

Isabella de Oliveira Nascimento

**ESTUDO QUALITATIVO SOBRE AS PERCEPÇÕES DE CORONARIOPATAS
SOBRE DOIS MODELOS DE REABILITAÇÃO CARDÍACA**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Educacional da UFMG

2019

Isabella de Oliveira Nascimento

**ESTUDO QUALITATIVO SOBRE AS PERCEPÇÕES DE CORONARIOPATAS
SOBRE DOIS MODELOS DE REABILITAÇÃO CARDÍACA**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Desempenho Funcional Humano

Linha de Pesquisa: Desempenho Cardiorrespiratório

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Raquel Rodrigues Britto

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Marcella Guimarães Assis

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia ocupacional da UFMG

2019

N244e Nascimento, Isabella de Oliveira
2019 Estudo qualitativo sobre as percepções de coronariopatas sobre dois modelos de reabilitação cardíaca. [manuscrito] / Isabella de Oliveira Nascimento – 2019.
85 f., enc.: il.

Orientadora: Raquel Rodrigues Britto
Coorientadora: Marcella Guimarães Assis

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
Bibliografia: f. 55-60

1. Doenças Cardiovasculares – Teses. 2. Reabilitação – Teses. 3. Qualidade de vida – Teses. 4. Capacidade funcional – Teses. I. Britto, Raquel Rodrigues. II. Assis, Marcella Guimarães. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. IV. Título.

CDU: 616.24



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA ISABELLA DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Realizou-se, no dia 09 de setembro de 2019, às 14:00 horas, Auditório Maria Lúcia Paixão, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *ESTUDO QUALITATIVO SOBRE AS PERCEPÇÕES DE CORONARIOPATAS SOBRE DOIS MODELOS DE REABILITAÇÃO CARDÍACA*, apresentada por ISABELLA DE OLIVEIRA NASCIMENTO, número de registro 2017715659, graduada no curso de FISIOTERAPIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Raquel Rodrigues Brito - Orientador (Universidade Federal de Minas Gerais), Prof(a). Danielle Aparecida Gomes Pereira (UFMG), Prof(a). Lillian Pinto da Silva (Universidade Federal de Juiz de Fora).

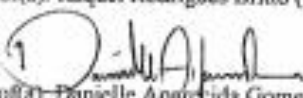
A Comissão considerou a dissertação:


Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 09 de setembro de 2019.


Prof(a). Raquel Rodrigues Brito (Doutora)


Prof(a). Danielle Aparecida Gomes Pereira (Doutora)


Prof(a). Lillian Pinto da Silva (Doutora)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

UFMG

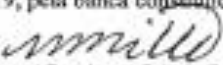
FOLHA DE APROVAÇÃO

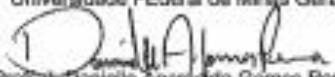
ESTUDO QUALITATIVO SOBRE AS PERCEPÇÕES DE CORONARIOPATAS SOBRE DOIS MODELOS DE REABILITAÇÃO CARDÍACA


ISABELLA DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO, área de concentração DESEMPENHO FUNCIONAL HUMANO.

Aprovada em 09 de setembro de 2019, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Raquel Rodrigues Britto - Orientador
Universidade Federal de Minas Gerais


Prof(a). Danielle Aparecida Gomes Pereira
UFMG


Prof(a). Lilian Pinto da Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Belo Horizonte, 9 de setembro de 2019.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter intercedido de forma tão primorosa em minha vida me conduzindo à essa sonhada oportunidade de um modo inimaginável. Obrigada por iluminar meu caminho o cercando de tantas pessoas especiais, que fizeram essa caminhada repleta de aprendizados e mais serena.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Raquel Rodrigues Britto, por ter me recebido e confiado em mim. Obrigada pela paciência e conhecimento compartilhado, suas colocações sempre construtivas contribuíram muito para meu crescimento profissional, sinto-me honrada e privilegiada em aprender com você.

À Prof^a. Dr^a. Marcella Guimarães Assis, minha coorientadora, pela disponibilidade e sua presteza em auxiliar com seu conhecimento, suas contribuições foram valiosas para realização desse trabalho. Durante todo o processo me senti segura e tranquila com seu auxílio. Admiro sua gentileza, seu modo compreensivo e a dedicação com que me acolheu.

Meu agradecimento especial aos meus pais, por sempre se esforçarem para investir na minha educação, acreditarem nos meus sonhos e me apoiarem incondicionalmente. À minha mãe Celeida, amor sem limites, por seu carinho e cuidado sempre. Ao meu pai Cláudio, que torce fervorosamente por cada uma de minhas conquistas, por ser incentivo e meu exemplo de determinação. Aos meus amados familiares que sempre torceram e rezaram pelo meu sucesso.

Às amigas queridas de todos momentos da vida, Mariana de Sá, Larissa Pessoa, Brena Carvalho, Carolina Coelho, Bárbara Martins, Emmanuelle Quites e Elisa Amaral pelo companheirismo, força, e por compreenderem minhas ausências. Obrigada por proporcionarem os momentos de diversão.

À peça fundamental nessa jornada, querida Chaiene Menezes, que não mediu esforços para me ajudar e vibrou em cada etapa desse processo. Àquelas que antes mesmo que eu entrasse no programa me encorajaram, Débora Pantuso e Maria Luiza Carvalho, o incentivo de vocês foi essencial e a amizade fez essa jornada mais agradável. Obrigada pelo carinho, conselhos e conversas confortantes.

À equipe do CEFET, em especial à Regina Rita de Cássia Oliveira, Maria Salete Guimarães Moreira e Vânia Aparecida de Paula Barros e Paula que me apoiaram nessa jornada, consentiram meus horários e viabilizaram para que fosse possível conciliar o trabalho e estudo. Aos colegas que também trilham nessa caminhada Paula Pereira de Souza, Matheus Bortolosso Bocardi e Dr. Márcio Geraldo Moreira Lima, e ao Dr. Gustavo Coutinho de Faria, agradeço por todas as discussões, reflexões, risadas, incentivos e parceria que me fazem uma pessoa e profissional melhor a cada dia. Sou muito grata por fazer parte dessa equipe e por estar perto de profissionais tão humanos.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, especialmente Patrícia Geisel e Alexandrina Nitz, por compartilharem ao longo desses anos os momentos de muito estudo e alguns de desespero, a amizade de vocês foi fundamental. À Ana Paula Lima, agradeço pelo companheirismo nessa jornada, obrigada pela disponibilidade para me ajudar sempre que precisei, por compartilhar seus conhecimentos, por dividir as ansiedades, os momentos alegres e as dificuldades do nosso dia-a-dia.

Aos professores, que contribuíram para que estivesse concluindo mais uma etapa da vida acadêmica, em especial à Prof^a. Dr^a. Danielle Aparecida Gomes Pereira exemplo de competência e dedicação profissional, obrigada por todos ensinamentos e oportunidades enriquecedoras que me proporcionou.

Aos profissionais do Setor de Reabilitação Cardiovascular e Metabólica do Hospital das Clínicas da UFMG por viabilizarem as coletas e aos alunos da graduação e iniciação científica pela oportunidade de aprender com vocês mais do que pude ensinar, pela paciência e prontidão para ajudar na pesquisa e na rotina do ambulatório. Aos voluntários dessa pesquisa, agradeço pela disponibilidade em participar desse estudo, sem a colaboração de vocês não seria possível a concretização desse trabalho.

Hoje encerro mais um ciclo em minha vida e só tenho a agradecer a contribuição de cada um que esteve ao meu lado durante essa caminhada, não conseguiria vencer esse desafio sem todo esse apoio.

“O que eu vi, sempre, é que toda ação principia mesmo é por uma palavra pensada. Palavra pegante, dada ou guardada, que vai rompendo rumo.”

(João Guimarães Rosa, Grande Sertão: Veredas 1994, p.245)

RESUMO

A reabilitação cardíaca (RC) é uma estratégia de cuidados multidisciplinares com vários componentes que incluem a prescrição de exercício físico e ações educacionais, e objetiva a melhora nas funções biopsicossociais com reduções na morbimortalidade do paciente cardíaco. Embora apresente amplos benefícios é subutilizada e apresenta taxas elevadas de abandono. Investigar as percepções dos pacientes sobre a RC pode contribuir para melhor entender as necessidades e expectativas dos usuários e contribuir para o refinamento da linha de cuidado dos coronariopatas, visando melhor resposta da utilização do serviço com aumento da adesão ao tratamento. Nesse sentido, essa dissertação de mestrado teve como objetivos compreender a percepção dos pacientes com doença arterial coronariana (DAC) sobre a participação em um programa de RC desenvolvido no Brasil, identificar os aspectos positivos e negativos do programa de RC e explorar se os pacientes que receberam ou não processo educativo sistematizado têm percepções diferentes sobre a RC. Trata-se de um estudo qualitativo, aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa. Participaram da pesquisa coronariopatas encaminhados para o Serviço de Reabilitação Cardiovascular do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais que concluíram há mais de dois anos um dos protocolos de RC, a saber: protocolo de exercícios físicos e protocolo mais abrangente composto pelos exercícios físicos e ações educacionais em grupo. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada individual, realizada por um único entrevistador e gravadas em equipamento digital. As entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas ao método de análise de conteúdo temática. Um total de 28 indivíduos foram entrevistados com base no princípio da saturação teórica, sendo 20 homens e 08 mulheres, com idades entre 47 e 74 anos (idade média $65,71 \pm 6,98$). Três categorias temáticas foram identificadas após análise criteriosa dos dados: aquisição de conhecimento, melhora na funcionalidade e bem-estar psicossocial. Este estudo mostrou que os indivíduos, dos dois protocolos de RC, percebem, a longo prazo, que o tratamento desenvolve o conhecimento acerca da sua doença, promove ganhos funcionais e bem-estar psicossocial, indicando abordagem eficaz do serviço com impacto e relevância na vida dos coronariopatas. O fato dos participantes do protocolo exercício, mesmo sem participarem de sessões educativas formais também identificarem na RC oportunidades de desenvolver o conhecimento, sugere que frequentar a RC, por si só, possibilita agregarem saberes através do convívio com os profissionais de saúde e com pacientes de condições de saúde similares, viabilizando trocas de experiências e oportunidades de sanar dúvidas.

Palavras-chave: Doença das Coronárias. Reabilitação Cardíaca. Prevenção Secundária. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Cardiac rehabilitation (CR) is a multi-component multi-disciplinary care strategy that includes exercise prescription and educational actions, and aims to improve biopsychosocial functions with reductions in cardiac patient morbidity and mortality. Although it has wide benefits it is underused and has high dropout rates. Investigating patients' perceptions of CR can contribute to better understand the needs and expectations of users and contribute to the refinement of the coronary disease care line, aiming at better response to the use of the service with increased adherence to treatment. In this sense, this master's dissertation aimed to comprehend the perception of patients with coronary artery disease (CAD) about their participation in a CR program developed in Brazil, identify the positive and negative aspects of the CR program and explore whether or not patients who received an educational process have different perceptions of CR. This is a qualitative study, approved by the Research Ethics Committee. Participated in the research coronary heart disease patients referred to the Cardiovascular Rehabilitation Service of the Hospital das Clínicas of the Federal University of Minas Gerais who completed more than two years ago one of the CR protocols, namely: physical exercise protocol and more comprehensive protocol composed of physical exercises and educational actions in group. Data were collected through individual semi-structured interviews conducted by a single interviewer and recorded on digital equipment. The interviews were fully transcribed and subjected to the thematic content analysis method. A total of 28 subjects were interviewed based on the principle of theoretical saturation, 20 men and 08 women, aged 47 to 74 years (average age 65.71 ± 6.98). Three thematic categories were identified after careful data analysis: knowledge acquisition, improved functionality and psychosocial well-being. This study showed that subjects from both CR protocols realize, in the long term, that treatment develops knowledge about their disease, promotes functional gains and psychosocial well-being, indicating an effective approach to the service with impact and relevance in the lives of coronary artery disease patients. The fact that participants of the exercise protocol, even without participating in formal educational sessions, also identify opportunities for the development of knowledge in CR, suggests that attending CR alone makes it possible to aggregate knowledge through coexistence with health professionals and with patients of different ages, similar health conditions, enabling exchange of experiences and opportunities to resolve doubts.

Keywords: Coronary disease. Cardiac rehabilitation. Secondary Prevention. Qualitative research.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
1.1	As Doenças Cardiovasculares (DCV)	9
1.2	Reabilitação Cardíaca (RC)	11
1.2.1	Exercício Físico	14
1.2.2	Educação Sistematizada	16
1.3	Serviço de Reabilitação Cardíaca do Hospital das Clínicas da UFMG	18
2	JUSTIFICATIVA	21
3	OBJETIVOS	23
3.1	Objetivo primário	23
3.2	Objetivos secundários	23
4	MÉTODOS E RESULTADOS.....	24
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS.....	55
	APÊNDICES.....	59
	Apêndice 1	60
	Apêndice 2	65
	Apêndice 3	66
	Apêndice 4	70
	ANEXOS	75
	Anexo A	76
	Anexo B	80
	Anexo C	81
	MINICURRÍCULO	82

PREFÁCIO

A presente dissertação de mestrado foi elaborada no formato opcional de acordo com a normatização estabelecida pela Resolução nº004/2018, de 03 de abril de 2018 do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Está estruturada em cinco seções.

A primeira seção compreende a introdução da dissertação que consiste na contextualização do tema, com revisão da literatura sobre as doenças cardiovasculares e a reabilitação cardíaca. Na segunda seção está descrita a justificativa do estudo e na terceira seção encontram-se os objetivos primários e secundários desta dissertação. Na quarta seção é apresentado o artigo científico intitulado “Percepções de coronariopatas sobre dois modelos de reabilitação cardíaca” no qual é descrita a metodologia e são apresentados os resultados provenientes do estudo realizado e a discussão. O artigo encontra-se redigido e formatado de acordo com as normas da revista *Patient Education and Counseling*, após a defesa e considerações da banca examinadora, o artigo será adequado, traduzido para língua inglesa e submetido ao referido periódico. Na quinta seção estão as considerações finais.

Na sequência, está a lista completa de referências utilizadas, formatadas de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Ao final, são apresentados os apêndices e anexos. No Apêndice 1 encontra-se o percurso metodológico expandido do estudo, que é apresentado para facilitar a compreensão da metodologia qualitativa utilizada, considerando que este é um método pouco utilizado por alguns profissionais da área de saúde. Para encerrar, é apresentado o minicurriculo da discente com as atividades desenvolvidas no período do mestrado.

1 INTRODUÇÃO

1.1 As Doenças Cardiovasculares (DCV)

As doenças cardiovasculares (DCV) configuram-se como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e compreendem um conjunto de disfunções que afetam o coração e/ou os vasos sanguíneos, elas incluem a doença coronariana, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, cardiopatia congênita e outras condições (WORLD HEALTH ORGANIZATION, [s.d.]). As DCV aparecem como as principais causas de morte no mundo e no Brasil, e são causa importante de incapacidade física e invalidez (JOSEPH *et al.*, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s.d.]; NASCIMENTO *et al.*, 2018; ROTH *et al.*, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2016 as DCV foram responsáveis pela morte de 17,9 milhões de pessoas, o que representa 31% de todas as mortes globais (JOSEPH *et al.*, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). A OMS aponta também que mais de três quartos das mortes por doenças cardiovasculares ocorrem em países de baixa e média renda (JOSEPH *et al.*, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, [s.d.]). No Brasil, estima-se que 383.961 dos óbitos ocorridos no ano de 2017 foram em decorrência de DCV, o que corresponde a aproximadamente 30% do total dos óbitos registrados e corroboram com as estatísticas mundiais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, [s.d.]).

Dentre as DCV a doença arterial coronariana (DAC) é a forma de apresentação mais comum (JOSEPH *et al.*, 2017; ROTH *et al.*, 2017). Estima-se que 9,4 milhões dos óbitos globais tenham ocorrido devido às DAC em 2016 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, [s.d.]). No Brasil, as doenças isquêmicas do coração somaram 116.133 mortes no ano de 2016 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s.d.]). O processo fisiopatológico central da DAC envolve o desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigênio para o metabolismo miocárdico, induzindo a isquemia em intensidades variadas do músculo cardíaco. A causa mais frequente dessa desproporção envolve o comprometimento do fluxo sanguíneo nas artérias coronárias em que a aterosclerose é o principal mecanismo envolvido. A formação da placa aterosclerótica é um processo crônico, progressivo, complexo e multifatorial. É caracterizado por resposta inflamatória e fibroproliferativa da parede arterial, com infiltração lipídica em resposta à agressão endotelial por diversos fatores de risco, como dislipidemia,

hipertensão arterial ou tabagismo (FALUDI *et al.*, 2017; FUCHS, 2016; LUZ; FAVARATO, 1999).

As manifestações clínicas da DAC geralmente se fazem notar nos estágios avançados da doença e podem incluir falta de ar e angina (FUCHS, 2016). A última é uma síndrome clínica caracterizada por dor ou desconforto nas regiões que podem incluir o tórax, epigástrico, mandíbula, ombro, dorso e membros superiores, usualmente os sintomas são desencadeados e/ou agravados durante o exercício físico ou em situações de estresse emocional, normalmente duram poucos minutos e melhoram com repouso (CESAR *et al.*, 2014). Frequentemente assintomático na maioria dos indivíduos, o evento coronariano agudo poder ser a primeira manifestação da doença (HERDY *et al.*, 2014).

