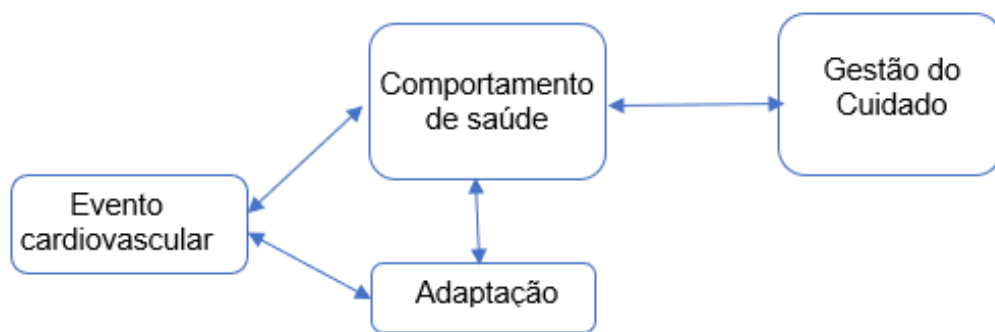
Os Programas de Reabilitação Cardiovascular Supervisionada foram desenvolvidos com propósito de trazer os pacientes que vivenciaram evento cardiovascular de volta às atividades diárias habituais, com ênfase na prática do exercício físico, acompanhada por ações educativas voltadas para mudanças no estilo de vida (DIRETRIZ DE REABILITAÇÃO CARDÍACA, 2005).

A Diretriz de Reabilitação Cardíaca (2005) apresenta também que um programa supervisionado é mais caro do que um sem supervisão, como também é considerado altamente efetivo quanto ao custo para grande maioria dos pacientes com doença cardiovascular. Assim, os pacientes que aderem a programas de

reabilitação cardíaca apresentam inúmeras mudanças hemodinâmicas, metabólicas, miocárdicas, vasculares, alimentares e psicológicas que estão associadas ao melhor controle dos fatores de risco e à melhora da qualidade de vida.

Na sequência, apresentam-se as afirmações relacionais entre o conceito Evento cardiovascular e outros conceitos.

Figura 12- Afirmações relacionais entre o conceito Evento cardiovascular e demais conceitos



Fonte: própria autora.

- O evento cardiovascular exige mudança de comportamentos de saúde e gestão do cuidado;
- O evento cardiovascular é o responsável pela necessidade de adaptação.

A Figura 12 apresenta as afirmações relacionais entre o conceito Evento cardiovascular e demais conceitos. Diante disto, pode-se perceber que após uma pessoa vivenciar um evento cardiovascular, o objetivo é reabilitar-se e adaptar-se ao novo estilo de vida, mas, para isto, a mudança de comportamentos e a gestão do cuidado se fazem necessários.

Nesta perspectiva, é necessária mudança comportamental, com avanços no controle dos sintomas, monitorização, dieta e atividade física e melhor adesão medicamentosa (MENG *et al.*, 2016).

Portanto, as afirmações relacionais da TMA Enf-RCV revelam associação entre conceitos, que juntos fundamentam pressupostos e proposições.

6.4 TEORIA DE ENFERMAGEM DE MÉDIO ALCANCE PARA REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR (TMA Enf-RCV)

A consolidação de uma teoria é o terceiro e último elemento necessário para sua construção. Para apresentar este elemento, optou-se pela estratégia de derivação teórica. A base para esta derivação é o uso da analogia para explicação ou predição sobre o fenômeno de um campo de explicação em um outro campo. Trata-se, então, de um caminho criativo, com a finalidade de desenvolver um novo saber voltado para instância da prática, em que necessidade de fundamentação teórica (WALKER; AVANT, 2005).

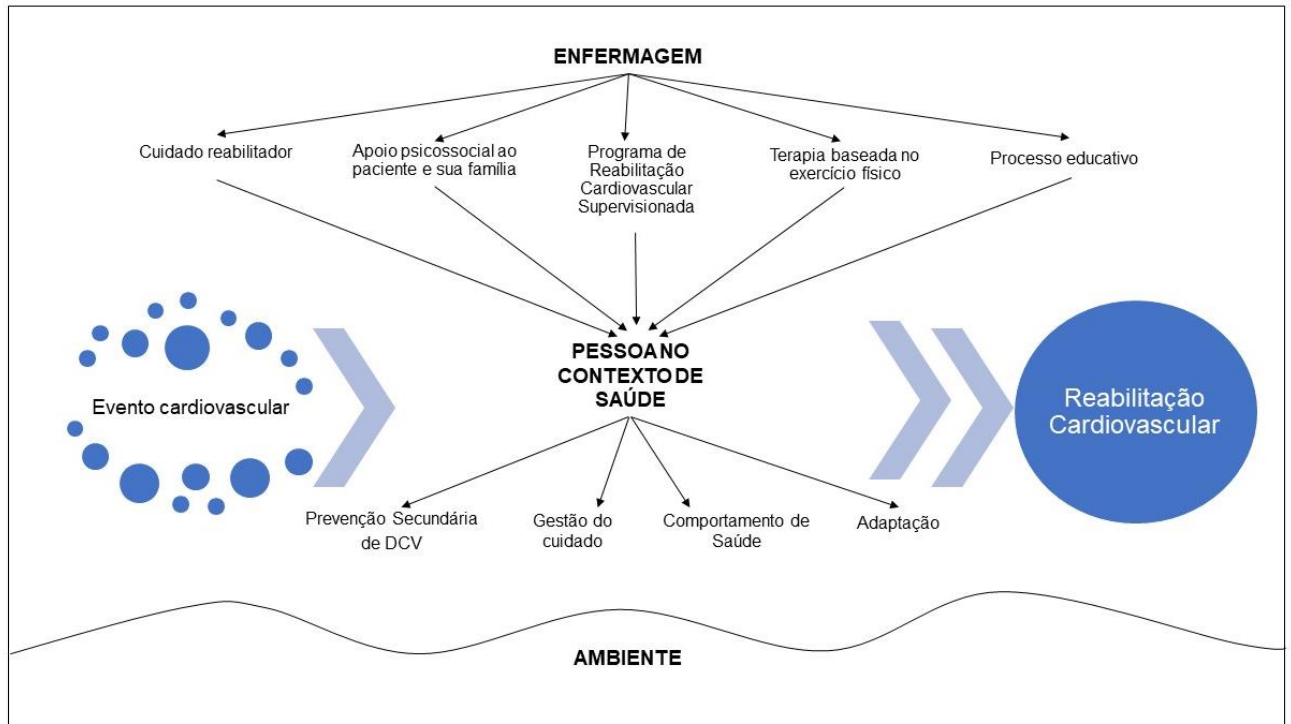
Ao considerar que se trata de uma teoria de médio alcance como referido, para esta etapa, foi utilizado o Modelo de Adaptação de Roy (MAR), tendo em vista que seu conceito principal, adaptação, guarda relação com as necessidades de obtenção de resultados positivos para o processo de RCV, qual seja, adaptação à nova condição de vida de uma pessoa que vivenciou um evento cardiovascular, preferencialmente pela via de plena reabilitação.