A DAC desenvolve a partir de uma complexa interação entre fatores genéticos e ambientais. Vários fatores de risco são associados ao risco aumentado de desenvolver DAC, alguns deles não são passíveis de modificação e incluem idade, gênero, etnias e histórico familiar. Enquanto outros fatores de risco são passíveis de modificação através da adequada mudanças de comportamento e incluem o sedentarismo, a obesidade, dietas inadequadas, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), o tabagismo e o uso excessivo de álcool (BISCIGLIA *et al.*, 2019; JOSEPH *et al.*, 2017).

A OMS afirma que a maioria das DCV pode ser prevenida nas populações por meio da abordagem de fatores comportamentais de risco como o uso do tabaco, dietas inadequadas, sedentarismo e uso excessivo do álcool e estima que estratégias que envolvam adequadas mudanças no estilo de vida podem reduzir em até três quartos a mortalidade cardiovascular (WORLD HEALTH ORGANIZATION, [s.d.]). Para tanto, o investimento e implementação de políticas de saúde integradas que incluam prevenções primárias e secundárias de DCV é essencial para o seu controle e permitem que sejam salvas muitas vida (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Mudanças no perfil epidemiológico que incluem o controle das doenças infecciosas e materno-infantis, o aumento da expectativa de vida e a crescente urbanização, contribuíram para que as DCV ganhassem importância nos países de baixa e média renda (JOSEPH *et al.*, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2018; SCHMIDT *et al.*, 2011). No Brasil, os custos diretos e indiretos das DCV vêm aumentando nos últimos anos e é crescente a população que está convivendo com DCV por sobreviverem a eventos cardíacos (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017). A

morbidade da DAC tem implicações econômicas e sociais. Dados da OMS apontam um custo global atribuível as DCV em 2010 na ordem de 863 bilhões de dólares e estimam um aumento de 22% nos custos até 2030 (BLOOM *et al.*, 2011). Diante desse crescente impacto socioeconômico no Brasil e no mundo, as DCV são consideradas atualmente um problema de saúde pública global (BLOOM *et al.*, 2011; SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017).

Várias organizações mundiais buscam estratégias para reduzir os impactos sociais dessas doenças, melhorar a qualidade de vida e funcionalidade dos pacientes. A identificação dos fatores de risco mais prevalentes permitiu que programas de prevenção cardiovascular bem conduzidos em vários países a exemplo dos Estados Unidos, Canadá, Finlândia, Reino Unido, Austrália e Japão, conseguissem reduzir de forma expressiva a morbidade (re-internações) e a mortalidade por DCV (SIMÃO *et al.*, 2013). A partir desses resultados, a OMS lançou o Plano de Ação Global 25x25 que estabeleceu como meta de política de saúde global uma redução de 25% na mortalidade prematura por DCNT até o ano de 2025 (JOSEPH *et al.*, 2017). Para que se consiga atingir uma redução do impacto da DCV a abordagem das políticas de saúde deve abranger estratégias efetivas de prevenção, reabilitação e acompanhamento a longo prazo. No contexto da prevenção secundária, a reabilitação cardíaca (RC) destaca-se entre as terapias recomendadas para DAC devido seu impacto na morbimortalidade (KABBOUL *et al.*, 2018).

1.2 Reabilitação Cardíaca (RC)

Até 2030 estima-se que 84 milhões de pessoas serão diagnosticadas com DCV, observa-se uma melhora na sobrevida e um número crescente de pessoas vive com DCV, dessa forma eleva-se o número de indivíduos que necessitam de cuidados de prevenção secundária (PESAH *et al.*, 2017; SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017). Nesse cenário, a RC tem sido reconhecida na maioria das diretrizes internacionais como importante instrumento no cuidado integral do paciente com DCV, obtendo recomendação classe I (benéfica, útil e eficaz), com redução efetiva da recorrência de eventos e mortalidade cardiovascular (GRACE *et al.*, 2014; PIEPOLI *et al.*, 2016; SMITH *et al.*, 2011; WOODRUFFE *et al.*, 2015).

A RC é um programa de prevenção secundária, que deixou de ser exclusivamente prescrição de exercício e evoluiu como um programa abrangente

essencial no cuidado dos pacientes cardíacos que aborda todos os fatores de risco da DCV, proporciona educação e suporte psicossocial (KABBOUL *et al.*, 2018; MCMAHON; ADES; THOMPSON, 2017; PRICE *et al.*, 2016). Para tanto, é composta por equipe multiprofissional capacitada, que idealmente deve incluir médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e assistente social (HERDY *et al.*, 2014; KACHUR *et al.*, 2017; PRICE *et al.*, 2016). Objetiva a melhora fisiológica e psicológica do paciente cardíaco, o reabilitando de forma integral para retornar à vida ativa e produtiva, e o possibilitando alcançar o melhor nível de funcionalidade dentro das limitações impostas pelo seu processo patológico (RUY *et al.*, 2005). A RC promove a melhora da função cardíaca e aumento da tolerância ao exercício, com redução de sintomas cardiovasculares e níveis de ansiedade, depressão e estresse, dessa forma permite que o paciente mantenha e/ou recupere a independência nas atividades de vida diária e retorne ao trabalho, melhorando a qualidade de vida por meio da promoção de estilo de vida saudável e ativo (PRICE *et al.*, 2016).

A RC abrangente caracteriza-se por ser um modelo de cuidado com múltiplos componentes que abordam todos os fatores de risco para DCV. As sociedades de RC listaram os chamados “componentes centrais da RC” acordado através do Conselho Internacional de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular. Os componentes centrais da RC incluem o aconselhamento nutricional, modificação dos fatores de risco, gestão psicossocial, educação do paciente e exercício físico. Os resultados de uma revisão sistemática com metanálise demonstraram a fundamental importância do componente exercício físico da RC na redução da mortalidade e morbidade. Os resultados dessa metanálise também trouxeram evidências, pela primeira vez, que ressaltaram outros componentes centrais da RC principalmente educação do paciente e gestão psicossocial. O fornecimento da RC abrangente foi associado a reduções na mortalidade e morbidade. Dessa forma, recomenda-se corroborando com as orientações das principais diretrizes, que sejam fornecidos programas que incluam os componentes centrais (KABBOUL *et al.*, 2018).

A estrutura da RC pode ser dividida em três ou quatro fases, de acordo com a diretriz: fase I (hospitalar), fase II (ambulatorial) e fase III e IV (progressão e manutenção) (HERDY *et al.*, 2014; KACHUR *et al.*, 2017; MCMAHON; ADES; THOMPSON, 2017).

O ideal é que a reabilitação tenha início ainda durante a internação hospitalar, considerada a fase I da RC, imediatamente após a estabilização clínica do paciente.

Inclui a movimentação precoce do paciente em baixas intensidades, que objetiva prevenir a perda da capacidade física e evitar os efeitos deletérios do repouso prolongado. Além disso, durante essa fase já se faz importante trabalhar na educação do paciente e seus familiares, com a orientação sobre sua condição de saúde e os cuidados necessários, o que engloba a importância da RC ambulatorial. Devido a duração cada vez menor da permanência hospitalar, a fase I da RC tornou-se menos formalizada (HERDY *et al.*, 2014; KACHUR *et al.*, 2017; MCMAHON; ADES; THOMPSON, 2017).

A fase II da RC compreende o atendimento ambulatorial supervisionado, que tem início após a alta hospitalar, foca na melhora da capacidade funcional, recuperação da autoconfiança do paciente e controle dos fatores de risco. Tem duração de aproximadamente 3 meses ou 36 sessões, podendo ser variável de acordo com a demanda de cada paciente. É constituída da prescrição dos exercícios físicos estruturados de forma individualizada após criteriosa avaliação inicial e educação sistematizada do paciente para manejo dos fatores de risco (HERDY *et al.*, 2014; KACHUR *et al.*, 2017; MCMAHON; ADES; THOMPSON, 2017).

A fase III, conhecida como manutenção precoce, objetiva dar continuidade ao plano de exercícios prescritos na fase anterior com progressões na intensidade do exercício, a fim de aumentar e/ou manter a capacidade funcional e permanecer com o controle dos fatores de risco (HERDY *et al.*, 2014; MCMAHON; ADES; THOMPSON, 2017). A fase IV corresponde a manutenção a longo prazo e incorporação das mudanças como um estilo de vida permanentemente saudável, que engloba exercícios físicos ou atividades recreativas não necessariamente supervisionadas (HERDY *et al.*, 2014).

Os benefícios da RC, em um contexto de prevenção secundária, são amplamente descritos na literatura (ANDERSON *et al.*, 2016; HERDY *et al.*, 2014; KACHUR *et al.*, 2017; MCMAHON; ADES; THOMPSON, 2017). Estima-se que a participação na RC reduza a morbidade e mortalidade em 20% (CHAVES *et al.*, 2019; KABBOUL *et al.*, 2018). Os efeitos benéficos da RC incluem ainda redução de sintomas, melhora da capacidade funcional, melhora na qualidade de vida, melhor controle de diversos fatores de risco, e redução novos eventos (ANDERSON *et al.*, 2016; KABBOUL *et al.*, 2018; KACHUR *et al.*, 2017; YANG *et al.*, 2017). Apesar dos amplos benefícios conhecidos da RC a sua utilização infelizmente continua abaixo do ideal, estima-se que apenas 30% dos pacientes elegíveis participem dos programas.

Essa subutilização pode ser atribuída em parte às baixas taxas de encaminhamento pelos profissionais de saúde. Entretanto, mesmo entre indivíduos encaminhados à RC, poucos se inscrevem no programa e muitos deles não o concluem. Dentre os fatores que impactam na utilização da RC pode-se citar a distância, recursos financeiro, trabalho e outras restrições de tempo, sexo, idade, apoio social, depressão, percepção da doença (PIO *et al.*, 2019).

1.2.1 Exercício Físico

O exercício físico é um dos componentes centrais da RC e muitos dos benefícios da RC são derivados do exercício físico estruturado. Os exercícios promovem aumento do consumo máximo de oxigênio (VO₂ máx) e da resistência ou a capacidade de manter a atividade física por longos períodos de tempo. Além disso, tem vários outros potenciais efeitos benéficos, que incluem a melhora da função endotelial, fluxo de reserva miocárdica, redução do tabagismo, do peso corporal, dos lipídios sanguíneos e da pressão arterial, da depressão e ansiedade. Dessa forma, tem sido associado à redução da progressão da aterosclerose coronariana em pacientes com DAC, com redução dos sintomas de angina (KACHUR *et al.*, 2017; MCMAHON; ADES; THOMPSON, 2017).

A prescrição do exercício estruturado inclui tipo, intensidade, duração e frequência. O exercício aeróbico é uma recomendação característica de todas as diretrizes internacionais (PRICE *et al.*, 2016). Para a prescrição da intensidade do exercício é recomendado a realização prévia do teste de esforço durante a admissão no programa (MCMAHON; ADES; THOMPSON, 2017; PRICE *et al.*, 2016). Avaliações da capacidade funcional também podem ser realizadas e incluem o Teste de Caminhada de 6 Minutos e/ou o Shuttle Walking Teste (PRICE *et al.*, 2016). A intensidade do exercício aeróbico deve se ajustar ao quadro clínico, estratificação de risco e objetivos do paciente (HERDY *et al.*, 2014). Utiliza-se de 60-80% da frequência cardíaca (FC) máxima alcançada no teste ergométrico ou entre 50 a 70% da FC de reserva, sempre abaixo do limiar isquêmico (HERDY *et al.*, 2014). A duração deve ser de no mínimo 30 minutos, podendo progredir até uma hora de exercício contínuo ou intermitente. As sessões podem ser de duas a cinco vezes por semana, ficando em uma média de três vezes. Para complementar as sessões supervisionadas os pacientes podem ser orientados a realizar atividade física domiciliar de intensidade

moderada por no mínimo 30 minutos nos demais dias da semana (PRICE *et al.*, 2016). O treinamento intervalado aeróbico é proposto como uma alternativa a exercício aeróbico contínuos, no entanto não há consenso sobre os benefícios desse tipo de treinamento (PRICE *et al.*, 2016).

A prescrição dos exercícios de resistência não aparece em todas as diretrizes internacionais de RC como a prescrição dos exercícios aeróbicos (PRICE *et al.*, 2016). Em algumas diretrizes como da Alemanha (BJARNASON-WEHRENS *et al.*, 2004) e Irlanda (MCCREERY *et al.*, 2013) recomenda-se que antes de realizarem os treinos de resistências os pacientes já estejam participando do programa de treinamento aeróbico supervisionado por aproximadamente 2 a 6 semana sem complicações, a fim de avaliar a resposta do paciente ao exercício. Recomenda-se que a avaliação para o treino de resistência seja pelo teste máximo de repetições múltiplas, que tem menor probabilidade de esforço abdominal e elevar a pressão arterial do que o teste de força máxima de uma repetição. A carga para treino de resistência é prescrita podendo variar entre 30% e 80% da força máxima do paciente determinada pela estimativa de uma repetição máxima, ou ser baseada no nível de fadiga do paciente dentro do conjunto de exercícios (PRICE *et al.*, 2016). A Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular orienta que os exercícios de fortalecimento muscular podem ser realizados de duas a três vezes por semana, com repetições de 6 a 15 por grupo muscular, a intervalos de 30 segundos a um minuto (HERDY *et al.*, 2014).

Os exercícios de flexibilidade ou alongamentos, semelhante ao treinamento de força, não são rotineiramente especificados como um componente do programa de exercícios para RC, algumas diretrizes apresentam recomendação e não são fornecidas informações sobre prescrição (PRICE *et al.*, 2016). A Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular orienta que devem ser realizados de maneira progressiva e sem desconfortos, e podem ser realizados no começo e, preferencialmente, no final das sessões de reabilitação (HERDY *et al.*, 2014).

As sessões normalmente consistem em um breve período de aquecimento, seguido do treinamento propriamente e uma breve fase de relaxamento (MCMAHON; ADES; THOMPSON, 2017). É recomendado durante a sessão a monitorização da frequência cardíaca e acompanhamento da percepção subjetiva do esforço através da Escala de Borg, bem como o monitoramento da pressão arterial durante o exercício

e a observação de sinais e sintomas, como excessiva falta de ar, fadiga, dor no peito ou tontura. Monitorizar o paciente é fundamental para execução adequada dos exercícios e para propor progressões (PRICE *et al.*, 2016).

Um estudo recente sobre as características dos serviços de RC no Brasil identificou que 80% dos programas oferecem exercícios físicos estruturados, sendo 60% supervisionados por fisioterapeutas e 40% por outros profissionais (médicos ou educadores físicos) (BRITTO *et al.*, 2019). A prescrição dos exercícios pelo fisioterapeuta é individualizada, leva em consideração as limitações pessoais e comorbidades do paciente.

1.2.2 Educação Sistematizada

A educação do paciente é um dos componentes centrais da RC, visa a transmissão de informação pelos profissionais de saúde, a fim de que os pacientes alterem seus comportamentos e melhorem sua condição de saúde, a partir do conhecimento adquirido (GHISI *et al.*, 2015a). Um dos objetivos é desenvolver nos pacientes o empoderamento, em que o indivíduo a partir de uma melhor compreensão do seu processo saúde e doença, assuma um papel ativo no processo de tratamento, desenvolva o autocuidado, e se torne mais capaz de gerenciar sua própria doença (TADDEO *et al.*, 2012).

As práticas educativas em saúde dentro dos cuidados cardíacos conscientizam sobre a importância da prevenção secundária e mudança de hábitos de vida, e têm sido identificadas como instrumentos facilitadores na mudança de comportamento do paciente a partir do conhecimento técnico-científico adquirido por eles (GHISI *et al.*, 2014). São recomendadas pelas principais diretrizes internacionais e tidas como um indicador de qualidade da RC (PIEPOLI *et al.*, 2016; SMITH *et al.*, 2011).

Os programas de educação de pacientes podem variar substancialmente, podendo ser oferecidos em sala de aula ou mesmo em casa, em grupo ou individual, adaptado ou genérico. Os tópicos comuns incluem nutrição, exercício, modificação dos fatores de risco, bem-estar psicossocial e medicações. A duração, frequência e manutenção contínua ou reforço também varia entre os programas. Alguns programas são desenvolvidos de acordo com teorias educacionais validadas e por profissionais treinados que fazem parte de uma equipe interdisciplinar. Alguns programas usam materiais escritos complementares ou fitas de vídeo que endossem a orientação

clínica, e aplicativos de telefones móveis e internet podem ser usados para disponibilizar material educativo e mensagens aos pacientes. O acompanhamento por telefone é cada vez mais usado por profissionais de saúde para alcançar os pacientes com mais frequência e em seu próprio ambiente, sem o ônus de uma visita clínica (ANDERSON *et al.*, 2016).

A revisão sistemática de Ghisi *et al.* (2014) mostrou que as intervenções educacionais estavam relacionadas ao aumento do conhecimento, bem como à mudança de comportamento da saúde que incluíram aumento da atividade física, hábitos alimentares mais saudáveis e cessação do tabagismo (GHISI *et al.*, 2014). Outro estudo também conduzido por Ghisi *et al.* (2015) mostrou, ainda, que não havia diferenças de conhecimento entre a conclusão da RC e 6 meses mais tarde, o que indica que os participantes aumentaram seu conhecimento sobre DCV durante RC e mantiveram esses ganhos 6 meses após a alta (GHISI *et al.*, 2015b). Nesse mesmo estudo, em relação ao comportamento, os pacientes em geral aumentaram suas horas de exercício por semana do pré para pós RC e mantiveram esse hábito 6 meses após a alta. E sugere, ainda, que o comportamento do exercício tende a ser mais comum entre os pacientes altamente educados (GHISI *et al.*, 2015b).

Chaves *et al.* (2018) aponta que a RC abrangente, composta por sessões de exercício e educação sistematizada, promove melhores resultados na capacidade funcional e controle de fatores de risco (pressão arterial) quando comparada com a realização apenas de exercícios ou não realização da RC (CHAVES *et al.*, 2018). Durante o estudo de acompanhamento desses pacientes um ano após o término e alta da RC, observou uma manutenção da capacidade funcional, do conhecimento, do controle dos fatores de risco e comportamento de saúde do coração (CHAVES *et al.*, 2019).

Esses estudos demonstram um efeito positivo da educação do paciente cardíaco na mudança de comportamento. O conhecimento é um componente essencial da mudança de comportamento porque informa os pacientes das prováveis consequências e resultados de suas escolhas. Vários fatores, no entanto, podem influenciar a eficácia da educação em saúde e incluem idade, sexo, nível educacional, fatores socioeconômicos, cognitivos e culturais. O conhecimento é necessário, mas não é o único elemento envolvido na mudança de comportamento, diferentes fatores podem afetar a capacidade do paciente de aprender ou envolver-se em intervenções (GHISI *et al.*, 2015b).

Apesar dos benefícios dos protocolos estruturados de educação em programas de RC serem relatados na literatura e considerados como um importante componente na maioria das diretrizes, apenas 60% dos programas oferecem este componente no Brasil. Essa frequência é menor do que a observada em outros países com nível de desenvolvimento semelhante (86,3%) ou seja, os países considerados de médio-alto desenvolvimento (BRITTO *et al.*, 2019).

1.3 Serviço de Reabilitação Cardíaca do Hospital das Clínicas da UFMG

O serviço ambulatorial de Reabilitação Cardiovascular do Hospital das Clínicas da UFMG funciona no Instituto Jenny de Andrade Faria e conta com uma equipe que inclui fisioterapeutas e médicos, sendo possível encaminhar os pacientes para abordagem psicológica e dietética fora do programa. É um serviço gratuito que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os pacientes são encaminhados após internação no Hospital das Clínicas da UFMG. Assim, apesar de atender pelo SUS, o programa não é aberto a pacientes de outros serviços.

O programa de RC tem duração de seis meses, consta de 36 sessões de exercícios estruturados, supervisionados por fisioterapeuta, de uma hora de duração. As sessões são distribuídas da seguinte forma: durante o primeiro mês (quatro semanas) os pacientes comparecem três vezes por semana, realizam 12 sessões. No segundo mês (total de quatro semana) os participantes realizam oito sessões distribuídas duas vezes por semana. E a partir do terceiro mês 16 sessões uma vez por semana.

Os pacientes encaminhados pelo Hospital passam primeiramente por uma consulta de pré-admissão com o cardiologista do ambulatório. Realizam os exames complementares solicitados por ele, que inclui o teste ergométrico e retornam para consulta de admissão novamente com o cardiologista, para serem liberados ou não para iniciar o programa de exercícios com os fisioterapeutas.

A avaliação inicial pela fisioterapia inclui levantamento dos fatores de risco coronarianos presentes, estratificação do risco individual para realização de exercícios físicos e avaliação da capacidade funcional por meio do teste submáximo Incremental Shuttle Walking Test. Esta avaliação é registrada em prontuário próprio que é utilizado diariamente também para registro dos atendimentos subsequentes (parâmetros fisiológicos antes, durante e após o exercício físico, assim como registro de possíveis

intercorrências). A avaliação final é realizada para a alta do paciente e também consiste na avaliação dos fatores de risco coronariano, com ênfase no controle do peso corporal e níveis pressóricos, quando o paciente é notificado sobre a sua resposta ao tratamento e orientado para continuidade de exercícios e boas práticas de saúde no domicílio. Avaliações de acompanhamento são realizadas 3 e 6 meses após a alta do programa.

As sessões de reabilitação compreendem a aferição inicial dos dados vitais e glicemia. Consistem em 10 minutos de aquecimento, 30 minutos de exercício aeróbico com frequência cardíaca entre 50 e 80% da FC de reserva, 15 minutos de treino resistido e cinco minutos de resfriamento. Cada paciente possui sua prescrição de exercício individualizada pautada na avaliação inicial da equipe de fisioterapia e nos resultados do teste ergométrico. Os pacientes são orientados a manterem a FC na faixa de treinamento prescrita e são monitorizados pelos fisioterapeutas durante toda a sessão. Ao final, os pacientes possuem os dados vitais e glicemia aferidos e são liberados se estiverem estáveis e se sentindo bem.

Adicionalmente, os pacientes são orientados a realizar o exercício físico na comunidade nos dias em que não comparecem ao serviço, a fim de completarem os 30 minutos ou mais de atividade física de intensidade moderada a vigorosa em 5 ou mais dias por semana, conforme recomendam as diretrizes.

As atividades de educação sistematizada foram inseridas no programa mais recentemente, a partir de uma pesquisa do grupo que ocorreu em 2015 (CHAVES *et al.*, 2016). Durante a período da pesquisa, um grupo de pacientes participou do programa educativo simultaneamente ao programa de exercícios e outro grupo participou apenas do programa de exercícios. Diante dos resultados positivos da pesquisa de melhor resposta na capacidade funcional e controle de fatores de risco no grupo que foi submetido simultaneamente ao programa educativo (CHAVES *et al.*, 2018), desde então são oferecidas aulas educativas semanais, que totalizam 24 aulas. As atividades educativas são lideradas por fisioterapeutas, residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Cardiovascular do Hospital das Clínicas da UFMG e/ou médicos capacitados, têm 30 minutos de duração e acontecem em pequenos grupos com aproximadamente cinco participantes. Cada participante recebe um livro com 20 capítulos, que constam de explicações e atividades de aprendizagem, e abordam temas que incluem alimentação, exercícios, saúde mental, gerenciamento de fatores de risco, medicações e explicações da fisiopatologia da

doença. O manual está disponível em português, para acesso livre no site da University of Healthy Network, com a qual a UFMG tem parceria para atividades acadêmicas (<https://www.healthuniversity.ca/pt/CardiacCollege/Pages/default.aspx>). Nutricionistas e psicólogas são convidadas a participar de algumas aulas dependendo da disponibilidade dos serviços.

2 JUSTIFICATIVA

A RC é um processo de prevenção secundária que apresenta amplos benefícios já bem descritos na literatura que incluem redução efetiva na morbimortalidade (CHAVES *et al.*, 2019; KABBOUL *et al.*, 2018), sendo uma recomendação de muitas diretrizes internacionais no cuidado integral do paciente cardíaco (GRACE *et al.*, 2014; PIEPOLI *et al.*, 2016; SMITH *et al.*, 2011; WOODRUFFE *et al.*, 2015). No entanto, quando disponível, é subutilizada e apresenta taxas elevadas de abandono, impactando no alcance das mudanças duradouras da RC (PIO *et al.*, 2019). Estima-se que a RC esteja disponível em apenas 28% dos países de média renda, como o Brasil. E a taxa de participação seja menor do que 40% na maioria desses países, sendo o encaminhamento uma das principais barreiras para a participação em RC (RAGUPATHI *et al.*, 2017).

Diante desses baixos índices, constata-se a urgente necessidade de novos caminhos de pensar sobre RC para que a eficácia da intervenção seja plenamente realizada. E nesse sentido, o foco verdadeiramente centrado no paciente com base em suas necessidades, levando em consideração suas expectativas, experiências e satisfação pode contribuir para ampliar a utilização do serviço (THOMPSON; SKI; CLARK, 2019). O efeito de um programa bem estruturado e sistematizado de educação oferecido em um serviço de RC público foi identificado por nosso grupo de pesquisa a partir de um ensaio clínico randomizado e publicado por Chaves *et al.* (2018) (CHAVES *et al.*, 2018). De maneira geral, esse estudo indicou melhores respostas na capacidade funcional e no controle dos fatores de risco coronarianos no grupo que recebeu esta abordagem educativa. No entanto, esse estudo não avaliou como foi a percepção dos pacientes que participaram ou não desta abordagem, em relação a sua participação no programa de RC.

Investigar as percepções dos pacientes sobre a RC podem contribuir para compreensão de suas experiências e dos desafios percebidos por eles durante sua participação, assim como a aplicação a longo prazo do que é preconizado no programa. Esse conhecimento é importante para o planejamento e ajustes dos programas de RC, visando a melhor resposta da utilização do serviço com aumento da adesão ao tratamento não apenas a curto, mas principalmente a longo prazo.

Poucos estudos investigaram a percepção dos pacientes sobre a participação na RC (HANSEN *et al.*, 2018; HILLSDON; KERSTEN; KIRK, 2013; JOKAR *et al.*,

2017; RANALDI; DEIGHAN; TAYLOR, 2018; YATES *et al.*, 2018). A pesquisa qualitativa é uma ferramenta para explicar comportamentos, e contempla abordagem mais adequada para compreender e explorar as percepções dos participantes sobre a RC, a fim de avaliar a fidelidade e qualidade do serviço prestado para melhor entender as necessidades e expectativas dos pacientes.

Identificamos na literatura uma pesquisa qualitativa que explorou as experiências dos indivíduos que receberam tratamento padrão ou RC abrangente após acidente vascular cerebral (AVC) ou ataque isquêmico transitório, desenvolvido na Inglaterra (HILLSDON; KERSTEN; KIRK, 2013). Nesse estudo, a RC abrangente foi identificada como tendo efeitos positivos na motivação das pessoas para se exercitar. Um estudo recente desenvolvido por Yates *et al.* (2018) teve como objetivo examinar a percepção dos coronariopatas sobre a RC fase 2, ambulatorial, após a conclusão do programa e os resultados revelam que os participantes têm percepções positivas sobre exercício, educação e o ambiente de RC. Esse estudo aponta para a necessidade de melhorar o processo educacional dentro da RC incorporando estratégias ativas de aprendizagem, a fim de desenvolver nos participantes métodos de autogerenciamento para manter um estilo de vida saudável após a RC. O estudo, que foi realizado nos Estados Unidos das Américas, ressalta a necessidade de pesquisas examinando a percepção de populações variadas (YATES *et al.*, 2018).

Os dois estudos identificados acima foram realizados em países desenvolvidos, com características socioeconômicas e assistenciais próprias, que diferem da maioria dos países de médio desenvolvimento, como o Brasil, o que reforça a relevância do presente estudo.

Identificar elementos passíveis de mudança a partir da percepção dos pacientes pode contribuir para atender suas expectativas, e possivelmente aumentar a adesão ao tratamento e prevenção secundária a curto e longo prazo. Além disso, estudos como este podem contribuir para o refinamento da linha de cuidado dos coronariopatas de acordo com o proposto pelas diretrizes do SUS, uma vez que possibilitam identificar se existe a necessidade de ações afirmativas contínuas após a alta da RC, quando o paciente retorna para a assistência primária, dando continuidade a linha de cuidado. Desta forma, os elementos aqui identificados poderão contribuir também para propor ou modificar políticas de saúde voltadas para essa população.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo primário

- Identificar a percepção dos pacientes sobre a participação em RC.

3.2 Objetivos secundários

- Identificar os aspectos positivos e negativos do programa de RC.
- Explorar se os indivíduos que receberam ou não processo educativo sistematizado têm percepções diferentes sobre a RC.

4 MÉTODOS E RESULTADOS

Serão apresentados por meio do artigo a seguir, que após correções sugeridas pela banca e tradução para a língua inglesa será submetido à revista Patient Education and Counseling. O artigo encontra-se no formato do periódico a ser submetido.

Artigo

Título: Percepções de coronariopatas sobre dois modelos de reabilitação cardíaca: um estudo qualitativo

Autores:

Nomes: Isabella de Oliveira Nascimento^a, Marcella Guimarães Assis^a, Raquel Rodrigues Britto^a

Afiliação: ^aPrograma de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil. bellaon@hotmail.com; marcellagassis@gmail.com; r3britto@gmail.com

Autor correspondente: Raquel Rodrigues Britto, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Minas Gerais, Campus Pampulha, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Endereço: Alameda da Aurora, 63 Pasárgada. Nova Lima, Minas Gerais, Brasil

E-mail: r3britto@gmail.com

Telefone: +55 (31) 99970-4527

Declarações de interesse: Nenhum

RESUMO

Objetivo: Compreender a percepção de coronariopatas sobre a participação em um dos protocolos de reabilitação cardíaca (RC) de um serviço público.

Métodos: Estudo qualitativo, com coleta de dados por meio de entrevista semiestruturada com coronariopatas que concluíram há mais de dois anos um dos protocolos de RC, a saber: protocolo de exercícios e protocolo mais abrangente que inseriu ações educacionais. As entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo temática.

Resultados: 28 indivíduos foram entrevistados e três categorias temáticas foram identificadas: aquisição de conhecimento, melhora na funcionalidade e bem-estar psicossocial.

Conclusão: Indivíduos participantes dos dois protocolos de RC percebem a longo prazo que a RC desenvolveu o conhecimento, promoveu ganhos funcionais e bem-estar psicossocial. Frequentar a RC possibilitou aos participantes agregarem saberes por meio do convívio com os profissionais de saúde e com outros pacientes. A educação sistematizada ampliou a percepção dos participantes de RC sobre a importância do cuidado mais abrangente

Implicação prática: As percepções dos usuários sobre a RC contribuem para melhor entender as necessidades e expectativas dos participantes e possibilita o refinamento da linha de cuidado dos coronariopatas, visando melhor resposta da utilização do serviço.

Palavras-chave: Doença das Coronárias. Reabilitação Cardíaca. Prevenção Secundária. Pesquisa Qualitativa.

1. Introdução

A reabilitação cardíaca (RC) é uma estratégia de cuidados multidisciplinares na prevenção secundária, que objetiva a melhora nas funções biopsicossociais e na qualidade de vida, com reduções da morbidade e mortalidade do paciente cardíaco. A RC abrangente é um programa de tratamento com múltiplos componentes que abordam os fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares (DCV) e inclui a prescrição de exercício físico estruturado e ações educacionais [1–5].

Os exercícios físicos são um dos componentes centrais da RC, promovem aumento do consumo máximo de oxigênio e da resistência, melhora da função endotelial e o fluxo de reserva miocárdica. Os efeitos benéficos incluem, ainda, redução do peso corporal, dos lipídios sanguíneos, da pressão arterial, da depressão e ansiedade [6,7]. Dessa forma, são fundamentais na redução de sintomas e progressão da doença [8,9].

A educação sistematizada é outro componente da RC abrangente cujo objetivo é melhorar a compreensão do paciente sobre o processo saúde e doença e contribuir para que ele assuma um papel ativo no gerenciamento da sua condição de saúde após a RC [10–12]. As ações educativas sistematizadas, como aulas e livros informativos com temas específicos, têm sido associadas à melhora da capacidade funcional e identificadas como instrumentos facilitadores na mudança de comportamento do paciente e manutenção de um estilo de vida saudável [13–15].

Apesar dos benefícios descritos na literatura [2,6–8,16,17], a RC, quando disponível, é subutilizada e apresenta taxas elevadas de abandono, impactando no alcance de mudanças duradouras [18]. Poucos estudos investigam a RC considerando a perspectiva e expectativa dos pacientes [19–24]. Yates *et al.* (2018) [22] pesquisaram a percepção dos pacientes (64,3 ± 3.3 anos) e de seus cônjuges sobre a RC realizada após cirurgia de revascularização miocárdica em dois centros clínicos dos Estados Unidos. Esse estudo identificou percepções positivas acerca dos programas de exercício físico e de educação, assim como sobre o ambiente da RC e indicou a necessidade de novos estudos com populações variadas.

Investigar as percepções dos pacientes sobre a RC pode contribuir para entender as necessidades e expectativas a partir do usuário do serviço de saúde e para refinar a linha de cuidado dos coronariopatas considerando as peculiaridades regionais, otimizar a utilização dos serviços e aumentar a adesão ao tratamento a

curto e longo prazo. Nesse sentido, o objetivo deste estudo centrado no sujeito foi compreender a percepção de indivíduos com doença arterial coronariana (DAC) sobre a participação em um dos protocolos oferecidos por um serviço público de RC.

2. Percurso Metodológico

Este estudo utilizou metodologia qualitativa e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil (CAAE 95424518.3.0000.5149).

2.1 Participantes

Os participantes da pesquisa foram indivíduos de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, residentes na região metropolitana de Belo Horizonte (cidade de grande porte, Brasil) e encaminhados para o Serviço de Reabilitação Cardiovascular do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) com DAC, pós infarto miocárdico ou submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio ou intervenção coronária percutânea. Foram convidados para o estudo pacientes que participaram e concluíram há mais de dois anos um dos protocolos de RC referentes ao estudo “Efeitos da reabilitação cardíaca abrangente na capacidade funcional em um país de renda média: ensaio clínico randomizado” [15]. O primeiro protocolo ofereceu 36 sessões de exercícios com orientações não sistematizadas e o segundo foi um protocolo mais abrangente composto pelas mesmas sessões de exercícios somadas a 24 sessões educacionais sistematizadas [25]. Foram excluídos do estudo qualitativo indivíduos com alterações cognitivas, por exemplo, demência, avaliados pelo Six-Item Screener (SIS) [26], e que obtiveram um escore menor que 3 [27]. A amostra por conveniência, do presente estudo qualitativo, foi obtida a partir dos 51 sujeitos que participaram e concluíram um dos dois protocolos da RC utilizados por Chaves *et al.* (2018) [15] Figura 1.

Dos 34 sujeitos elegíveis para o estudo, 28 foram entrevistados com base no princípio da saturação teórica, um processo pelo qual os pesquisadores coletam e analisam dados até não haver novos temas emergentes [28].