Considere-se que a teoria criada por Roy foi desenvolvida como guia para prática de enfermagem em um mundo com necessidades emergentes. Desta forma, o MAR contribui para o cuidado de enfermagem implementado a pacientes que, por algum estímulo, necessitam dos mecanismos de enfrentamento para o alcance de metas da adaptação.

Nessa perspectiva, a TMA-Enf RCV tem como finalidade contribuir para o cuidado de enfermagem implementado a pacientes em RCV que, por algum evento cardiovascular, necessitam ser estimulados para que assumam mecanismos de enfrentamento positivo no processo de RCV, para que atinjam a meta de adaptarem-se à nova condição de vida, reabilitando-se físico, psicológico e socialmente.

Nesse contexto, desenvolveu-se modelo que representa, graficamente, a finalidade proposta (Figura 13).

Figura 13- Modelo da TMA Enf-RCV



Fonte: própria autora.

Como descrito, o MAR vê a pessoa como um sistema holístico e adaptável. A entrada, no modelo teórico, sob a forma de estímulos do ambiente interno e externo, ativa mecanismos de resistência reguladores e cognitivos que atuam para manter a adaptação, por meio dos modos adaptativos. O resultado são as respostas comportamentais, que podem ser adaptáveis ou ineficazes (ROY, 2001).

Analogicamente ao descrito por Roy (2001), o modelo apresentado na Figura 13, que representa a graficamente a TMA Enf-RCV, apresenta ambiente em que o evento cardiovascular ocorre como estímulo que ativa os mecanismos de enfrentamento como cuidado reabilitador, terapia baseada em exercício, comportamento de saúde, apoio psicossocial, gestão do cuidado para o ocorrer da meta RCV. Para que o paciente, no contexto de saúde, assuma comportamento de saúde, de prevenção secundária, gerindo o cuidado para adaptação, com vistas a RCV. Para tanto, o enfermeiro (enfermagem) contribui com implementação de cuidado reabilitador, educando, apoiando e participando de Programas de Reabilitação Cardiovascular Supervisionados e de terapia baseadas em exercícios. Neste caso, o resultado são as respostas comportamentais de reabilitação, em que o paciente

retorna à vida cotidiana, sem dificuldades físicas, sociais, nem psicológicas; reabilitação parcial, na qual há retorno à vida cotidiana, com alterações em um mais aspectos físicos, sociais e ou psicológico; e não reabilitação, no qual não há o alcance da meta de retornar às atividades cotidianas, por dificuldades físicas, sociais e cotidianas.

Apresentada a TMA Enf-RCV, torna-se relevante descrever os pressupostos desta, como estão expostos a seguir.

6.4.1 Pressupostos da Teoria de Médio Alcance sobre Reabilitação Cardiovascular

Os pressupostos de uma teoria se caracterizam por notas tomadas como verdadeiras e são fundamentados naquilo que os teóricos consideram evidência (CHINN; KRAMER, 2010). A Teoria de Médio Alcance sobre Reabilitação Cardiovascular foi desenvolvida com base nos fundamentos teóricos do MAR e de acordo com os dados da literatura, desta forma, consideram-se os seguintes pressupostos:

- As pessoas são seres que podem vivenciar um evento cardiovascular e necessitam de cuidados reabilitadores para experienciarem o processo de RCV;
- O enfermeiro, quando baseado na TMA Enf-RCV, pode estimular estas pessoas a viverem um ambiente reabilitador que propicie melhoria a saúde;
- A TMA Enf-RCV explica o processo de RCV, bem como orienta o enfermeiro na implementação de cuidados que alcancem resultados adaptativos positivos;
- A estrutura conceitual da Teoria de Médio Alcance sobre Reabilitação Cardiovascular é composta por dez conceitos definidos, que se relacionam entre si, apresentando processo envolto por estímulos, mecanismos de enfrentamento e respostas, neste caso, como reabilitação, reabilitação parcial ou não reabilitação, a partir da capacidade de adaptação à nova condição de saúde;
- O processo de RCV é influenciado por diversos fatores biológicos, físicos, sociais e psicológicos da pessoa em reabilitação;

- O processo de RCV necessita da contribuição de outros profissionais da área da saúde, capacitados para implementação de cuidados reabilitadores.

6.4.2 Proposições da Teoria de Médio Alcance sobre Reabilitação Cardiovascular

São consideradas proposições declarações que descrevem a relação entre os conceitos dentro de uma teoria, como tal, permitem variedade de hipóteses a serem testadas empiricamente. As proposições para a Teoria de Médio Alcance sobre Reabilitação Cardiovascular incluem:

- Identificação de comportamentos reabilitadores e estímulos para reabilitação de pessoas que vivenciaram um evento cardiovascular;
- Viabilização do estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, com vistas à reabilitação e ao planejamento do cuidado reabilitador;
- Envolvimento da implementação de intervenções dirigidas à pessoa pós evento cardiovascular, com vistas à reabilitação física, social e psicológica, tornando-a capaz de manter as atividades cotidianas.
- Condução da gestão do cuidado reabilitador, tanto pelo paciente e família, quanto por enfermeiros.
- Envolvimento de cuidados reabilitadores, que podem ser implementados em diversos ambientes, inclusive em Programas de RCV, com a utilização de terapia baseada em exercício, apoio psicossocial ao paciente, família e processos educativos, auxiliando o paciente a atingir a readaptação.
- Se não houver a implementação de cuidados reabilitadores, fazendo uso de terapia baseada em exercício, apoio psicossocial ao paciente e família e processos educativos o processo de RCV, não atingirá o objetivo, e o paciente não se reabilitará com eficiência;
- O alcance da RCV pelo paciente representa o alcance da meta de adaptação.

6.4.3 TMA Enf-RCV: possibilidade de implementação

Sistematizar pressupõe a organização em um sistema que, por sua vez, implica um conjunto de elementos dinamicamente inter-relacionados. Tais elementos são compreendidos, no caso da sistematização da assistência, por um conjunto de ações, sequência de passos, para alcance de determinado fim (CARVALHO; BACHION, 2009).

De acordo com a Resolução COFEN nº 358/2009, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a forma de organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE). Deste modo, o PE é instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional.

Para organização metodológica da SAE, o Processo de Enfermagem se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, quais sejam, Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação; e Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009).

De acordo com a mesma Resolução, a implementação do PE deve ser fundamentada em suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Nessa direção, a TMA Enf-RCV apresenta, de forma própria, o PE com base no MAR de Roy. No entanto, considerando a Resolução referida, que orienta a prática sistematizada no Brasil, os seis passos do método da teórica Roy foram adaptados para as cinco etapas propostas pelo Conselho Federal de Enfermagem, conforme apresentado no Quadro 10.

Quadro 10 - PE de acordo com ROY, Resolução COFEN 358/2009 e a TMA Enf-RCV

MAR	Resolução COFEN 358/2009	TMA Enf-RCV
Avaliação do comportamento	Coleta de dados de Enfermagem	Avaliação do comportamento reabilitador e estímulo para RCV
Avaliação do estímulo	Diagnóstico de Enfermagem	Diagnóstico de Enfermagem
Diagnóstico de Enfermagem	Planejamento de Enfermagem	Planejamento do cuidado reabilitador
Estabelecimento do objetivo	Implementação	Intervenção reabilitadora de enfermagem
Intervenção	Avaliação de Enfermagem	Avaliação do cuidado reabilitador
Avaliação		

Fonte: própria autora.

Na primeira etapa, avaliação do comportamento reabilitador e estímulo para RCV. O único indicador de que a pessoa consegue ou conseguiu reabilitar-se é o seu comportamento. Assim, nesta primeira etapa, serão levantados dados sobre o estado atual de reabilitação física, psicológica e social, com base nos indicadores empíricos do conceito RCV apresentados na primeira fase de desenvolvimento da TMA Enf-RCV.

Para avaliação do comportamento reabilitador, existem alguns aspectos importantes que os enfermeiros precisam saber: como avaliar estes comportamentos; compará-los com os critérios específicos para avaliar a contribuição na manutenção da integridade e identificar os pontos fortes e as resistências identificadas (ROY, 2001).

Ao avaliar o comportamento, o enfermeiro observa sistematicamente se as respostas são reabilitadoras ou não, de acordo com os modos adaptativos, também classificados nos indicadores empíricos do conceito RCV, apresentados na primeira fase de desenvolvimento da TMA Enf-RCV.

A comunicação efetiva entre o enfermeiro e a pessoa cuidada que vivenciou um evento cardiovascular é relevante durante todo o PE, sem a comunicação, a eficácia de todas as ações de enfermagem é questionável (ROY, 2001).

De forma complementar à primeira etapa, aplica-se a avaliação do estímulo. Aqui, o evento cardiovascular como estímulo focal para necessidade de RCV, terá o mesmo objetivo da primeira etapa apresentada, ou seja, promover a RCV. Além do estímulo focal evidenciado, existem os estímulos residuais e contextuais que influenciam a ocorrência do evento cardiovascular, ou seja, fatores de risco modificáveis, como tabagismo, sedentarismo, obesidade e alimentação inadequada; e fatores de risco não modificáveis, como idade, raça e hereditariedade.

Considerando estímulo como aquilo que promove uma resposta, é avaliado com relação ao comportamento analisado. Para isto, é necessária observação perceptiva, medição e entrevista. Em muitas situações, o estímulo pode ser alterado pela pessoa ou enfermagem, por meio de ações planejadas e sistematizadas.

Na TMA Enf-RCV, destaca-se, por exemplo, a implementação de processos educativos, apoio psicossocial ao paciente e família, terapia baseada em exercício físico e a participação em programas de RCV supervisionados ou não, são estímulos que contribuem para mudança do comportamento de saúde, apresentando-se como reabilitador.

O efeito que o estímulo tem sobre o comportamento reabilitador é singular, ou seja, cada pessoa pode apresentar resposta diferente. Esta avaliação contribui para compreensão do contexto e significado do mundo do indivíduo (ROY, 2001).

Na segunda etapa, diagnóstico de enfermagem, é a fase de identificação de problemas, na qual os comportamentos devem ser interpretados. Esta interpretação é alcançada através da análise dos comportamentos e estímulos avaliados.

Diagnóstico de enfermagem é considerado como um processo de avaliação que resulta em uma afirmação. De acordo com o objetivo a ser atingido, tem como finalidade contribuir positivamente no alcance da RCV (ROY, 2001).

Roy (2001) descreve três formas de estabelecer um diagnóstico de enfermagem, a partir dos dados coletados nas duas etapas anteriores de avaliação. Na TMA Enf-RCV, optou-se pela segunda forma explanada, a qual apresenta-se a avaliação da informação (comportamento e estímulo), associada com um modo adaptativo.

A terceira etapa, estabelecimento do objetivo, é implementada logo após a avaliação do comportamento e estímulo apresentado pela pessoa, bem como após a formulação do diagnóstico de enfermagem. O estabelecimento do objetivo é definido

como a determinação de afirmações claras de resultados comportamentais nos cuidados de enfermagem para pessoa (ROY, 2001).