2.2 Procedimentos

Os participantes foram contatados por telefone, esclarecidos sobre os objetivos do estudo, assegurados da confidencialidade das informações fornecidas e que poderiam se retirar do estudo a qualquer momento sem penalidades. Os participantes que aceitaram ser entrevistados, realizaram por telefone o SIS [26] e aqueles sem comprometimento cognitivo identificável, acordaram um dia e horário, para realização presencial das entrevistas, no ambulatório. No dia da entrevista os participantes foram novamente orientados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as entrevistas foram realizadas por um único pesquisador.

2.3 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, constituída por perguntas abertas e abrangentes sobre a experiência de participarem da RC, os aspectos positivos e negativos, e sugestões para o programa. Foi realizado um estudo piloto com dois indivíduos para avaliar se as perguntas estavam compreensíveis e/ou se demandavam adequações, o que não se fez necessário. As entrevistas foram individuais e gravadas em equipamento digital, e posteriormente transcritas. Após as transcrições, elas foram encaminhadas aos entrevistados para autorização final. Visando garantir o anonimato dos participantes os mesmos foram identificados de acordo com sexo, idade, estado civil, escolaridade e protocolo de RC.

2.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo temática. Essa técnica consiste de três fases, inicialmente os dados coletados foram organizados para uma pré-análise e foi realizada uma leitura flutuante dos materiais transcritos. Em uma segunda fase foi feita uma análise exploratória, que consistiu em leitura atenta de cada transcrição para identificar e estabelecer codificações para construir os núcleos de sentido que compõem a comunicação. A terceira e última fase correspondeu ao tratamento dos dados, com a categorização dos temas que emergiram e a interpretação dos materiais que foram relacionados com a fundamentação teórica [29].

3. Resultados

Participaram do estudo 28 indivíduos com média de idade igual a $65,71 \pm 6,98$ anos, 67,86% eram casados, 64,29% aposentados e possuíam nível de escolaridade fundamental incompleto e 71,42% apresentavam renda familiar de até três salários mínimos. A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra.

Após análise criteriosa dos dados, três categorias temáticas surgiram em relação às percepções dos pacientes sobre a RC. Essas categorias e as respectivas subcategorias são apresentadas na Figura 2.

1 Aquisição de conhecimento:

A RC foi percebida pelos entrevistados dos dois protocolos, exercício e abrangente, como uma oportunidade de aprenderem sobre a necessidade de se cuidarem após o evento cardíaco, a relevância da mudança de comportamentos na prevenção secundária e a aplicação das orientações em seu cotidiano. A aquisição de conhecimento possibilitou ainda o compartilhamento, com as pessoas com as quais se relacionavam.

1.1 Necessidade de cuidado

Os participantes, do protocolo abrangente, revelaram que a partir das informações sistematizadas fornecidas durante a RC se conscientizaram sobre a necessidade do cuidado com sua atual condição de saúde que inclui medicação, respeitar suas limitações, adequada alimentação e enfatizaram os benefícios do exercício físico. Destacaram esse cuidado aprendido como imprescindível para continuarem vivos.

“Eu aprendi muito na reabilitação. Eu aprendi efeito de remédio, eu aprendi como me cuidar, saber as minhas limitações, alimentação, tudo.” (E24, homem, 66 anos, viúvo, ensino médio completo, protocolo abrangente)

“[...] eu aprendi como andar que é coisa que eu não fazia, [...]eu aprendi que a própria caminhada faz baixar pressão, você sente melhor depois da caminhada, seu corpo fica ótimo. [...] os ensinamentos que me mantêm vivo porque [...] se não fosse essa dieta que eu faço eu estaria talvez morto. (E03, homem, 49 anos, casado, fundamental incompleto, protocolo abrangente)

1.2 Mudança de comportamentos

Os indivíduos informaram nas entrevistas que a partir do conhecimento adquirido realizaram mudanças comportamentais que incluíram a prática regular de atividade física e adequação dos hábitos alimentares. Além disso, associaram a redução do peso corporal e controle da pressão arterial aos novos comportamentos.

“[...] eu conheci novas pessoas, aí tem aquele convívio social é bom demais. [...] Eu aprendi muitas coisas boas para mim, para sempre fazer uma ginástica, [...] a prioridade é a alimentação e ginástica, [...] eu comecei a fazer ginástica saindo daqui eu continuei lá (refere-se a continuidade da atividade física no posto de saúde), voltei a andar de bicicleta tinha 12 anos que estava parada [...] eu saio todo dia nove horas e [...] estou fazendo arroz integral, só a vapor meus alimentos [...].” (E17, mulher, 61 anos, casada, ensino médio completo, protocolo abrangente)

“Eu achei que os exercícios foram completos. Eu saí daqui eu consegui até emagrecer um pouco que eu estava terrível.” (E23, mulher, 68 anos, solteira, fundamental incompleto, protocolo exercício)

“[...] a pressão ficou boa demais enquanto eu continuei fazendo os exercícios.” (E04, mulher, 71 anos, separada, fundamental completo, protocolo exercício)

1.3 Aplicação do aprendizado no dia-a-dia

Os entrevistados mencionaram que se apropriaram do conhecimento de como realizar adequadamente o exercício físico em seu dia-a-dia. Os participantes citaram respeitar os componentes aquecimento/resfriamento e a intensidade ideal para o treino durante a prática cotidiana dos exercícios físicos. Além disso, alguns entrevistados adquiriram o cardiofrequencímetro e materiais para se exercitarem após o término da RC.

“[...] Hoje eu não faço a minha caminhada sem primeiro fazer o aquecimento e quando eu termino também, não é todas as vezes que quando eu termino eu faço o resfriamento né, mas sempre quando eu lembro eu faço. E procuro fazer tudo também que está no livro, todo tipo de exercício eu procuro fazer.” (E21, homem, 71 anos, separado, fundamental incompleto, protocolo abrangente)

“para mim foi excelente que eu aprendi muita coisa que eu desconhecia, por exemplo, para eu fazer as caminhadas eu não imaginava que teria que ter o controle dos batimentos cardíacos.” (E22, homem, 71 anos, separado, ensino médio completo, protocolo abrangente)

“Eu tenho o relógio daquele que tinha aqui. Então eu ia até 129, eu tinha que ir só até 129 (refere-se a frequência cardíaca máxima de treinamento).” (E02, homem, 73 anos, casado, fundamental incompleto, protocolo exercício)

“eu estou com aquele relóginho, comprei. [...] eu vou olhando na frequência, e quando eu vejo que eu estou ficando naquele lugar exausto aí eu vou diminuindo, quando eu vejo que melhora eu começo a acelerar novamente.” (E11, mulher, 66 anos, solteira, fundamental incompleto, protocolo exercício)

“eu comprei depois que terminou aqui a reabilitação, comprei uma esteira e fazia o uso desta esteira todos os dias.” (E01, homem, 66 anos, casado, ensino médio completo, protocolo abrangente)

1.4 Compartilhando o conhecimento

Os participantes, do protocolo abrangente, declararam que compartilharam os saberes adquiridos no processo de educação e o material que receberam com familiares, amigos e nos grupos sociais nos quais convivem, como grupos de atividade física da atenção primária.

“[...] eu consigo ainda ajudar outras pessoas através do conhecimento que eu tive aqui, então eu acho que foi ótimo.” (E14, mulher, 58 anos, solteira, ensino superior completo, protocolo abrangente)

“[...]Je serve para passar para outras pessoas, para família, igual eu passei lá para o grupo (refere-se ao grupo da atenção primária onde deu continuidade à prática de atividade física após a alta da RC).” (E17, mulher, 61 anos, casada, ensino médio completo, protocolo abrangente)

“E aquele livro me ajudou barbaridade, muito. Aquele livro eu já emprestei para umas 10 pessoas ou mais. Tiveram pessoas que tiraram xerox dele.” (E21, homem, 71 anos, separado, fundamental incompleto, protocolo abrangente)

2 Melhora na funcionalidade

Os participantes dos dois protocolos da RC perceberam melhoras na funcionalidade como voltar a desempenhar suas atividades cotidianas, de lazer e profissionais; ampliação da mobilidade como a capacidade de caminhar por distâncias maiores e/ou com velocidades superiores e subir escadas.

“Eu começava a passar um pano no chão dava um cansaço, começava a doer o peito, não conseguia torcer o pano de chão. [...] Depois da reabilitação eu já consigo, eu cozinho, eu lavo a minha roupa toda na mão, consigo esfregar, agora torço.” (E23, mulher, 68 anos, solteira, fundamental incompleto, protocolo exercício)

“[...] nadar não podia, hoje eu nado. Não podia caminhar direito, hoje eu ando uma hora e meia tranquilo.” (E21, homem, 71 anos, separado, fundamental incompleto, protocolo abrangente)

“Fazer um trabalho mais forçado aí eu não conseguia. Sentia mal, depois foi melhorando. [...] Subir escada cansava. Cansava, agora não, agora estou beleza. Tenho trabalhado, subo escada. Fico cansado não, o coração está bom.” (E18, homem, 69 anos, casado, fundamental incompleto, protocolo exercício)

“Antes de vir era a caminhada que era um pouco difícil, eu cansava muito. Por exemplo, subir uma escada 2 andares né?! Eu subia, mas era muito cansativo, cansava demais da conta. Hoje eu prefiro subir de escada do que elevador. Lógico moderadamente né.” (E01, homem, 66 anos, casado, ensino médio completo, protocolo abrangente)

3 Bem-estar psicossocial

Os pacientes discorreram sobre a sensação de bem-estar relacionada ao período da RC e à prática do exercício físico, e pontuaram também benefícios relacionados à saúde emocional, com resgate da autoestima e melhora nas relações sociais, e a reconquista da segurança para retomar as atividades cotidianas.

“[...] em termos da saúde foi a época que eu me senti melhor, foi exatamente durante o programa de reabilitação. [...] você acaba fazendo um exercício que é vital para a gente, deu para perceber que estes exercícios trazem uma boa performance na nossa saúde. [...] um cansaço que é compensado a hora que termina, você sai parecendo que você tá flutuando, é outra pessoa.” (E01, homem, 66 anos, casado, ensino médio completo, protocolo abrangente)

“[...] No emocional também foi muito bom. Nossa! Minha autoestima...subiu, elevou bastante, foi muito bom” (E04, mulher, 71 anos, separada, fundamental completo, protocolo exercício)

“[...] até no convívio com as pessoas, eu não tinha muita tolerância. Às vezes eu ficava nervosa, aí depois melhorou e meus meninos também sentiram, assim eu mudei meu jeito.[...]” (E17, mulher, 61 anos, casada, ensino médio completo, protocolo abrangente)

“positivo porque logo após a angioplastia, [...] um dos primeiros que eu sentia foi que eu perdi um pouco do medo né. Você fica com medo de fazer as coisas né?! Como as meninas aqui me puseram até para correr, eu falei assim eu posso fazer uma academia mais leve, eu posso continuar minhas caminhadas rápidas igual eu vazia, dá umas corridinhas. [...] Isso para mim foi bom, me deu mais segurança” (E15, homem, 63 anos, casado, ensino médio completo, protocolo exercício)

4. Discussão e Conclusão

4.1 Discussão

Os achados desse estudo fornecem com exclusividade a experiência de coronariopatas que participaram de protocolos estruturados de RC oferecidos em um serviço público no Brasil. Os resultados apontam que os entrevistados, dois anos após encerrarem a RC, a perceberam como uma intervenção que proporcionou aquisição de conhecimentos, melhora na funcionalidade e bem-estar psicossocial.

Os entrevistados ressaltaram diferentes conhecimentos adquiridos durante a RC relacionados à necessidade do cuidado após o evento cardíaco, a relevância da mudança comportamental na prevenção secundária e a maneira adequada de aplicar as orientações recebidas na prática diária. Esses participantes se revelaram ainda como agentes multiplicadores do conhecimento adquirido.

A aquisição do conhecimento foi apontada por entrevistados dos dois protocolos de RC, ou seja, os pacientes que participaram do protocolo de exercícios e os que participaram do protocolo abrangente composto pelos exercícios e ações educacionais em grupo. No entanto, os que participaram do protocolo abrangente mencionam aspectos além dos exercícios físicos, como dieta e necessidade de cuidados e medicação para se manterem vivos. Compreender a necessidade dos cuidados que a atual condição de saúde requer é essencial para que os pacientes tenham um papel ativo no controle da doença, o que inclui o gerenciamento de medicamentos, reconhecer os sintomas futuros e realizar modificações de fatores de risco [30]. Esse aspecto foi identificado pelos entrevistados do protocolo abrangente do atual estudo como uma das sabedorias apropriadas durante a RC, eles se mostraram conscientes de que a medicação, a adequada alimentação, a prática regular de atividade física e saber respeitar/reconhecer suas limitações são indispensáveis para a gestão da sua doença. Em concordância com o presente resultado, Galdas *et al.* (2009) aponta em seu estudo que a RC foi vista com unanimidade pelos participantes como importante para ajudá-los a entender as causas do infarto e como poderiam reduzir os riscos de ter um evento cardíaco futuro, além disso, eles incorporaram responsabilidades para o autocuidado e realizaram alterações recomendadas na promoção da saúde, que incluíram mudanças dietéticas e exercícios [23]. O papel dos pacientes passou a ser entendido ao longo dos anos como sujeitos ativos e com responsabilidades no

tratamento, diante disso fornecer informações suficientes é necessário com o propósito de apoiar a autonomia e responsabilização dos mesmos na adesão aos cuidados, sendo crucial o papel dos profissionais de saúde como facilitadores no processo de engajamento efetivo de seu autocuidado e colaboradores para que se sintam confiantes e não sozinhos quando se envolvem em autogestão [31,32]. Ter participado da educação sistematizada viabilizou, portanto, que os coronariopatas compreendessem os cuidados necessários com sua condição de saúde sendo essa conscientização de fundamental importância para a adesão ao tratamento e continuidade principalmente a longo prazo dos hábitos saudáveis preconizados.

Os entrevistados do protocolo exercício utilizaram as instruções/informações não sistematizadas recebidas das fisioterapeutas e as trocas de informações entre os pacientes durante as sessões de exercício para produzir mudanças de comportamento. Eles criaram redes de conhecimentos mesmo sem participarem do grupo educação. Esse resultado se justifica pelos achados também de Galdas *et al.* (2009), nos quais os participantes valorizaram as oportunidades de envolvimento contínuas com a equipe multidisciplinar para validar as alterações comportamentais que estavam fazendo e o apoio dos pares foi identificado como um elemento crucial da experiência na RC, sendo o tempo disponibilizado para interagir com outros participantes o aspecto mais benéfico de todo o programa [23]. Esse resultado indica que modelos de RC híbridos ou domiciliares podem demandar planejamentos específicos para garantir a educação dos pacientes em relação a sua condição de saúde, talvez utilizando os recursos tecnológicos.

Os resultados do presente estudo sinalizaram ainda que a informações recebidas geraram benefícios transformadores do cotidiano dos coronariopatas entrevistados, como a continuidade da atividade física após o término da RC e a mudança nos hábitos alimentares que resultaram em perda de peso. Dentre os constructos relacionados à manutenção da prática do exercício após a RC o estudo de Sweet *et al.* (2019) destaca a importância do apoio social; fatores relacionados à autorregulação, ou seja, estabelecer uma rotina/hábito, criar planos de ação e metas e automonitoramento, além de reconhecer e associar os benefícios à saúde [33]. Ainda corroborando os resultados do presente estudo, a pesquisa desenvolvida por Hillsdon *et al.* (2015) apontou que os entrevistados revelaram que as sessões proporcionaram oportunidade de socialização e melhoraram sua compreensão sobre DCV, suas possíveis causas, promovendo modificações no estilo de vida que

incluiram adequações na dieta de alguns participantes [20]. White *et al.* (2011) sugerem em seu estudo que a decisão dos pacientes sobre se devem fazer e manter alterações dietéticas são estreitamente baseadas em suas percepções das causas do infarto, sendo o conhecimento insuficiente sobre sua condição de saúde outra possível causa [34].

A educação do paciente tem papel fundamental na gestão das DCV, mas a transposição do conteúdo aprendido para o cotidiano do paciente é um desafio que persiste. No presente estudo os entrevistados apontaram a aplicação do aprendizado no seu dia-a-dia em relação à realização da atividade física. Eles passaram, por exemplo, a realizar o aquecimento/resfriamento e a controlar os batimentos cardíacos durante as caminhadas. Cabe destacar que o entrevistado E21, um homem, de 71 anos, informou que continuava utilizando o livro distribuído para o grupo educação. De forma semelhante a esses resultados, as mulheres participantes do estudo de Sutton *et al.* (2012) apontaram que aprenderam como transferir o programa de exercícios para suas casas ou centro comunitário com segurança após completarem a RC, e algumas acharam que as sessões educativas foram informativas, fortalecedoras e necessárias para fazerem mudanças saudáveis no estilo de vida [24]. O estudo de Yates *et al.* (2018) por sua vez, aponta que a educação tem sido valorizada pelos participantes e seu conteúdo visto como essencial, no entanto os pacientes sinalizam dificuldades de realizarem mudanças e necessidade de informações mais individualizadas. Este estudo sugere que a forma que a informação é entregue é fundamental, e que estratégias de envolvimento ativa podem ser mais eficazes, como livros de exercícios e grupos de discussão, em detrimento das abordagens passivas, como observar a apresentação de slides [22].