O objetivo a ser estabelecido pode ser a longo ou curto prazo para identificar um resultado comportamental que promove a RCV. A designação dos objetivos é relativa à situação em questão. Esta etapa designa não apenas o comportamento a ser observado, mas a forma como o comportamento mudará e a extensão do tempo no qual o objetivo deverá ser atingido (ROY, 2001).

A quarta etapa, intervenção, uma vez estabelecidos os objetivos relativos aos comportamentos de RCV, o enfermeiro deverá determinar como intervir para auxiliar a pessoa a atingir estes objetivos. Uma vez selecionada uma das abordagens adequadas para intervenção em enfermagem, o enfermeiro deverá determinar e iniciar os passos que servirão para alterar o estímulo adequadamente.

Ao implementar a intervenção de enfermagem, o enfermeiro procede depois à avaliação da eficácia.

A avaliação, última etapa do PE, envolve a apreciação da eficácia da intervenção de enfermagem em relação ao comportamento da pessoa. O objetivo determinado no quarto passo foi atingido? Para isto, o enfermeiro avalia o comportamento da pessoa depois das intervenções terem sido implementadas. A intervenção é julgada efetiva se o comportamento da pessoa for de encontro aos objetivos iniciais, a RCV.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo desenvolveu uma teoria de médio alcance de Enfermagem para Reabilitação Cardiovascular, que tem como finalidade contribuir para o cuidado de enfermagem implementado a pacientes em RCV que, por algum evento cardiovascular, necessitam dos mecanismos de enfrentamento para o processo de reabilitação.

É uma teoria predominantemente dedutiva, ou seja, desenvolvida por meio de um estudo teórico e com base na prática de enfermagem, utilizando as estratégias metodológicas de Walker e Avant (2005) e o referencial teórico do MAR (2001).

Com pressuposto na estrutura conceitual, a referida teoria compõe-se por onze conceitos relacionados entre si, apresentando um processo envolto por estímulos, mecanismos e respostas.

A TMA Enf-RCV se propõe a fundamentar o processo de cuidar dirigido às pessoas pós evento cardiovascular, com vistas à reabilitação física, social e psicológica, tornando-a capaz de manter as atividades cotidianas. A TMA Enf-RCV é necessária após um evento cardiovascular, exigindo e promovendo mudanças de comportamentos de saúde e gestão do cuidado pelo paciente e família, com contribuição do enfermeiro e da enfermagem.

O fenômeno RCV e os conceitos que compõem a TMA Enf-RCV foram identificados e definidos a partir da realização de uma revisão integrativa. Desta forma, após a análise do conceito, entendeu-se a Reabilitação Cardiovascular como um processo de que envolve a implementação de intervenções dirigidas à pessoa pós evento cardiovascular, com vistas à reabilitação física, social e psicológica, tornando-a capaz de manter as atividades cotidianas.

Salienta-se que a referida teoria é composta pelos conceitos de Reabilitação Cardiovascular, Adaptação, Apoio Psicossocial ao Paciente e Família, Comportamento de Saúde, Cuidado de Enfermagem Reabilitador, Evento Cardiovascular, Gestão do Cuidado, Prevenção Secundária de DCV, Processo Educativo, Programa de Reabilitação Cardiovascular Supervisionada, Risco Cardíaco e Terapia Baseada no Exercício Físico.

As evidências científicas da revisão integrativa também foram base para articulação das afirmações relacionais, dos pressupostos e das proposições da TMA Enf- RCV. Para consolidação da TMA Enf-RCV, utilizou-se a estratégia de derivação

do MAR, o qual, a partir da definição do fenômeno adaptação, pôde-se conduzir à definição do conceito Reabilitação Cardiovascular na TMA elaborada.

Nesse contexto, como possibilidade de implementar a TMA desenvolvida, foi estabelecido o PE, para o qual estabeleceu-se adaptação entre o PE estabelecido pelo MAR e pela Resolução COFEN 358/2009. Assim, constituem-se como etapas do PE orientado pela TMA Enf-RCV a avaliação do comportamento reabilitador e estímulo para RCV, diagnóstico de enfermagem, planejamento do cuidado reabilitador, intervenção reabilitadora de enfermagem e avaliação do cuidado reabilitador.

É interessante pontuar que o processo de validação de TMA exige do teórico conhecimentos, habilidades e atitudes com relação ao fenômeno trabalhado e comprometimento a longo prazo com o estudo, tendo em vista que é um processo delongado e que envolverá outros participantes, em especial, pacientes cuidados a partir do suporte teórico.

Apresenta-se como limitação desta pesquisa a carência de validação clínica do que é teorizado. Desta forma, a TMA Enf- RCV passará, oportunamente, com validação teórica e empírica, para que os pressupostos sejam tomados como verdadeiros. Pretende-se que esta etapa se desenvolva em programa de doutoramento.

Desta forma, salienta-se que desenvolver uma TMA foi um desafio, que necessita do teórico, da criatividade e do envolvimento com o fenômeno trabalhado, porém o resultado é gratificante, na medida em que pode contribuir para o avanço da ciência Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALLIGOOD, M.R. **Nursing theorists and their work**. 8. ed. New York: Elsevier Health Sciences, 2014.

ALMEIDA, M.C.P. de; ROCHA, J. S.V. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ALTENHOFEN, V; LIMA, N.B.; CASTRO, E.K. Percepção da doença em pacientes cardíacos: uma revisão sistemática. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 7, n. 2, p. 45-63, dez. 2016. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072016000200004&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 15 jul. 2018.

ANDRADE, L.T. et al. Papel da enfermagem na reabilitação física. **Rev Bras Enferm.**, v.63, n.6, p.1056-60, 2010.

ANDRADE et al. A avaliação do tempo de espera do eletrocardiograma inicial em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. **Rev enferm UERJ.**, v.23, n.4. p.443-8, 2015.

ARAÚJO, C.G.S. Reabilitação cardíaca: muito além da doença coronariana. **Arq Bras Cardiol.**, v.105, n.6, p.549-551, 2015.

ARUTO, G.C.; LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. Melhores práticas no cuidado à pessoa com doença cardiovascular: interface entre liderança e segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, p.01-09. Disponível em: < <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45648> >. Acesso em: 29 jul. 2017.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR-AACVPR. Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs. 4th ed. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers, Inc; 2004.

ASSOCIAÇÃO BRITÂNICA DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR. **The BACPR Standards and Core Components for Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation 2012**. 2. ed. BACPR, 2012.

ASTIN, F.; et al. Education for nurses working in cardiovascular care: A European survey. **Eur J Cardiovasc Nurs.**, v.13, n.6, p.532-40, 2014. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2435765> >. Access on: 27 may 2018.

BATISTA, A.H.; SANTIAGO, M.A.M.T; MATIAS, R.C. Teoria de adaptação- Callista Roy. In: BRAGA, C.G.; SILVA,J.V. **Teoria de Enfermagem**. São Paulo: látria, 2011.

BENETTI, M.; ARAÚJO, C.L.P.; SANTOS, R.Z. Aptidão Cardiorrespiratória e Qualidade de Vida Pós-Infarto em Diferentes Intensidades de Exercício. **Arq Bras**

Cardiol., v.95, n.3, p.399-404, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop08810> >. Acesso em: 15 dez. 2017.

BERRY, J.R.S.; CUNHA, A.B. Avaliação dos Efeitos da Reabilitação Cardíaca em Pacientes Pós-Infarto do Miocárdio. **Rev Bras Cardiol.**, v.23, n.2, p.101-110, 2010. Disponível em: < http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2010_02/a2010_v23_n02_02johnberry.pdf >. Acesso em: 15 dez. 2017.

BYRNE G., MURPHY F. Cardiac rehabilitation for patients with chronic kidney disease. **Journal of Renal Care**, v.36, n.Suppl. 1, p. 154–162, 2010. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20586911> >. Access on: 27 maio 2018.

BRASIL. Decreto-Lei nº 161, de 04 de setembro de 1996. Regulamento do exercício profissional dos Enfermeiros. **Diário da Republica** – 1ª Série A, n. 205, 4-9-1996, p.2961.

BONIN, C.D.B. et al. Conhecimento sobre a insuficiência cardíaca em participantes e não participantes de reabilitação. **Int J Cardiovasc Sci.**, v. 29, n.6, p. 453-459, 2016. Disponível em:< <http://www.onlineijcs.org/sumario/29/pdf/v29n6a05.pdf> >. Acesso em: 05 ago. 2017.

CAMPONOGARA, S. et al. O processo de adoecimento sob a ótica de usuários de um Programa de Reabilitação Cardíaca. **Rev Enferm UFPI**, v. 3, n.3, p.12-20, 2012.

CAMPONOGARA, S. et al. Perfil de pacientes em reabilitação cardíaca: Contribuições para a ação educativa da enfermagem. **Biblioteca Lascasas**, v. 10, n.3, p.01-26, 2014. Disponível em:< <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0798.php> >. Acesso em: 06 ago. 2017.

CARPER, B. Fundamental patterns of knowing in nursing. **Adv Nurs Sci.**, v.1, n.1, p. 13-23, 1978. Available from: < http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Citation/1978/10000/Fundamental_Patterns_of_Knowing_in_Nursing.4.aspx >. Access on: 27 jul. 2017.

CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n.3, p.466, 2009. Available from: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm> >. Acesso em: 16 out. 2018.

CARO, A.J.M. et al. Autoeficacia percibida, rasgos de personalidad y biotipos previos a programa de rehabilitación cardíaca en atención primaria de salud. **Geriatr Nurs.**, v. 39, n.2, p.191-198. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28992976> >. Access on: 27 maio 2018.

CARTLEDGE, S. et al. Understanding patients and spouses experiences of patient education following a cardiac event and eliciting attitudes and preferences towards incorporating cardiopulmonary resuscitation training. A qualitative study. **J Adv Nurs.**, v. 74, n.5, p.1157-1169, 2018. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29315731> >. Access on: 27 may 2018.

CARTLEDGE, S.H.; et al., Do Cardiac Rehabilitation Programs Offer Cardiopulmonary Resuscitation Training in Australia and New Zealand? **Heart**, v.25, n.6, p.607-12, 2016. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26795635> >. Access on: 27 may 2018.

COELHO, S.M.S.; MENDES, I.M.D.M. Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. **Esc Anna Nery**, v.15, n.4, p. 845-850, 2011.

CONNOLLY, S.B.; et al. Outcomes of an integrated community-based nurse-led cardiovascular disease prevention programme. **Heart**, v.103, p.840–847, 2017. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28255098> >. Access on: 27 may 2018.

CORTES, O.; VARELA, L. Primera caminata durante la hospitalización de pacientes con Infarto Agudo del Miocardio. **Salud UIS**, v.41, p. 59-68, 2009.

CHEN, H.M.; LIU, C.K.; CHEN, H.W.; SHIA, B.C.; CHEN, M.; CHUNG, C.H. Efficiency of rehabilitation after acute myocardial infarction. **Kaohsiung Journal of Medical Sciences**, v.31, n.7, p. 351-357, 2015. Available from:< [http://www.kjms-online.com/article/S1607-551X\(15\)00119-9/fulltext](http://www.kjms-online.com/article/S1607-551X(15)00119-9/fulltext) >. Access on: 07 may 2018.

CHINN, P.L.; KRAMER, M.K. **Theory and nursing: a systematic approach**. 4. ed. Missouri: Mosby; 2010.

CHRISTMANN, M. COSTA, C.C.; MOUSSALLE, L. Avaliação da qualidade de vida de pacientes cardiopatas internados em um hospital público. **Revista da AMRIGS**, v.55, n.3, p.239-243, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). Resolução Nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem, de 15 de outubro de 2009 (BR). 2009. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html >. Acesso em: 16 out. 2018.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DAVIDSON, P.M.; et al. Can a heart failure-specific cardiac rehabilitation program decrease hospitalizations and improve outcomes in high-risk patients? **European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation**, v17, n. 393-402, 2010.

Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20498608>>. Access on: 27 mai. 2018.