O programa de RC abrangente do qual os entrevistados participaram utilizou abordagem educativa sistematizada e pautada por estratégias ativas que incluíram sessões em grupo, respaldada por um livro de trabalho com explicações e atividades de aprendizagem com temas baseados no mapeamento prévio das necessidades de informações dos pacientes e incluíam capítulos específicos de autorregulação. O fato dos pacientes, dois anos após encerrarem a RC permanecerem conscientes da necessidade de continuarem se cuidando e prosseguindo com as mudanças comportamentais implementadas no cotidiano sugere que a abordagem em educação oferecida pelo serviço foi eficaz, com estratégias ativas de aprendizado.

Os entrevistados ressaltaram ainda que compartilharam os saberes e os materiais adquiridos no processo de educação, atuando assim como agentes multiplicadores. Sabe-se que é essencial o envolvimento de todos da sociedade na redução das doenças crônicas, principalmente em um país em desenvolvimento como o Brasil onde os recursos são escassos. Os pacientes muitas vezes estão em melhor posição para encorajar e motivar outras pessoas a adotarem estratégias de prevenção, bem como a fazer mudanças no estilo de vida porque eles são a prova efetiva de sucesso [22], dessa forma, o papel dos participantes enquanto multiplicadores de conhecimento foi reforçado durante as aulas sistematizadas e ressaltado pelos entrevistados que realizaram esse protocolo.

Os entrevistados, dos dois protocolos, apontaram também melhora na funcionalidade, um aspecto essencial que reflete na participação social, autoestima e bem-estar. Após a RC os pacientes foram capazes de realizar atividades cotidianas, de lazer e profissionais que logo após o evento cardíaco não conseguiam desempenhar. A RC como um dos principais componentes do tratamento após um evento coronariano, busca pela estabilização clínica, manutenção/recuperação da capacidade funcional [35], reintegração e otimização da participação na sociedade de pacientes com DAC [36], ajudando-os a retomar a ter uma vida o mais normal possível dentro dos limites impostos pela doença [35]. E nesse sentido, os depoimentos dos participantes demonstram que os protocolos estruturados de RC praticados cumpriram os objetivos propostos.

Os entrevistados do presente estudo perceberam a ampliação da mobilidade, com a capacitação para caminhar distâncias maiores e/ou com velocidades superiores e subir escadas. A reconquista da adequada capacidade física viabiliza o aumento da mobilidade dos pacientes, no entanto embora haja a suposição de que essa melhoria proporcione o envolvimento nas atividades cotidianas essa correlação é fraca [36,37]. Corroborando com os resultados da atual pesquisa, no estudo de Sutton *et al.* (2012) os participantes salientaram a importância de participar da RC para ajudar a recuperar a confiança perdida em sua capacidade física, consideraram que os testes periódicos de tolerância ao esforço físico os permitiram identificar o seu progresso no que diz respeito à sua aptidão aeróbica e, além disso, declararam que o programa forneceu ferramentas necessárias para empoderá-los a voltar a viver ativamente [24]. A melhoria ou preservação da mobilidade é um resultado importante para pacientes com DAC, no estudo Wong *et al.* (2015) os participantes

perceberam o conteúdo do programa de RC como útil para a vida diária e relataram o desejo de retomar as atividades habituais como antes [35]. As atividades de vida cotidiana são um aspecto clínico importante em doenças crônicas e muitos pacientes cardíacos experimentam maior esforço e diminuição da qualidade no desempenho dessas atividades [37]. Melhorias da capacidade física alcançadas durante a RC proporcionam, no entanto apenas parcial e indiretamente a retomada da atividade e reengajamento em papéis sociais [36]. Uma gama de fatores pessoais, ambientais e sociais podem limitar a capacidade de realizar atividades, e um dos objetivos dos cuidados de saúde deve ser maximizar a função nessas atividades e prover meios de facilitar a reintegração [36,37]. Em contraste com os resultados do atual estudo, a pesquisa de O'Hagan *et al.* (2012) aponta que a influência da reabilitação no retorno ao trabalho foi modesta, com limitado impacto da RC na reintegração laboral atribuído a restrita intensidade das atividades do programa [36]. Esses resultados mais uma vez apontam a direção adequada do tratamento oferecido pelo serviço onde a pesquisa foi desenvolvida, desta vez, relacionadas principalmente aos aspectos dos exercícios propostos.

Os participantes perceberam o período da RC e a prática do exercício físico como promotores de bem-estar psicossocial. Ressaltaram o resgate da autoestima e a melhora nas relações sociais. Além disso, reconquistaram a segurança para retomar as atividades cotidianas. Semelhante aos atuais achados, no estudo desenvolvido por Hardcastle *et al.* (2015) o prazer e bem-estar psicológico foram amplamente relatados, os participantes expressaram o prazer que as sessões lhes proporcionavam e discutiram sentir-se bem após o exercício, além disso experimentar os benefícios psicológicos do exercício era um importante facilitador na manutenção desse comportamento [38], o que também foi apontado por Sweet *et al.* (2019) [33].

O choque inicial de ser surpreendido com um evento cardíaco ou diagnosticado com uma doença potencialmente fatal frequentemente desencadeia comorbidades psicológicas, sendo depressão e ansiedade prevalentes em pacientes cardíacos o que afeta também a autoestima [39,40]. A RC, por sua vez, proporciona a compreensão do processo da doença o que diminui as emoções negativas associadas ao evento e aumenta o sentimento de controle [30], dessa forma foi associada à recuperação emocional e social, sendo reconhecida pelos entrevistados

desse estudo, dois anos pós terem finalizado o programa, por resgatar a autoestima como destaca E04.

A RC promove ainda a socialização e vínculo entre pacientes em estágios variados da recuperação após os eventos coronarianos e é uma oportunidade dos pacientes discutirem suas histórias e trocarem informações, o que contribui para melhorias psicossociais. O apoio de pares ajuda os indivíduos a compreender sua condição, desenvolver as habilidades de automanejo, julgar seu próprio desempenho/progresso e aumentar sua confiança após o evento, uma vez que pode levar os participantes a verem suas situações de uma maneira mais positiva ao enxergam no outro a evidência de uma mudança bem-sucedida [20,22].

Os entrevistados destacaram, por fim, que a RC proporcionou a perda do medo para que retomassem atividades cotidianas. Após a experiência do evento cardíaco os pacientes vivenciam um conflito que permeia o medo de ter um novo evento e o desejo de voltar a realizar as atividades que faziam anteriormente [41]. Nesse contexto, a RC é percebida como um ambiente de segurança, no qual os participantes se tornam fisicamente ativos e encorajados a retomar as suas tarefas habituais [19,24,41]. Os participantes do presente estudo ressaltaram o componente exercício e o associaram a melhorias tangíveis na saúde e ao bem-estar, resultados ratificados pelo estudo de Yates *et al.* (2018) [22]. A RC auxilia a retornar/iniciar a prática de atividade física em intensidades adequadas rompendo com o receio de ter um novo evento, particularmente que poderia ser fatal, proporcionando apoio e tranquilidade aos participantes [22,41]. Por outro lado, McPhillips *et al.* (2019) apontam que o fato dos pacientes associarem a RC predominantemente ao exercício físico pode ser uma barreira ao uso de RC como veículo para intervenção psicológica, e muito embora os pacientes cardíacos possuam diversas preocupações relacionadas à sua doença, incluindo o medo de morrer ou de ter sua vida restrita por incapacidade ou tratamento contínuo, intervenções psicológicas formais foram de limitado benefício aos pacientes pois esses relutaram em falar sobre suas preocupações no contexto de RC [39]. Os pacientes do atual estudo embora não tenham recebido, no contexto da RC, atendimento psicológico especializado relataram que apresentaram melhorias relacionadas aos aspectos psicossociais, que se associaram a convivência no ambiente da RC e a conquistas funcionais.

O presente estudo apresenta como limitação o número restrito de artigos que abordam a percepção dos pacientes sobre o processo de RC, o que limitou a comparação de resultados. Por outro lado, a metodologia utilizada permitiu explorar as percepções do paciente e analisar o processo de reabilitação na perspectiva dos usuários. Assim novos estudos qualitativos com diferentes populações devem ser conduzidos, uma vez que as experiências únicas vivenciadas pelos participantes em seu meio possibilitam aprimorar a prática clínica.

4.2 Conclusão

Este estudo mostrou que os pacientes, dos dois protocolos de RC, protocolo de exercícios físicos e protocolo mais abrangente composto pelos exercícios físicos e ações educacionais em grupo percebem, a longo prazo, que o tratamento desenvolveu o conhecimento acerca da sua doença, promoveu ganhos funcionais e bem-estar psicossocial, indicando abordagem eficaz do serviço com impacto e relevância na vida dos coronariopatas.

O fato dos participantes do protocolo exercício, mesmo sem participarem de sessões educativas formais também identificarem na RC oportunidades de desenvolver o conhecimento, sugere que frequentar a RC, por si só, possibilita agregarem saberes por meio do convívio com os profissionais de saúde e com pacientes de condições de saúde similares, viabilizando troca de experiências e oportunidades de sanar dúvidas. Por outro lado, a educação sistematizada amplia a percepção dos participantes de RC sobre a importância do cuidado mais abrangente, além da realização de exercícios físicos.

4.3 Implicações Práticas

Ao dar voz aos usuários do serviço de RC foi possível entender as necessidades e expectativas dos pacientes. Esse conhecimento é importante para o refinamento da linha de cuidado dos coronariopatas com ajustes dos programas de RC, visando a melhor resposta da utilização do serviço com a inclusão do cuidado mais abrangente nos serviços.

Referências Bibliográficas

- [1] S.L. Grace, K.I. Turk-Adawi, A. Contractor, A. Atrey, N.R.C. Campbell, W. Derman, G.L.M. Ghisi, B.K. Sarkar, T.J. Yeo, F. Lopez-Jimenez, J. Buckley, D. Hu, N. Sarrafzadegan, Cardiac Rehabilitation Delivery Model for Low-Resource Settings: An International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation Consensus Statement, *Prog. Cardiovasc. Dis.* 59 (2016) 303–322. doi:10.1016/j.pcad.2016.08.004.
- [2] A.H. Herdy, F. López-Jiménez, C.P. Terzic, M. Milani, R. Stein, T. Carvalho, S. Serra, C.G. Araujo, P.C. Zeballos, C.V. Anchique, G. Burdiat, K. González, G. González, R. Fernández, C. Santibáñez, J.P. Rodríguez-Escudero, Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular, *Arq. Bras. Cardiol.* 103 (2014) 1–31.
http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2014/Diretriz_de_Consenso_Sul-Americano.pdf (accessed June 6, 2019).
- [3] M.F. Piepoli, U. Corrà, S. Adamopoulos, W. Benzer, B. Bjarnason-Wehrens, M. Cupples, P. Dendale, P. Doherty, D. Gaita, S. Höfer, H. McGee, M. Mendes, J. Niebauer, N. Pogossova, E. Garcia-Porrero, B. Rauch, J. Paul Schmid, P. Giannuzzi, Secondary prevention in the clinical management of patients with cardiovascular diseases. Core components, standards and outcome measures for referral and delivery. A Policy Statement from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association for, *Eur. J. Prev. Cardiol.* 21 (2014) 664–681. doi:10.1177/2047487312449597.
- [4] S.C. Smith, E.J. Benjamin, R.O. Bonow, L.T. Braun, M.A. Creager, B.A. Franklin, R.J. Gibbons, S.M. Grundy, L.F. Hiratzka, D.W. Jones, D.M. Lloyd-

- Jones, M. Minissian, L. Mosca, E.D. Peterson, R.L. Sacco, J. Spertus, J.H. Stein, K.A. Taubert, AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: A guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation, *Circulation*. 124 (2011) 2458–2473. doi:10.1161/CIR.0b013e318235eb4d.
- [5] S. Woodruffe, L. Neubeck, R.A. Clark, K. Gray, C. Ferry, J. Finan, S. Sanderson, T.G. Briffa, Australian Cardiovascular Health and Rehabilitation Association (ACRA) Core Components of Cardiovascular Disease Secondary Prevention and Cardiac Rehabilitation 2014, *Hear. Lung Circ.* 24 (2015) 430–441. doi:10.1016/j.hlc.2014.12.008.
- [6] S. Kachur, V. Chongthammakun, C.J. Lavie, A. De Schutter, R. Arena, R. V. Milani, B.A. Franklin, Impact of cardiac rehabilitation and exercise training programs in coronary heart disease, *Prog. Cardiovasc. Dis.* 60 (2017) 103–114. doi:10.1016/j.pcad.2017.07.002.
- [7] S.R. McMahon, P.A. Ades, P.D. Thompson, The role of cardiac rehabilitation in patients with heart disease, *Trends Cardiovasc. Med.* 27 (2017) 420–425. doi:10.1016/j.tcm.2017.02.005.
- [8] L. Anderson, N. Oldridge, D.R. Thompson, A.-D. Zwisler, K. Rees, N. Martin, R.S. Taylor, Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *J. Am. Coll. Cardiol.* 67 (2016) 1–12. doi:10.1002/14651858.CD001800.pub3.
- [9] N.N. Kabboul, G. Tomlinson, T.A. Francis, S.L. Grace, G. Chaves, V. Rac, T. Daou-Kabboul, J.M. Bielecki, D.A. Alter, M. Krahn, Comparative Effectiveness of the Core Components of Cardiac Rehabilitation on Mortality and Morbidity: A

- Systematic Review and Network Meta-Analysis, *J. Clin. Med.* 7 (2018) 514.
doi:10.3390/jcm7120514.
- [10] P. da S. Taddeo, K.W.L. Gomes, A. Caprara, A.M. de A. Gomes, G.C. de Oliveira, T.M.M. Moreira, Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas, *Cien. Saude Colet.* 17 (2012) 2923–2930.
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf> (accessed June 7, 2019).
- [11] G.L. de M. Ghisi, K. Scane, N. Sandison, S. Maksymiu, V. Skeffington, P. Oh, Development of an Educational Curriculum for Cardiac Rehabilitation Patients and their Families, *J. Clin. Exp. Cardiol.* 06 (2015) 1–13. doi:10.4172/2155-9880.1000373.
- [12] L. Anderson, J.P. Brown, A.M. Clark, H. Dalal, H.K. Rossau, C. Bridges, R.S. Taylor, Patient education in the management of coronary heart disease., *Cochrane Database Syst. Rev.* 6 (2017) 1–104.
doi:10.1002/14651858.CD008895.pub3.
- [13] G.L. de M. Ghisi, F. Abdallah, S.L. Grace, S. Thomas, P. Oh, A systematic review of patient education in cardiac patients: Do they increase knowledge and promote health behavior change?, *Patient Educ. Couns.* 95 (2014) 160–174. doi:10.1016/j.pec.2014.01.012.
- [14] G.L. de M. Ghisi, S.L. Grace, S. Thomas, A.M. Vieira, I.Z. Costa, P. Oh, Knowledge and exercise behavior maintenance in cardiac rehabilitation patients receiving educational interventions, *Hear. Lung.* 44 (2015) 474–480.
doi:10.1016/j.hrtlng.2015.09.004.
- [15] G.S. da S. Chaves, G.L. de M. Ghisi, S.L. Grace, P. Oh, A.L. Ribeiro, R.R. Britto, Effects of comprehensive cardiac rehabilitation on functional capacity in a middle-income country: a randomised controlled trial., *Heart.* 0 (2018) 1–8.

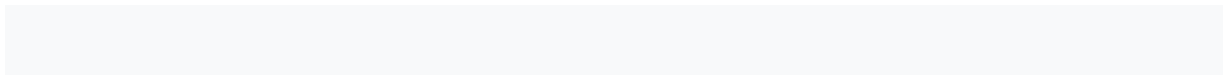
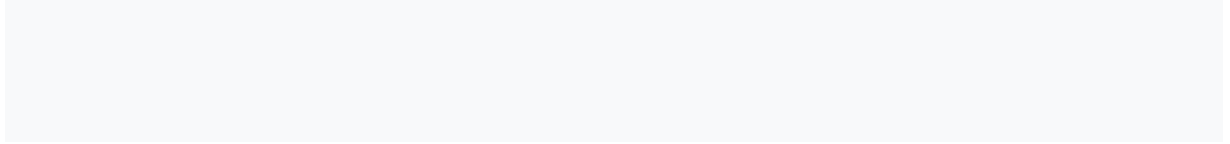
- doi:10.1136/heartjnl-2018-313632.
- [16] G.S.S. Chaves, G. Lima de Melo Ghisi, R.R. Britto, S.L. Grace, Maintenance of Gains, Morbidity, and Mortality at 1 Year Following Cardiac Rehabilitation in a Middle-Income Country: A Wait-List Control Crossover Trial., *J. Am. Heart Assoc.* 8 (2019). doi:10.1161/JAHA.118.011228.
- [17] X. Yang, Y. Li, X. Ren, X. Xiong, L. Wu, J. Li, J. Wang, Y. Gao, H. Shang, Y. Xing, Effects of exercise-based cardiac rehabilitation in patients after percutaneous coronary intervention: A meta-analysis of randomized controlled trials, *Sci. Rep.* 7 (2017) 44789. doi:10.1038/srep44789.
- [18] C.S. de A. Pio, G. Chaves, P. Davies, R. Taylor, S. Grace, Interventions to Promote Patient Utilization of Cardiac Rehabilitation: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis, *J. Clin. Med.* 8 (2019) 189.
doi:10.3390/jcm8020189.
- [19] T.B. Hansen, S.K. Berg, K.L. Sibilitz, A.D. Zwisler, T.M. Norekvål, A. Lee, N. Buus, Patient perceptions of experience with cardiac rehabilitation after isolated heart valve surgery, *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 17 (2018) 45–53.
doi:10.1177/1474515117716245.
- [20] K.M. Hillsdon, P. Kersten, H.J. Kirk, A qualitative study exploring patients' experiences of standard care or cardiac rehabilitation post minor stroke and transient ischaemic attack, *Clin. Rehabil.* 27 (2013) 845–853.
doi:10.1177/0269215513478956.
- [21] F. Jokar, H. Yousefi, A. Yousefy, M. Sadeghi, Begin Again and Continue With Life: A Qualitative Study on the Experiences of Cardiac Rehabilitation Patients., *J. Nurs. Res.* 25 (2017) 344–352.
doi:10.1097/JNR.000000000000220.