DELGADO, B.M. **Reabilitação funcional no doente com Insuficiência Cardíaca descompensada**. 2014. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) - Programa de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Bragança, Bragança, 2014.

DEMO, P. **Metodologia da investigação em educação**, Curitiba: Ibpex, 2005.

DIAZ, L.J.R.; CRUZ, A.L.M. Modelo de adaptação em um ensaio clínico controlado com cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n.4, p. e0970017, 2017.

DOLANSKY, M.A.; ZULLO, M.D.; HASSANEIN, S.; SCHAEFER, J.T.; MURRAY, P.; BOXER, R. Cardiac Rehabilitation in Skilled Nursing Facilities: a Missed Opportunity. **Heart Lung.**, v.41, n.2, p. 115-124, 2012. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3288539/6>>. Access on: 07 jul. 2018.

DOURADO, S.B.P.B.; BEZERRA, C.F.; ANJOS, C.C.N. Conhecimentos e aplicabilidade das teorias de enfermagem pelos acadêmicos **Rev. Enferm. UFSM**, v.4, n.2, p. 284-291, 2014. Disponível em:< <file:///C:/Users/Sinara/Downloads/9931-67234-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

FACULTAD DE ENFERMERÍA, Grupo de estudio. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. **Aquichan**, [S.l.], v. 2, n. 1, 2009. Disponible en: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18/36>>. Fecha de acceso: 01 ago. 2017.

FAWCETT, J. **Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories**. 3 ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2013.

FEINBERG, J.L. et al. A Mixed Methods Evaluation of the Feasibility and Acceptability of an Adapted Cardiac Rehabilitation Program for Home Care Patients. **Geriatric Nursing**, v.39, n.2, p.191-198, 2018. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28992976>>. Access on: 27 may 2018.

FERNANDEZ, R.S.; et al. Improving cardiac rehabilitation services — Challenges for cardiac rehabilitation coordinators. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v.10, n.20, p. 37–43, 2011.

FERNANDEZ, R.S.; DAVIDSON, P.; GRIFFITHS, R. Cardiac Rehabilitation Coordinators' Perceptions of Patient-Related Barriers to Implementing Cardiac Evidence-Based Guidelines. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v.23, n.5, p. 449-457, 2008. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19886876>>. Access on: 27 may 2018.

FRHMADER, T.J.; LIN, F.; CHABOVER, W. Patient perceptions of nurse mentors facilitating the Aussie Heart Guide: A home-based cardiac rehabilitation programme for rural patients. **Nurs Open**, v.3, n.1, p.41-50, 2015.]. Available from: < [10.1002/nop2.34](https://doi.org/10.1002/nop2.34)>. Access on: 30 jul. 2018.

GALBREATH, J.G. Sister Callista Roy. In: GEORGE, J.B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**.4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Rev Bras Enferm.**, v.57, n. 2, p. 228-32, 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a19v57n2> >. Acesso em: 08 ago. 2017.

GEORGE, J.B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**.4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GHISI, G.L.M. Desenvolvimento e Validação da Versão em Português da Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca **Arq Bras Cardiol.**, v.98, n.4, p.344-352, 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000025> >. Acesso em: 15 dez. 2017.

GHISI, G.L.M. et al. Avaliação do conhecimento de pacientes de reabilitação cardíaca: Brasil versus Canadá. **Arq Bras Cardiol.**, v.101, n.3, p.255-262, 2013.

GHOLAMI, M.; KHOSHNAJAB, M.F.; KHANKEH, H.R.; AHMADI, F.; MADDAH, S.S.B.; ARFAA, N.M. The Motivations of Iranian Patients With Cardiovascular Disease to Seek Health Information: A Qualitative Study. **Iran Red Crescent Med J.**, v. 18, n.5, p.6, 2016. Available from:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4939227/>>. Access on: 07 jul. 2018.

GIALLAURIA, F.; et al. Cardiac Rehabilitation in Very Old Patients: Data From the Italian Survey on Cardiac rehabilitation-2008 (ISYDE-2008)—Official Report of the Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation, and Epidemiology. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.**, v. 65, n.12, p.1353–1361, 2012.

GONÇALVES, F.D.P. et al. Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 1, p. 121-126, 2006. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000100016&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 15 jul. 2018.

GRACE, S.L.; BENNET, S.; ARDEM, C. CLARK, A. Cardiac Rehabilitation Series: Canada. **Prog Cardiovasc Dis.**, v.56, n.5, p. 530-535, 2014. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4559456/>>. Access on: 07 jul. 2018.

GROSSMAN, J.A.C. Cardiac Rehabilitation Enrollment and the Impact of Systematic Nursing Interventions for Postmyocardial Infarction and Stent Patients. **Clin Nurs Res.**, v.25, n.4, p.378-90, 2016. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26655562> >. Access on: 27 may 2018.

HANSEN, T.B.; et al. Cardiac rehabilitation patients' perspectives on the recovery following heart valve surgery: a narrative analysis. **J Adv Nurs.**,v.72, n.5, p.1097-108, 2016. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26799453> >. Access on: 27 may 2018.

HARBMAN, P. The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study. **Int J Nurs Stud.**, v.51, n.12, p.1542-56, 2014. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24836930> >. Access on: 27 may 2018.

HELSON, H. **Adaptation level theory**. New York: Harper & Row, 1964.

HOSSRI, C.A.C. et al. Múltiplos Benefícios da Reabilitação em Paciente com Insuficiências Cardíaca e Renal. **Arq Bras Cardiol.**, v.103, n.5, p.68-71, 2014.

KOLKABA, K. **Comfort Theory and Practice**: a vision for holistic health care and research. New York: Springer publishing company, 2003.

KRAUZER, I.M.; BROCARDO, D; SCARSI, T. A metodologia de Callista Roy aplicada em clientes submetidos à intervenção hemodinâmica. **R. Enferm. UFSM**, v. 1, n.2, p. 183-193, 2011.

KÜHR, E. et al. Cost-Effectiveness of Supervised Exercise Therapy in Heart Failure Patients. **Value in health**, v.14, p.100- 107, 2011. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21839879>>. Access on: 29 ago. 2017.