- [22] B.C. Yates, M.L. Vazquez Hernandez, S.A. Rowland, D.E. Bainter, P. Schulz, C.K. Hanson, A Qualitative Study of Experiences of Participants in Cardiac Rehabilitation, *J. Cardiopulm. Rehabil. Prev.* 38 (2018) 1–4.
doi:10.1097/HCR.0000000000000317.
- [23] P.M. Galdas, H.B.K. Kang, Punjabi Sikh patients' cardiac rehabilitation experiences following myocardial infarction: a qualitative analysis, *J. Clin. Nurs.* 19 (2010) 3134–3142. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03430.x.
- [24] E.J. Sutton, D.E. Rolfe, M. Landry, L. Sternberg, J.A.D. Price, Cardiac rehabilitation and the therapeutic environment: The importance of physical, social, and symbolic safety for programme participation among women, *J. Adv. Nurs.* 68 (2012) 1834–1846. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06041.x.
- [25] G.S.S. Chaves, G.L.M. Ghisi, S.L. Grace, P. Oh, A.L. Ribeiro, R.R. Britto, Effects of comprehensive cardiac rehabilitation on functional capacity and cardiovascular risk factors in Brazilians assisted by public health care: protocol for a randomized controlled trial, *Brazilian J. Phys. Ther.* 20 (2016) 592–600.
doi:10.1590/bjpt-rbf.2014.0192.
- [26] C.M. Callahan, F.W. Unverzagt, S.L. Hui, A.J. Perkins, H.C. Hendrie, Six-item screener to identify cognitive impairment among potential subjects for clinical research., *Med. Care.* 40 (2002) 771–781.
doi:10.1097/01.MLR.0000024610.33213.C8.
- [27] M.-R. Chen, Q.-H. Guo, X.-Y. Cao, Z. Hong, X.-H. Liu, A preliminary study of the Six-Item Screener in detecting cognitive impairment., *Neurosci. Bull.* 26 (2010) 317–21. doi:10.1007/s12264-010-0106-1.
- [28] B.J.B. Fontanella, J. Ricas, E.R. Turato, Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas, *Cad. Saude Publica.*

- 24 (2008) 17–27. doi:10.1590/S0102-311X2008000100003.
- [29] L. Bardin, *Análise de Conteúdo*, Reto LA, tradutor, São Paulo, 2011.
<https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>.
- [30] S. Cartledge, S. Feldman, J.E. Bray, D. Stub, J. Finn, 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.* 74 (2018) 1157–1169. doi:10.1111/jan.13522.
- [31] S. Barello, G. Graffigna, E. Vegni, M. Savarese, F. Lombardi, A.C. Bosio, “Engage me in taking care of my heart”: a grounded theory study on patient-cardiologist relationship in the hospital management of heart failure., *BMJ Open.* 5 (2015) 1–11. doi:10.1136/bmjopen-2014-005582.
- [32] M. Kangasniemi, M. Hirjaba, K. Kohonen, E. Vellone, T. Moilanen, A.-M. Pietilä, The cardiac patients’ perceptions of their responsibilities in adherence to care: a qualitative interview study, *J. Clin. Nurs.* 26 (2017) 2583–2592. doi:10.1111/jocn.13642.
- [33] S.N. Sweet, M.-J. Perrier, C. Saunders, J.G. Caron, H. Dufour Neyron, What keeps them exercising? A qualitative exploration of exercise maintenance post-cardiac rehabilitation, *Int. J. Sport Exerc. Psychol.* 17 (2019) 381–396. doi:10.1080/1612197X.2017.1362458.
- [34] S. White, P. Bissell, C. Anderson, A qualitative study of cardiac rehabilitation patients’ perspectives on making dietary changes, *J. Hum. Nutr. Diet.* 24 (2011) 122–127. doi:10.1111/j.1365-277X.2010.01136.x.
- [35] E.M.L. Wong, X.B. Zhong, J.W.H. Sit, S.Y. Chair, D.Y.P. Leung, C. Leung, K.C.

- Leung, Attitude toward the out-patient cardiac rehabilitation program and facilitators for maintenance of exercise behavior, *Psychol. Health Med.* 21 (2016) 724–734. doi:10.1080/13548506.2015.1115107.
- [36] F.T. O'Hagan, M.F. Coutu, S.G. Thomas, D.J. Mertens, Work Reintegration and Cardiovascular Disease: Medical and Rehabilitation Influences, *J. Occup. Rehabil.* 22 (2012) 270–281. doi:10.1007/s10926-011-9345-x.
- [37] E. Pihl, B. Fridlund, J. Mårtensson, Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis, *Scand. J. Caring Sci.* 25 (2011) 3–11. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00780.x.
- [38] S.J. Hardcastle, K. McNamara, L. Tritton, Using Visual Methods to Understand Physical Activity Maintenance following Cardiac Rehabilitation., *PLoS One.* 10 (2015) 1–18. doi:10.1371/journal.pone.0138218.
- [39] R. McPhillips, P. Salmon, A. Wells, P. Fisher, Cardiac Rehabilitation Patients' Accounts of Their Emotional Distress and Psychological Needs: A Qualitative Study, *J. Am. Heart Assoc.* 8 (2019) 1–14. doi:10.1161/JAHA.118.011117.
- [40] G.N. Holder, W.C. Young, S.R. Nadarajah, A.M. Berger, Psychosocial experiences in the context of life-threatening illness: The cardiac rehabilitation patient, *Palliat. Support. Care.* 13 (2015) 749–756. doi:10.1017/S1478951514000583.
- [41] S. White, P. Bissell, C. Anderson, Patients' Perspectives on Cardiac Rehabilitation, Lifestyle Change and Taking Medicines: Implications for Service Development, *J. Health Serv. Res. Policy.* 15 (2010) 47–53. doi:10.1258/jhsrp.2009.009103.

Consentimento informado e detalhes do paciente: "Eu confirmo que todos os identificadores pessoais dos pacientes foram removidos ou disfarçados para que o paciente / pessoa (s) descritos não são identificáveis e não podem ser identificados através dos detalhes da história. "



Os destaques:

- Para os pacientes a RC promove conhecimento, ganhos funcionais e bem-estar.
- A percepção dos benefícios da RC se mantem a longo prazo.
- Para os participantes do protocolo exercício a RC também desenvolve o conhecimento.
- O convívio na RC é favorável para a promoção do conhecimento dos pacientes.
- A educação sistematizada amplia a percepção dos participantes sobre a importância do cuidado mais abrangente.

FIGURA 1

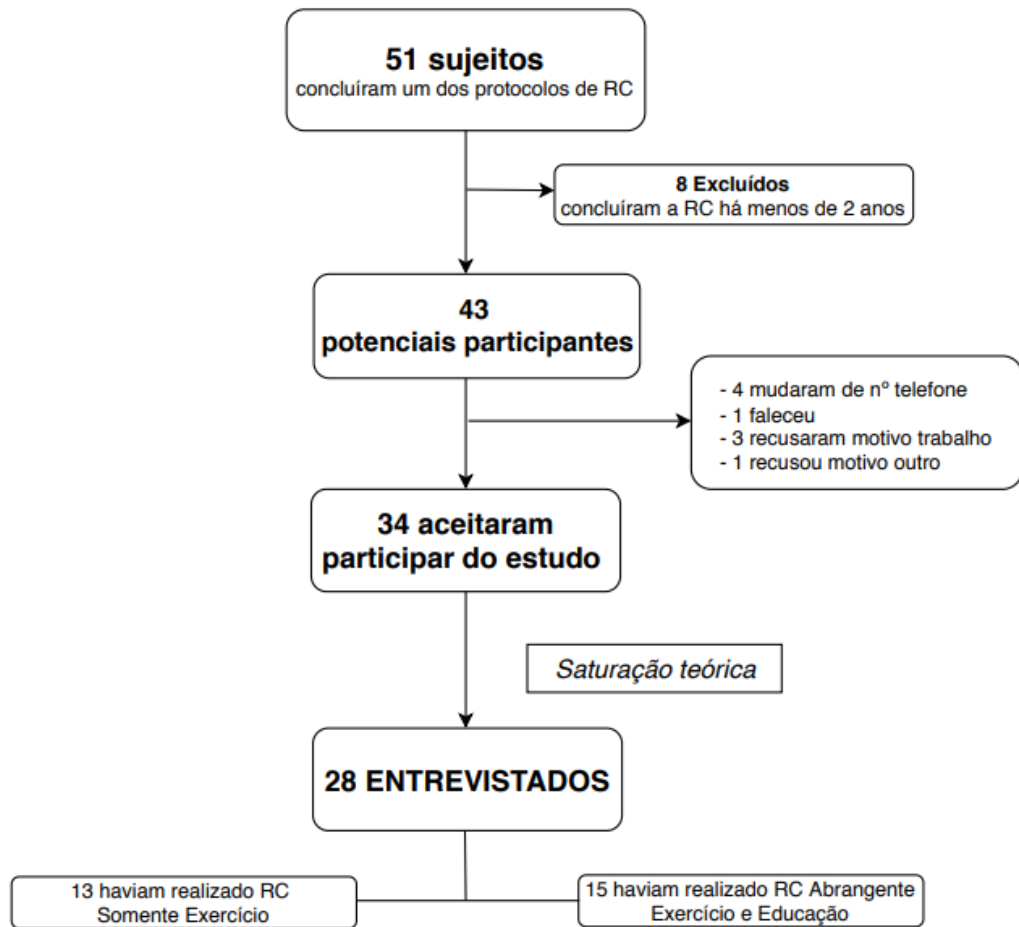


Figura 1. Diagrama do fluxo da amostra do estudo.

TABELA 1

Tabela 1		Dados sociodemográficos dos participantes		
		RC Exercício (n=13)	RC Abrangente Exercício e Educação (n=15)	Total (n=28)
Idade: intervalo, média		47-74 (66,00)	49-74 (65,46)	47-74 anos (65,71)
Sexo	Homens	10 (76,92%)	10 (66,67%)	20 (71,43%)
	Mulheres	3 (23,08%)	5 (33,33%)	8 (28,57%)
Estado civil	Solteiro	2 (15,38%)	2 (13,33%)	4 (14,29%)
	Casado	9 (69,23%)	10 (66,67%)	19 (67,86%)
	Viúvo	1 (7,69%)	1 (6,67%)	2 (7,14%)
	Separado	1 (7,69%)	2 (13,33%)	3 (10,71%)
Ocupação	Do lar	1 (7,69%)	-	1 (3,57%)
	Empregado	4 (30,77%)	5 (33,33%)	9 (32,14%)
	Aposentado	8 (61,54%)	10 (66,67%)	18 (64,29%)
	Desempregado	-	-	-
Escolaridade	Nunca frequentou escola	1 (7,69%)	1 (6,67%)	2 (7,14%)
	Fundamental incompleto	9 (69,23%)	9 (60%)	18 (64,29%)
	Fundamental completo	1 (7,69%)	-	1 (3,57%)
	Ensino médio incompleto	-	-	-
	Ensino médio completo	1 (7,69%)	4 (26,67%)	5 (17,86%)
	Ensino superior incompleto	-	-	-
	Ensino superior completo	1 (7,69%)	1 (6,67%)	2 (7,14%)
Renda Familiar Mensal	Pós Graduação	-	-	-
	até 1 salário mínimo	1 (7,69%)	3 (20%)	4 (14,29%)
	De 1 à 2 salários mínimos	4 (30,77%)	2 (13,33%)	6 (21,43%)
	De 2 à 3 salários mínimos	4 (30,77%)	6 (40%)	10 (35,71%)
	De 3 à 4 salários mínimos	2 (15,38%)	2 (13,33%)	4 (14,29%)
	De 4 à 5 salários mínimos	1 (7,69%)	1 (6,67%)	2 (7,14%)
	De 5 à 6 salários mínimos	-	1 (6,67%)	1 (3,57%)
Não quis revelar	1 (7,69%)	-	1 (3,57%)	

FIGURA 2

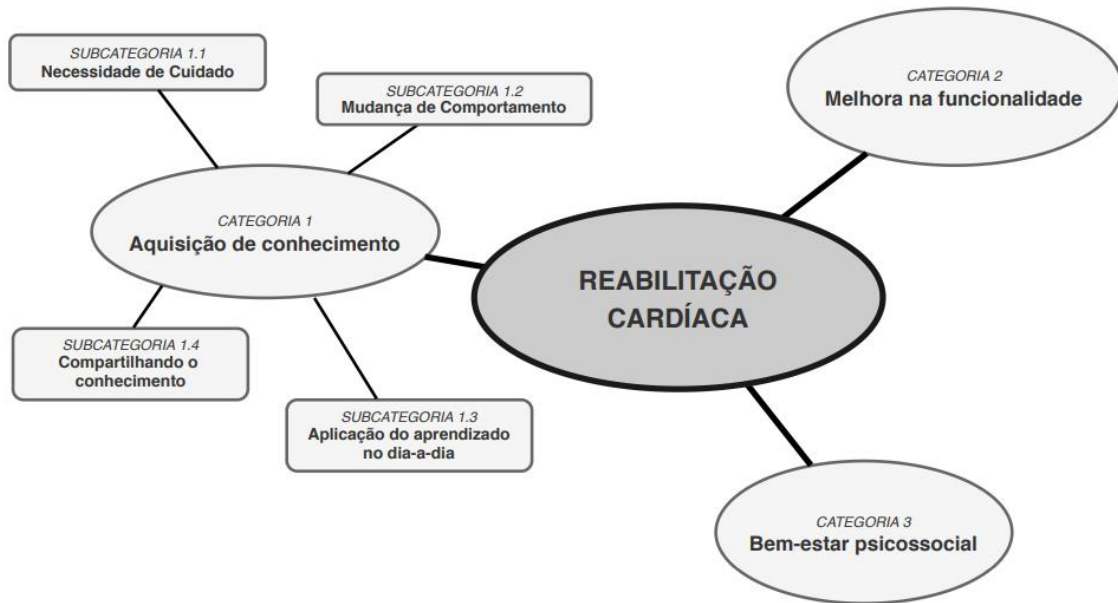


Figura 2. Percepções dos pacientes sobre a Reabilitação Cardíaca.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação foi realizada sob orientação da professora doutora Raquel Rodrigues Britto e coorientação da professora doutora Marcella Guimarães Assis considerando a proposta pedagógica do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (PPGCR) da UFMG. O estudo está inserido na área de concentração do Desempenho Funcional Humano, na linha de pesquisa em Desempenho Cardiorrespiratório.

Para o refinamento dos programas de RC, visando a melhor resposta da utilização do serviço com aumento da adesão ao tratamento é necessário ampliar o conhecimento sobre os cuidados cardíacos na perspectiva do usuário, pois a percepção sobre o serviço de RC possui natureza inerentemente subjetiva e multidimensional, e as necessidades apresentadas pelos pacientes muitas vezes não correspondem aos objetivos ou percepções dos provedores do serviço. Poucos estudos, no entanto, investigam a percepção dos pacientes com DAC sobre a participação na RC e não foi encontrado nenhum estudo dessa natureza desenvolvido em países com contexto similares ao Brasil. Esse estudo deu voz ao público que usufruiu do serviço e possibilitou entender melhor como pensam esses pacientes, suas expectativas e necessidades com relação ao serviço. Os resultados apresentados no artigo elaborado durante o período do mestrado apontam que os coronariopatas entrevistados perceberam a RC como uma intervenção que proporcionou aquisição de conhecimentos, melhora na funcionalidade e bem-estar psicossocial, 2 anos após encerrarem o tratamento.

Com a realização das entrevistas emergiram vários dados e futuros estudos poderão tratá-los a fim de conhecer melhor sobre a influência da RC na manutenção de hábitos saudáveis, explorar se os pacientes que receberam ou não processo educativo sistematizado têm percepções diferentes sobre a RC e/ou se aderem de forma diferenciada aos hábitos saudáveis e investigar quais foram as dificuldades encontradas pelos pacientes que não seguiram as orientações e quais estratégias foram utilizadas por aqueles que seguiram as orientações.

O desenvolvimento deste estudo foi uma experiência enriquecedora em âmbitos profissionais e pessoais. Sou muito grata por essa oportunidade de voltar a envolver com a pesquisa após anos afastada da academia e pelo reencontro com a área cardiovascular a qual sempre me encantou antes mesmo da minha formação

profissional. Envolver com a metodologia qualitativa foi desafiador e superar as dificuldades e a insipiência só foram possíveis com a colaboração e acolhida da Prof^a. Dr^a. Marcella Guimarães Assis.

Além do projeto desenvolvido e redação desta dissertação, cumpri ao longo do curso 25 créditos incluindo as disciplinas metodologia da pesquisa e metodologia da pesquisa qualitativa, bioestatística, busca avançada e gerenciamento de referências, didática do ensino superior, estágio em docência, neurociências e reabilitação, seminários de dissertação. Disciplinas que contribuíram amplamente para o desenvolvimento do projeto, execução da pesquisa e elaboração dessa dissertação.

A experiência do mestrado me proporcionou aquisição de novos conhecimentos e aguçou novos interesses, que incluem o desejo de continuar envolvida em pesquisa e docência. E anseio levar as habilidades adquiridas durante essa etapa para o meu contexto profissional buscando sempre aprimorar a prática clínica com novas perguntas e na busca das melhores evidências científicas com o propósito de oferecer qualidade no serviço prestado.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, L. *et al.* Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 67, n. 1, p. 1–12, 5 jan. 2016.
- BISCIGLIA, A. *et al.* Risk Factors for Ischemic Heart Disease. **Reviews on Recent Clinical Trials**, v. 14, n. 2, p. 86–94, 31 maio 2019.
- BJARNASON-WEHRENS, B. *et al.* Recommendations for resistance exercise in cardiac rehabilitation. Recommendations of the German Federation for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. **European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation**, v. 11, n. 4, p. 352–361, 28 ago. 2004.
- BLOOM, D. E. *et al.* **The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases**. Geneva: [s.n.]. Disponível em: <http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2019.
- BRITTO, R. R. *et al.* Cardiac rehabilitation availability and delivery in Brazil: a comparison to other upper middle-income countries. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, 5 mar. 2019.
- CESAR, L. A. M. *et al.* Diretriz brasileira de doença coronariana estável. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 103, n. 2 Supl. 2, p. 73, 2014.
- CHAVES, G. S. DA S. *et al.* Effects of comprehensive cardiac rehabilitation on functional capacity in a middle-income country: a randomised controlled trial. **Heart (British Cardiac Society)**, v. 0, p. 1–8, 3 out. 2018.
- CHAVES, G. S. S. *et al.* Effects of comprehensive cardiac rehabilitation on functional capacity and cardiovascular risk factors in Brazilians assisted by public health care: protocol for a randomized controlled trial. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 20, n. 6, p. 592–600, dez. 2016.
- CHAVES, G. S. S. *et al.* Maintenance of Gains, Morbidity, and Mortality at 1 Year Following Cardiac Rehabilitation in a Middle-Income Country: A Wait-List Control Crossover Trial. **Journal of the American Heart Association**, v. 8, n. 4, 19 fev. 2019.
- FALUDI, A. A. *et al.* Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose - 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 1, 2017.
- FUCHS, F. D. Prevenção Primária de Cardiopatia Isquêmica: medidas não medicamentosas e medicamentosas. **Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil**, v. 1, n. 5, p. 1–9, 2016.
- GHISI, G. L. DE M. *et al.* A systematic review of patient education in cardiac patients: Do they increase knowledge and promote health behavior change? **Patient Education**

and Counseling, v. 95, n. 2, p. 160–174, maio 2014.

GHISI, G. L. DE M. *et al.* Development of an Educational Curriculum for Cardiac Rehabilitation Patients and their Families. **Journal of Clinical & Experimental Cardiology**, v. 06, n. 05, p. 1–13, 30 maio 2015a.

GHISI, G. L. DE M. *et al.* Knowledge and exercise behavior maintenance in cardiac rehabilitation patients receiving educational interventions. **Heart & Lung**, v. 44, n. 6, p. 474–480, nov. 2015b.

GRACE, S. L. *et al.* Cardiac Rehabilitation Series: Canada. **Progress in cardiovascular diseases**, v. 56, n. 5, p. 530, 2014.

HANSEN, T. B. *et al.* Patient perceptions of experience with cardiac rehabilitation after isolated heart valve surgery. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 17, n. 1, p. 45–53, 15 jan. 2018.

HERDY, A. H. *et al.* Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 103, n. 2 Supl.1, p. 1–31, 2014.

HILLSDON, K. M.; KERSTEN, P.; KIRK, H. J. A qualitative study exploring patients' experiences of standard care or cardiac rehabilitation post minor stroke and transient ischaemic attack. **Clinical Rehabilitation**, v. 27, n. 9, p. 845–853, 29 set. 2013.

JOKAR, F. *et al.* Begin Again and Continue With Life: A Qualitative Study on the Experiences of Cardiac Rehabilitation Patients. **The journal of nursing research : JNR**, v. 25, n. 5, p. 344–352, out. 2017.

JOSEPH, P. *et al.* Reducing the Global Burden of Cardiovascular Disease, Part 1. **Circulation Research**, v. 121, n. 6, p. 677–694, 1 set. 2017.

KABBOUL, N. N. *et al.* Comparative Effectiveness of the Core Components of Cardiac Rehabilitation on Mortality and Morbidity: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. **Journal of Clinical Medicine**, v. 7, n. 12, p. 514, 4 dez. 2018.

KACHUR, S. *et al.* Impact of cardiac rehabilitation and exercise training programs in coronary heart disease. **Progress in Cardiovascular Diseases**, v. 60, n. 1, p. 103–114, jul. 2017.

LUZ, P. L. DA; FAVARATO, D. Doença Coronária Crônica. **Arq Bras Cardiol**, v. 72, n. n° 1, p. 1–21, 1999.

MCCREERY, C. *et al.* Cardiac Rehabilitation Guidelines 2013. **Irish Association of Cardiac Rehabilitation.**, 2013.

MCCMAHON, S. R.; ADES, P. A.; THOMPSON, P. D. The role of cardiac rehabilitation in patients with heart disease. **Trends in Cardiovascular Medicine**, v. 27, n. 6, p. 420–425, ago. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sim/cnv/obt10>>. Acesso em: 5 jun. 2019.

NASCIMENTO, B. R. *et al.* Cardiovascular Disease Epidemiology in Portuguese-Speaking Countries: data from the Global Burden of Disease, 1990 to 2016. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 110, n. 6, p. 500–511, 2018.

PESAH, E. *et al.* A Review of Cardiac Rehabilitation Delivery Around the World. **Progress in Cardiovascular Diseases**, v. 60, n. 2, p. 267–280, set. 2017.

PIEPOLI, M. F. *et al.* 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. **Atherosclerosis**, v. 252, p. 207–274, set. 2016.

PIO, C. S. DE A. *et al.* Interventions to Promote Patient Utilization of Cardiac Rehabilitation: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Clinical Medicine**, v. 8, n. 2, p. 189, 5 fev. 2019.

PRICE, K. J. *et al.* A review of guidelines for cardiac rehabilitation exercise programmes: Is there an international consensus? **European Journal of Preventive Cardiology**, v. 23, n. 16, p. 1715–1733, 10 nov. 2016.

RAGUPATHI, L. *et al.* Availability, Use, and Barriers to Cardiac Rehabilitation in LMIC. **Global Heart**, v. 12, n. 4, p. 323–334, 2017.

RANALDI, H.; DEIGHAN, C.; TAYLOR, L. Exploring patient-reported outcomes of home-based cardiac rehabilitation in relation to Scottish, UK and European guidelines: An audit using qualitative methods. **BMJ Open**, v. 8, n. 12, p. 1–10, 2018.

ROTH, G. A. *et al.* Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 70, n. 1, p. 1–25, 4 jul. 2017.

RUY, E. *et al.* Diretriz De Reabilitação Cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 5, p. 431–440, 2005.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, 4 jun. 2011.

SIMÃO, A. F. *et al.* I Diretriz Brasileira De Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n. 6, 2013.

SIQUEIRA, A. DE S. E.; SIQUEIRA-FILHO, A. G. DE; LAND, M. G. P. Analysis of the Economic Impact of Cardiovascular Diseases in the Last Five Years in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 1, p. 39–46, 2017.

SMITH, S. C. *et al.* AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update. **Circulation**, v. 124, n. 22, p. 2458–2473, 29 nov. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Cardiômetro**. Disponível em:

<<http://www.cardiometro.com.br/>>. Acesso em: 2 jun. 2019.

TADDEO, P. DA S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2923–2930, 2012.

THOMPSON, D. R.; SKI, C. F.; CLARK, A. M. Cardiac rehabilitation and secondary prevention: Wrong terms, aims, models and outcomes? **European Journal of Preventive Cardiology**, v. 26, n. 9, p. 995–997, 2019.

WOODRUFFE, S. *et al.* Australian Cardiovascular Health and Rehabilitation Association (ACRA) Core Components of Cardiovascular Disease Secondary Prevention and Cardiac Rehabilitation 2014. **Heart, Lung and Circulation**, v. 24, n. 5, p. 430–441, maio 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cardiovascular diseases (CVDs)**. Disponível em: <[https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))>. Acesso em: 1 jun. 2019a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Estimates 2016**. Disponível em: <https://www.who.int/healthinfo/global.../GHE2016_Deaths_WBInc_2000_2016.xls>. Acesso em: 5 jun. 2019b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/>

YANG, X. *et al.* Effects of exercise-based cardiac rehabilitation in patients after percutaneous coronary intervention: A meta-analysis of randomized controlled trials. **Scientific Reports**, v. 7, n. 1, p. 44789, 17 abr. 2017.

YATES, B. C. *et al.* A Qualitative Study of Experiences of Participants in Cardiac Rehabilitation. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention**, v. 38, n. 4, p. E6–E9, jul. 2018.

APÊNDICES

Apêndice 1

PERCURSO METODOLÓGICO

1. Delineamento do Estudo

Este estudo utilizou a metodologia qualitativa para identificar a percepção dos pacientes sobre a participação em RC. Essa abordagem é capaz de estar na perspectiva do sujeito para compreender com profundidade suas opiniões, atitudes, hábitos, representações, crenças e valores, e, portanto, a mais adequada para o objeto de investigação do estudo (MINAYO, 2000).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Parecer Consubstanciado do CEP nº CAAE 95424518.3.0000.5149, em 28 de agosto de 2018 (Anexo A), pela unidade Multiprofissional e Reabilitação do Hospital das Clínicas da UFMG (Anexo B) e pelo Serviço de Reabilitação Cardiovascular e Metabólica do Hospital das Clínicas da UFMG (Anexo C), local onde a pesquisa foi desenvolvida e a coleta de dados realizada.

2. Participantes

A amostra de conveniência recrutada foi composta indivíduos de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, residentes na região metropolitana de Belo Horizonte (cidade de grande porte, Brasil) e encaminhados para o Serviço de Reabilitação Cardiovascular do Hospital das Clínicas da UFMG com DAC, pós infarto miocárdico ou submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio ou intervenção coronária percutânea.

Para serem incluídos no presente estudo qualitativo, os pacientes deveriam ter participado e concluído há mais de dois anos um dos protocolos de RC referentes ao estudo “Efeitos da reabilitação cardíaca abrangente na capacidade funcional em um país de renda média: ensaio clínico randomizado” (CHAVES *et al.*, 2018). Foram excluídos do estudo pacientes com alterações cognitivas, por exemplo demência, avaliados pelo Six-Item Screener (SIS) (CALLAHAN *et al.*, 2002) (Apêndice 2), e que

obtiveram um escore menor que três (CHEN *et al.*, 2010), que pudesse impedir o participante de responder à entrevista.

A amostra foi obtida a partir dos 51 sujeitos que participaram e concluíram um dos dois protocolos da RC utilizados por Chaves *et al.* (2018) (CHAVES *et al.*, 2018). O referido estudo foi desenvolvido em 2015 no Serviço de Reabilitação Cardiovascular do Hospital Universitário da UFMG e objetivou investigar os efeitos da RC mais abrangente sobre a capacidade funcional e os fatores de risco, quando comparado com RC somente de exercício ou sem RC. Para tanto, o estudo ofereceu dois protocolos de RC, o primeiro protocolo constituído por 36 sessões de exercícios com orientações não sistematizadas e o segundo foi um protocolo mais abrangente composto pelas mesmas sessões de exercícios somadas a 24 sessões educacionais sistematizadas respaldada por um livro de trabalho que consta de explicações e atividades de aprendizagem com temas baseados no mapeamento prévio das necessidades de informações dos pacientes (CHAVES *et al.*, 2016).

Um total de 51 pacientes concluíram um dos dois protocolos de RC, e desses oito haviam recebido alta do programa em um prazo inferior a dois anos até o final da coleta dos dados qualitativos, em janeiro de 2019. Dos 43 potenciais participantes a participarem do presente estudo quatro não foram contatados devido a mudança nos números de telefone, um faleceu, três recusaram devido a incompatibilidade de agenda de trabalho e um recusou por motivo outro.

A amostra por conveniência do presente estudo foi constituída de 28 coronariopatas que aceitaram participar das entrevistas e o fechamento do número de participantes foi definido durante a realização das coletas com base no princípio da saturação teórica. Refere-se ao processo pelo qual os pesquisadores coletam e analisam dados até não haver novos temas emergentes, ou seja, os dados obtidos se tornam redundantes e repetitivos, não sendo considerado relevante persistir na coleta (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008b).

3. Procedimentos

A partir da lista dos sujeitos que participaram do estudo “Efeitos da reabilitação cardíaca abrangente na capacidade funcional em um país de renda média: ensaio clínico randomizado” (CHAVES *et al.*, 2018), foram contatados por telefone os pacientes que participaram e concluíram há mais de 2 anos um dos protocolos de RC

a fim de saber sua disponibilidade e interesse em participar da atual pesquisa. Aos interessados foi esclarecido os objetivos do estudo, informado dos procedimentos que incluíam entrevistas com necessidade de gravação de áudio, assegurado a confidencialidade das informações fornecidas e que poderiam se retirar do estudo a qualquer momento sem penalidades. Além disso, aqueles que aceitaram ser entrevistados, realizaram ainda por telefone o SIS (CALLAHAN *et al.*, 2002) (Apêndice 2), que é um instrumento breve, fácil de ser aplicado e confiável para identificação de sujeitos com comprometimento cognitivo. Foi desenvolvido por Callahan *et al.* (2002) derivado do *Mini-Mental State Examination* (MMSE), e pode ser administrado por telefone ou entrevista face a face, consta de três itens de recordação do registro de objetos e três itens de orientação temporal. Seu score varia entre zero e seis, é facilmente pontuado somando o número de erros (CALLAHAN *et al.*, 2002). O ponto de corte do escore do SIS utilizado foi três erros, que possui 88,7% de sensibilidade e 88,0%, especificidade para detectar demência (CHEN *et al.*, 2010). E na ausência de comprometimento cognitivo identificável, os pacientes tiveram acordado um dia e horário para realização presencial das entrevistas, no ambulatório.

No dia acordado, os participantes foram novamente orientados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3). As entrevistas foram realizadas individualmente, por um único pesquisador, em um ambiente calmo e silencioso no serviço de Reabilitação Cardiovascular (RCV) do Hospital das Clínicas da UFMG. As entrevistas foram gravadas em equipamento digital, e posteriormente transcritas e analisadas. Após as transcrições, elas foram encaminhadas aos entrevistados para autorização final. Visando garantir o anonimato dos participantes os mesmos foram identificados de acordo com sexo, idade, estado civil, escolaridade e protocolo de RC.

4. Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada presencial e individual, constituída por perguntas abertas e abrangentes. Foi elaborado um roteiro para a entrevista que foi usado de forma flexível permitindo aos participantes a liberdade de se expressar (Apêndice 4). O roteiro foi composto por três partes: a primeira são os dados pessoais, sociodemográficos e clínicos dos

participantes; na parte 2 foram abordadas as questões relativas a experiência dos pacientes ao participarem da RC, os aspectos positivos e negativos da RC e sugestões para o programa, essa foi objeto de estudo no artigo apresentado; a parte 3 constituiu a abordagem dos fatores de risco, os facilitadores e barreiras para seguir com os hábitos saudáveis aprendidos e os impactos na vida, essas questões serão estudadas em novos artigos. O roteiro desenvolvido foi testado previamente, em um estudo piloto realizado em setembro de 2018 com dois pacientes, para avaliar se estava compreensível e/ou se demandava alguma adequação, o que não se fez necessário.

Entre setembro de 2018 a janeiro de 2019 foram realizadas por um único pesquisador as coletas de dados, que ocorreram no Serviço de Reabilitação Cardiovascular do Hospital Universitário da Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 20 minutos, foram gravadas em equipamento digital e posteriormente transcritas em sua totalidade pelo mesmo pesquisador que as realizou. Após as transcrições, elas foram encaminhadas aos entrevistados para autorização final e enfim analisadas.

5. Análise de dados

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo temática. Essa análise constitui de três fases distintas. A fase inicial foi a pré-análise do material, em que os dados coletados foram organizados e foi realizada uma leitura flutuante dos materiais transcritos, para conhecer inicialmente o material e criar familiaridade com ele. Em uma segunda fase foi feita uma análise exploratória, em que se realizou a leitura atenta e exaustiva de cada transcrição para identificar e estabelecer codificações para construir os núcleos de sentido que compõem a comunicação. E por fim, a terceira e última fase correspondeu ao tratamento dos resultados obtidos, em que os dados foram interpretados e relacionados com base no referencial teórico (BARDIN, 2011).

Referências

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Reto LA, tradutor, 2011.

CALLAHAN, C. M. *et al.* Six-item screener to identify cognitive impairment among potential subjects for clinical research. **Medical care**, v. 40, n. 9, p. 771–781, 1 set. 2002.

CHAVES, G. S. DA S. *et al.* Effects of comprehensive cardiac rehabilitation on functional capacity in a middle-income country: a randomised controlled trial. **Heart (British Cardiac Society)**, v. 0, p. 1–8, 3 out. 2018.

CHAVES, G. S. S. *et al.* Effects of comprehensive cardiac rehabilitation on functional capacity and cardiovascular risk factors in Brazilians assisted by public health care: protocol for a randomized controlled trial. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 20, n. 6, p. 592–600, dez. 2016.