LAMBERTI M, R.A.T.T.I. G.; GERARDI, D.; CAPOGROSSO, C.; RICCIARDI, G.; FULGIONEC. et al. Work-related outcome after acute coronary syndrome: Implications of complex cardiac rehabilitation in occupational medicine. **Int J Occup Med Environ Health**, v. 29, n.4, p. 649-657, 2016. Available from: <[10.13075/ijomeh.1896.00643](https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00643)>. Access on: 07 jul. 2018.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: NFR/UFSC; Papa-livros, 1999.

MACEDO, J; ROCHA, A.; CORREIA, A.S. et al. Avaliação Subjectiva da Percepção de Esforço em Programas de Reabilitação Cardíaca: com que Podemos Contar para Prever a Tolerância ao Esforço? **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação**, v.22, n.2, 2012. Disponível em: < <https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/12> >. Acesso em: 15 dez. 2017.

MCEWEN, M.; WILLIS, E. M. **Bases teóricas de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MEDEIROS, L.P. et al. Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. **Rev. RENE**, v. 16, n. 1, p. 132-140, 2015. Disponível em: < http://www.redalyc.org/pdf/3240/324036185016_2.pdf >. Acesso em 02 ago. 2017.

MELEIS, A.I. **Theoretical Nursing: development and progress**. 5. ed. Philadelphia: Wolters Kulwer Health, 2012.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.4, p. 758-64, 2008.

MENG, K.; et al. The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation. **Patient Educ Couns.**, v.99, n.7, p.1190-1197, 2016. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26898600> >. Access on: 27 may 2018.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAES, T.P.R.; DANTAS, R.A.S. Avaliação do suporte social entre pacientes cardíacos cirúrgicos: subsídio para o planejamento da assistência de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.2, p.2007.

MOSLEH, S.M.; et al. Effectiveness of theory-based invitations to improve attendance at cardiac rehabilitation: A randomized controlled trial. **Eur J Cardiovasc Nurs.**, v.13, n.3, p.201-10, 2014. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23733348> >. Access on: 27 may 2018.

MOURA, D.J.M. **Cuidado clínico em enfermagem à luz da Teoria da Adaptação de Roy nas complicações da Hipertensão Arterial**. 2010. 90 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos de Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

MUSSI, F.C. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.5, 2004. Available from: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000500008> >. Access on: 07 jul. 2018.

NATIONAL HEART FOUNDATION OF AUSTRALIA & AUSTRALIAN CARDIAC REHABILITATION ASSOCIATION (2004) Recommended Framework for Cardiac Rehabilitation. National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association, Canberra, p1. Disponível em: < <https://www.heartfoundation.org.au/images/uploads/publications/Recommended-framework.pdf> >. Acesso em: 10 out. 2017.

NUNES, S.; REGO, G.; NUNES, R. O comportamento profissional e pessoal dos enfermeiros em contexto cardiovascular. **Revista de Enfermagem Referência**, v.3, n.4, p.97-105, 2011.

OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford Levels of Evidence 2. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. 2011. Available from: <<http://www.cebm.net/ocebm-levels-of-evidence/>>. Acesso em: 10 out. 2017

OLIVEIRA, M.F. **Enfermagem em Laboratório de Hemodinâmica**: prática clínica de diagnosticar e intervir fundamentada em Callista Roy. 2009. 101 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos de Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

OLIVEIRA, V.L. de, et al. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. **Invest Educ Enferm.**, v. 25, n.2, p: 108-115, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Doenças Cardiovasculares**, 2016. Disponível em:<

http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839>. Acesso em: 30 jul. 2017.

PESSOA, B.V. et al. Teste do degrau e teste da cadeira: comportamento das respostas metabólo-ventilatórias e cardiovasculares na DPOC. **Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 25, n. 1, p. 105-115, Mar. 2012. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502012000100011&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 15 dez. 2017.

PETTO, J. et al. Fatores de Impedimento ao Encaminhamento para a Reabilitação Cardíaca Supervisionada. **Rev Bras Cardiol.**, v. 25, n.5, p. 364-68, 2013. Disponível em:< http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/RBC_26_05_82_Jefferson_Petto.pdf >. Acesso em: 04 ago. 2017.

PHILLIPS, K.D. Irmã Callista Roy: Modelo de Adaptação. In: Tomey AM, Alligood MR. **Teóricas de enfermagem e a sua obra**: modelos e teorias de enfermagem. Loures: Lusociência; 2004. p. 335 - 33.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

POLLOCK, S. Resposta humanas às doenças crônicas: adaptações fisiológicas e psicossociais. **Nursing Reseach**, v. 35, p. 90-95, 1986.

PRIMO CC. Teoria de médio alcance de amamentação: tecnologia para o cuidado. 2015. 174 f. Tese (Escola de Enfermagem Anna Nery) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ROCHA, L.A. **Cuidado clínico de enfermagem a pessoas com Insuficiência Cardíaca**: relação entre Diagnósticos NANDA, modos adaptativos de Roy e intervenções da NIC. 2008. 129 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos de Enfermagem e Saúde)- Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

RODRIGUES, D.P.; PAGLIUCA, L.M.F.; SILVA, R.M. Modelo de Roy na enfermagem obstétrica: análise sob a óptica de Meleis. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.25, n.2, p.165-75, 2004.

ROLFE, D.E. et al. Women's Experiences Accessing a Women-Centered Cardiac Rehabilitation Program A Qualitative Study. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 25, n. 4, p 332-341, 2010.

ROY. C. Future of the Roy Model: Challenge to redefine adaptation. **Nursing Science Quarterly**, v. 10, n. 1, p. 42-48, 1997.

ROY, C. **The Theory adaptation model**. 3. ed. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson, 2009.

ROY, C. Extending the Roy Adaptation Model to Meet Changing Global Needs. **Nursing Science Quarterly**, v.24, n.4, p.345-51, 2011.

ROY, S.C.; ANDREWS, H.A. **The Roy adaptation model**. 2 ed. Stamford: Appleton & Lange, 1999.

ROY, C.; ANDREWS, H.A. **Teoria da Enfermagem**: modelo da adaptação de Roy. Porto Alegre: Instituto Piaget; 2001.

SERRANO JÚNIOR, C.V. et al. Obesidade e doença arterial coronariana: papel da inflamação vascular. **Arq Bras Cardiol.**, v. 94, n.2, p.273-279, 2010.

SCHOELLER, S.D.; LEOPARDI, M.T.; RAMOS, F.S. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 88-96, jan. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2013/1515>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

SCHOELLER, S.D. et al. **Pesquisa em enfermagem de reabilitação: apontamentos da realidade brasileira**. In: GOMES, Bárbara et al. Investigação em enfermagem de reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados. Porto. Escola Superior de Enfermagem, 2014. p. 36-45.

SILVEIRA, L.C. et al. Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. **Esc Anna Nery**, v.17, n.3, p.548 – 554, 2013.

SIMÃO, A.F. et al. I Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Resumo Executivo. **Arq Bras Cardiol.**, v.102, n.5, p.420-431, 2014. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2014/10205/pdf/10205002.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

SOARES, D.A. et al. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. **Acta Paul Enferm.**, v. 21, n.2, p. 243-8, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular (fase crônica). **Arq Bras Cardiol.**, v. 69, n.4, p.267-288, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz de Reabilitação Cardíaca. **Arq Bras Cardiol.**, v. 84, p.431-40, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica: Aspectos Práticos e Responsabilidades. **Arq Bras Cardiol.**, v. 86, n.5, p.448-52, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz sul-americana de prevenção e reabilitação cardiovascular. **Arq. bras. cardiol.**, v. 103. supl.1, p.1-31, 2014.

SOUZA-RABBO, M.P. et al. O papel de uma equipe multidisciplinar em programas de reabilitação cardiovascular. **Ciência em Movimento**, Ano XII. Nº 23, 2010/1. Disponível em: < <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ipa/index.php/RS/article/view/98/62> >. Acesso em: 30 jul. 2017.

SOUZA, E.N. et al. Preditores de Mudança na Qualidade de Vida após um Evento Coronariano Agudo. **Arq Bras Cardiol.**, v.91, n.4, p.252-259, 2008.

SOUZA, C.A. et al. Reabilitação cardiopulmonar e metabólica na atenção primária em saúde: é possível? **R. bras. Ci. e mov.**, v. 23, n.1, p.164-171, 2015. Disponível em: < <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/4945/3706> >. Acesso em: 05 ago. 2017.

STONE, J.A.; ARTHUR, H.M. Canadian Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Cardiovascular Disease Prevention, second edition, 2004: Executive summary. **Can J Cardiol.**, v.21:3D-19D, 2005. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16292> >. Acesso em: 10 out. 2017.

TILLER, S.; et al. Cardiac Rehabilitation: beginning at the bedside. **J Cardiopulm Rehabil Prev.**, v33, n.3, p.180-4, 2013. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23389030> >. Access on: 27 may 2018.

TURK-ADAWI, K.I.; TERZIC, C.; BIAMORSON-WEHRENS, B.; GRACE, S.L. Cardiac rehabilitation in Canada and Arab countries: comparing availability and program characteristics. **BMC Health Serv Res.**, v.15, n.50, p. 521, 2015. 50 Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4660793/>>. Access on: 07 jul. 2017.

URRUTIA, I.B.; SUAZO, S.V.; CARRILLO, K.S. Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre la modificación de factores de riesgo coronarios. **Ciencia y enfermería**, v.20, n.3, p. 4, 2014.]. Available from:< <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300005> >. Access on: 07 jul. 2017.

VALE, E.G.; PAGLIUCA, L.M.F.; QUIRINO, R.N.R. Saberes e prática em enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 13, n. 1, p. 174-80, 2009.

VIEIRA, A.N.; SILVEIRA, L.C.; FRANCO, T.B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. **Trab. Educ. Saúde.**, v. 9 n. 1, p. 9-24,2011.

VIEIRA, A.; et al. Kinect system in home-based cardiovascular rehabilitation. **J Engineering in Medicine**, v.231, n.1, p. 40–47, 2017. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27913628> >. Access on: 27 may 2018.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Parlo Alegre: Sagra Luzzato, 1998.

WALDOW, V.R.; FENSTERSEIFER. L,M. Saberes da enfermagem - a solidariedade como uma categoria essencial do cuidado. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 15, n.3, p. 629-32, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300027 >. Acesso em: 28 jul 2017.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 4 ed. United States of America: Pearson, 2005.

WANG, W.; et a.Health care professionals' perceptions of hospital-based cardiac rehabilitation in mainland China: an exploratory study. **Journal of Clinical Nursing**, v.18,n. 24p. 3401–3408, 2009. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19886876>>. Access on: 27 may 2018.

WESTLAND, H.; BOS-TOUWEN, I.D.; TRAPPENBURG, J.C.A.; SHRODER, C.D.; WIT, N.J.; SCHUURMANS, M.J. Unravelling effectiveness of a nurse-led behaviour change intervention to enhance physical activity in patients at risk for cardiovascular disease in primary care: study protocol for a cluster randomised controlled trial. **Trials**. v.18, n.7, 2017. Available from:<[10.1186/s13063-017-1823-9](https://doi.org/10.1186/s13063-017-1823-9)>. Access on: 07 jul. 2017.

WEST, R.; JONES, D. Cardiac rehabilitation and mortality reduction after myocardial infarction: the emperor's new clothes? Evidence against cardiac

Rehabilitation. **Heart**, v.99, n.13, p.909-11, 2015. Available from: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23644410> >. Access on: 27 may 2018.

WONG, W.P.; et al. A systematic review of economic evaluations of cardiac rehabilitation **BMC Health Services Research**, v.12, n.243, 2012. Available from: <
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/243> >. Access on: 27 may 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases: report of a WHO Expert Committee, 1964. Available from: <
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40577/1/WHO_TRS_270.pdf >. Access on: 30 jul 2017.

YEE,J.; et al. Primary care provider perceptions of intake transition records and shared care with outpatient cardiac rehabilitation programs. **BMC Health Services Research**, v.11, n.231, p. 1-9, 2011. Available from: <
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/231> >. Access on: 27 may 2018.