CHEN, M.-R. *et al.* A preliminary study of the Six-Item Screener in detecting cognitive impairment. **Neuroscience bulletin**, v. 26, n. 4, p. 317–21, ago. 2010.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17–27, jan. 2008.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. [s.l.] Editora Hucitec, 2000.

Apêndice 2

SIX –ITEM SCREENER (SIS)

APPENDIX A. TABLE 1. Six-Item Screener

1. I would like to ask you some questions that ask you to use your memory. I am going to name three objects. Please wait until I say all three words, then repeat them. Remember what they are because I am going to ask you to name them again in a few minutes. Please repeat these words for me: APPLE—TABLE—PENNY. (Interviewer may repeat names 3 times if necessary but repetition not scored.)		
<i>Did patient correctly repeat all three words?</i>	Yes	No
	Incorrect	Correct
1. What year is this?	0	1
2. What month is this?	0	1
3. What is the day of the week?	0	1
What were the three objects I asked you to remember?		
4. <i>Apple</i> =	0	1
5. <i>Table</i> =	0	1
6. <i>Penny</i> =	0	1

VERSÃO EM PORTUGUÊS

SIX- ITEM SCREENER

Eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas que pedem para você usar sua memória.

Eu vou nomear três objetos. Por favor, espere até eu dizer as três palavras e repita-as. Lembre-se delas, porque eu vou perguntar novamente em alguns minutos.

Por favor, repita estas palavras para mim: MAÇÃ-MESA-MOEDA. (O entrevistador pode repetir os nomes 3 vezes, se necessário, mas a repetição não é pontuada).

O paciente repetiu corretamente as três palavras?	SIM	NÃO
1. Que ano estamos?	0	1
2. Que mês estamos?	0	1
3. Qual é o dia da semana?	0	1
Quais foram os três objetos que pedi para você lembrar?		
4. <i>MAÇÃ</i>	0	1
5. <i>MESA</i>	0	1
6. <i>MOEDA</i>	0	1

Apêndice 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa **“Percepção de cardiopatas sobre a reabilitação cardíaca.”**

Os avanços nesta área ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Este estudo tem como objetivo compreender como as pessoas que fazem reabilitação cardíaca, como foi o seu caso, percebem esse tratamento e as mudanças que ocorreram em suas vidas, ou seja, o que você acha que foi bom e ruim na reabilitação e quais comportamentos saudáveis que você aprendeu durante a reabilitação que você está, ou não, conseguindo manter no seu dia-a-dia.

Para tanto, gostaríamos de contar com a sua colaboração para participar da entrevista, respondendo perguntas sobre o que achou do programa de reabilitação cardíaca, o relato de sua experiência, os aspectos positivos e negativos, os impactos na sua vida, seus hábitos antes e depois do PRC que incluem tabagismo, uso de álcool, exercício, dietas alimentares e adesão à medicação, as dificuldades e estratégias (barreiras /facilitadores) para seguir com os hábitos saudáveis aprendidos após o fim do programa. Suas informações na entrevista serão gravadas em aparelho áudio digital e utilizadas exclusivamente pela pesquisadora que posteriormente irá transcrever e destruir o conteúdo gravado. A transcrição da entrevista será encaminhada para a aprovação final do senhor(a). Não há respostas certas ou erradas, o importante é a sua opinião.

Rubrica do sujeito de pesquisa

Rubrica do pesquisador

LOCAL E DURAÇÃO: A entrevista será presencial, com um tempo estimado de 40 minutos para sua realização e irá ocorrer no ambulatório de reabilitação cardiovascular no Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção à Saúde do Idoso e da Mulher do Hospital das Clínicas da UFMG.

RISCOS: Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, pois podem decorrer de possível desconforto ou constrangimento ao responder a alguma questão específica; riscos estes minimizados pois o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Essa entrevista não vai interferir caso venha a precisar do serviço de reabilitação. Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados fornecidos durante a entrevista e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

BENEFÍCIOS: A realização deste estudo irá contribuir para os profissionais da área da saúde para compreender como pensam os pacientes e propor estratégias para melhorar o serviço de reabilitação e incentivar a manutenção, pelos pacientes, dos comportamentos saudáveis que são importantes nessa condição de saúde.

Rubrica do sujeito de pesquisa

Rubrica do pesquisador

NATUREZA VOLUNTÁRIA DO ESTUDO/LIBERDADE PARA SE RETIRAR: A sua participação é voluntária e o(a) Sr(a) tem o direito de se recusar a participar por qualquer razão e a qualquer momento.

GASTOS FINANCEIROS: Não há despesas para o participante. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

GARANTIA DE ACESSO E CONFIDENCIALIDADE: Você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Você dispõe de total liberdade para esclarecer qualquer dúvida que possa surgir durante o estudo com as pesquisadoras: Isabella de Oliveira Nascimento: (31)988502022 (bellaon@hotmail.com), ou Raquel Rodrigues Britto: (31) 99970-4527 (rbritto@ufmg.br). Você também poderá obter informações sobre os aspectos éticos da pesquisa com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG no telefone (31) 3409-4592 e endereço Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. Andar, sala 2005 – Campus Pampulha, onde esse trabalho foi aprovado.

Você tem direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas quando houver, bem como saber de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora Isabella de Oliveira Nascimento em arquivo físico no Departamento de Fisioterapia da UFMG e digital no computador da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Todos os seus dados são confidenciais, sua identidade não será revelada publicamente em hipótese alguma. As informações obtidas serão analisadas pelos

Rubrica do sujeito de pesquisa

Rubrica do pesquisador

pesquisadores e poderão ser usadas apenas para fins de pesquisa e de publicações científicas.

Você também receberá uma via deste Termo de Consentimento e, se quiser, antes de assiná-lo, poderá consultar alguém de sua confiança.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____

voluntariamente aceito participar desta pesquisa. Portanto, concordo com tudo que foi exposto acima e dou o meu consentimento.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura do voluntário: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Testemunha _____

Testemunha _____

Termo registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II 2º andar/Sala 2005 - Campus Pampulha - Belo Horizonte/MG Telefone: (31) 3409-4592



Apêndice 4

ROTEIRO DE ENTREVISTA

**PERCEPÇÃO DE CARDIOPATAS SOBRE O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDÍACA.**

Mestranda: Isabella de Oliveira Nascimento

Orientadora: Prof^a. Raquel Rodrigues BrittoCoorientadora: Prof^a. Marcella Guimarães Assis

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____

Horário Início: _____ Horário Fim: _____ Duração: _____

PARTE 1:

Nome: _____ Identificação: _____

Idade: _____ anos Data Nasc: ____/____/____ Sexo: () feminino () masculino

Telefone: () _____ (fixo), () _____ (celular)

Cidade e bairro que reside: _____

End completo: _____

Dados Demográficos:**Estado civil:**

- () Solteiro
 () Casado
 () Viúvo
 () Separado

Escolaridade:

- () Nunca frequentou escola
 () Fundamental incompleto
 () Fundamental completo
 () Ensino médio incompleto
 () Ensino médio completo
 () Ensino superior incompleto
 () Ensino superior completo
 () Pós-graduação

Ocupação:

- Do lar
- Empregado (especifique: _____)
- Aposentado
- Desempregado

Renda familiar mensal:

- sem renda
- Até 1 salário mínimo
- De 1 à 2 salários mínimos
- De 2 à 3 salários mínimos
- De 4 à 5 salários mínimos
- Acima de 6 salários mínimos

Dados clínicos:

Motivo do encaminhamento para reabilitação:

- coronariopata submetido a angioplastia
- coronariopata submetido a cirurgia de revascularização do miocárdio
- IAM

Início da reabilitação: ____/____/____ Final da reabilitação: ____/____/____

Número de sessões realizadas: _____ Assiduidade: _____%

Realizou a avaliação de acompanhamento? () sim Data: ____/____/____ () não

Receita médica atualizada:

Apresentou evento cardíaco ou internação recente, após o fim do Programa de Reabilitação Cardíaca?

Exames recentes relevantes:

PARTE 2:

- 1) Como foi sua experiência ao participar do Programa de Reabilitação Cardíaca?
 - a. Quais os aspectos positivos do Programa de Reabilitação Cardíaca?
 - b. Quais os aspectos negativos do Programa de Reabilitação Cardíaca?
- 2) Qual a sua opinião sobre as aulas educativas? (para o grupo que participou)
- 3) O(a) senhor(a) tem alguma sugestão para o Programa de Reabilitação Cardíaca? (exercício ou na educação)
- 4) O(A) senhor(a) gostaria de fazer alguma pergunta e/ou comentário?

PARTE 3:

- 5) Havia alguma atividade do seu dia-a-dia que o(a) senhor(a) não era capaz de realizar antes do Programa de Reabilitação Cardíaca? Qual?
- 6) Ao final do Programa de Reabilitação Cardíaca, o(a) senhor(a) consegue realizar as atividade que precisa no seu dia-a-dia? Como?
- 7) Atualmente, o(a) senhor(a) segue as orientações fornecidas durante o Programa de Reabilitação Cardíaca? (Exercício físico, alimentação, cigarro, ingestão de bebida alcoólica, medicação)? Relate como.
 SIM NÃO

Exercício físico

- a) O(a) senhor(a) realiza exercício físico? SIM NÃO

- Se SIM:

- b) Qual exercício o(a) senhor(a) realiza?
- c) Quantas vezes na semana?
- d) Quantos minutos por dia?
- e) O(a) senhor(a) acompanha o quanto cansa durante o exercício? Como?

- Se *NÃO*:

b) Quais os motivos?

Alimentação

f) Como é a sua alimentação? (Quais alimentos come diariamente?)

g) O(a) senhor(a) acrescenta sal a comida durante as refeições? (Sabe mensurar? Usa saleiro?)

Tabagismo

h) O(A) senhor(a) fuma?

- Se *SIM*:

i) Quantos cigarros o(a) senhor(a) fuma por dia?

- Se *NÃO*:

j) O(A) senhor(a) já foi fumante?

k) O(A) senhor(a) parou de fumar há quanto tempo?

Álcool

l) O(A) senhor(a) ingere bebida alcoólica?

- Se *SIM*:

m) Com qual frequência o(a) senhor(a) bebe?

n) Qual a quantidade de bebida alcoólica o(a) senhor(a) consome em uma semana?

- Se *NÃO*:

o) Já ingeriu?

Medicação

p) O(A) senhor(a) toma a medicação conforme orientado pelo médico?

- Se *SIM*:

q) O(A) senhor(a) utiliza alguma estratégia para tomar a medicação conforme orientado? (Despertador, lembrete na geladeira, conta com ajuda de alguém)

- Se *NÃO*:

q) Quais os motivos?

8) Quais as facilidades encontradas para seguir as orientações fornecidas durante o Programa de Reabilitação Cardíaca?

9) O(a) senhor(a) utiliza alguma estratégia para seguir as orientações fornecidas? Quais?

10) Quais as dificuldades encontradas para seguir as orientações fornecidas durante o Programa de Reabilitação Cardíaca?

Fatores de risco:

Fator de risco	Sim	Não	Detalhes
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo: () I () II
			Glicemia de jejum:
			Data do exame: ____/____/____
Obesidade (IMC >30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peso: <input type="text"/> Altura: <input type="text"/>
			IMC (Kg/m ²):
			CC (cm):
			Data avaliação: ____/____/____
Hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PA (mmHg):
			Data avaliação: ____/____/____
Dislipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol total:
			HDL:
			LDL:
			Triglicerídeos:
			Data avaliação: ____/____/____

ANEXOS

Anexo A

Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE CARDIOPATAS SOBRE A REABILITAÇÃO CARDÍACA.

Pesquisador: Raquel Rodrigues Brito

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 95424518.3.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.849.254

Apresentação do Projeto:

“Os programas de reabilitação cardíaca (PRC) tem como principal objetivo prevenir novos eventos cardíacos por meio da adoção de hábitos saudáveis. Em geral, PRC utilizam protocolos de exercícios físicos e ações educacionais voltadas para modificação dos diversos fatores que aumentam o risco de doença arterial coronária (DAC). Um dos principais desafios dos PRC é obter mudanças sustentadas nos hábitos de vida. Poucos estudos investigam a percepção dos pacientes sobre a influência dos PRC nesse processo. Assim, o objetivo principal deste estudo é explorar a percepção dos pacientes sobre a participação em PRC e sobre a influência do PRC na manutenção de hábitos saudáveis. Metodologia: Trata-se de um estudo qualitativo, com amostra por conveniência de coronariopatas de ambos os sexos, que finalizaram o PRC entre 12 e 18 meses e realizaram a avaliação de acompanhamento após 6 meses de conclusão da reabilitação cardíaca (RC), de grupos que receberam e que não receberam o processo educativo sistematizado durante o PRC. Os participantes serão entrevistados utilizando um roteiro semiestruturado com perguntas abertas e abrangentes que abordarão os motivos pelos quais os pacientes realizaram a RC, o relato de sua experiência, os aspectos positivos e negativos da RC, os impactos na vida, hábitos antes e depois do PRC, os facilitadores e barreiras para seguir com os hábitos saudáveis aprendidos após o fim do programa. As entrevistas serão gravadas, posteriormente transcritas na íntegra e encaminhadas aos entrevistados para sua aprovação final. A análise temática e de conteúdo será realizada nas

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. 51 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3-409-4592 E-mail: coep@proq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.849.254

respostas transcritas."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar a percepção dos pacientes sobre a participação em PRC e sobre a influência do PRC na manutenção de hábitos saudáveis.

Objetivo Secundário:

1. Identificar se os pacientes adotaram hábitos saudáveis após o fim do programa.
2. Explorar se os pacientes que receberam ou não processo educativo sistematizado têm percepções diferentes sobre a RC e/ou se aderem de forma diferenciada aos hábitos saudáveis.
3. Investigar quais foram as dificuldades encontradas pelos pacientes que não seguiram as orientações e quais estratégias foram utilizadas por aqueles que seguiram as orientações."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Os riscos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos, pois podem decorrer de possível desconforto ou constrangimento ao responder a alguma questão específica; riscos estes minimizados pois o participante pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Essa entrevista não vai interferir caso o

entrevistado venha a precisar do serviço de reabilitação. Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados fornecidos durante a entrevista e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, asseguramos que o nome do entrevistado não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo.

Benefícios:

O estudo é importante para identificar se existe a necessidade de ações afirmativas contínuas após a alta da RC, quando o paciente retorna para a assistência primária. Estudos como este podem contribuir para o refinamento da linha de cuidado dos coronariopatas de acordo com o proposto pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)."

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8527 2ª Ad 31 2008

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4802

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 2.849.254

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e pertinente para a área de conhecimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

Sou a favor, S.M.J., de aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1116877.pdf	26/08/2018 21:13:08		Acelto
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE_alterado.pdf	26/08/2018 21:11:07	ISABELLA DE OLIVEIRA NASCIMENTO	Acelto
Outros	Carta_resposta_ao_COEP.pdf	26/08/2018 21:10:32	ISABELLA DE OLIVEIRA NASCIMENTO	Acelto
Outros	CartaAnuenciAREAB.pdf	10/07/2018 15:06:00	Raquel Rodrigues Brito	Acelto
Outros	Declaracao_depe_hc_ufmg.pdf	10/07/2018 15:04:37	Raquel Rodrigues Brito	Acelto
Outros	cartadeencaminhamentoPP.pdf	10/07/2018 15:01:10	Raquel Rodrigues Brito	Acelto
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada.pdf	06/07/2018 10:58:30	Raquel Rodrigues Brito	Acelto

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl 2006
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4502 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 2.849.254

Parecer Anterior	ParecerconsubstanciadoaprovadopelaComaradeDepartamento.pdf	04/07/2018 22:03:37	ISABELLA DE OLIVEIRA NASCIMENTO	Acelto
Orçamento	Orçamentoeфинanciamento.pdf	04/07/2018 21:59:31	ISABELLA DE OLIVEIRA NASCIMENTO	Acelto
Cronograma	Cronograma.pdf	04/07/2018 21:57:42	ISABELLA DE OLIVEIRA NASCIMENTO	Acelto
Declaração de Pesquisadores	termodecompromissopesquisadores.pdf	04/07/2018 21:45:32	ISABELLA DE OLIVEIRA NASCIMENTO	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.pdf	04/07/2018 21:45:08	ISABELLA DE OLIVEIRA NASCIMENTO	Acelto
Outros	954245183aprovacaocassinada.pdf	28/08/2018 10:19:17	Vivian Resende	Acelto
Outros	954245183parecerassinado.pdf	28/08/2018 10:19:27	Vivian Resende	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 28 de Agosto de 2018

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. 51 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

Anexo B

Aprovação do projeto pela unidade Multiprofissional e Reabilitação do Hospital das Clínicas da UFMG

EBSERH
ESCRITÓRIO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE

90 ANOS
 HC-UFMG

UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

MEMORANDO 107 / 2018 – Unidade Multiprofissional/HC/UFMG-EBSERH

Belo Horizonte, 25 de junho de 2018

De: Liliane Moraes Amaral
 Chefe da Unidade Multiprofissional e Reabilitação

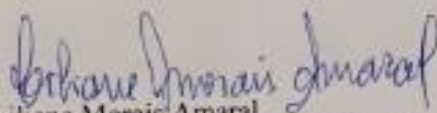
Para: Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFMG filial EBSERH

Interessada:

Assunto: Anuência ao projeto de pesquisa intitulado "Percepção de Cardiopatas sobre a Reabilitação Cardíaca"

Venho por meio desse declarar que a proposta de trabalho de pesquisa empreendida pela mestrada Isabella de Oliveira Nascimento, orientanda da Profa. Raquel Rodrigues Brito, no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional será desenvolvida nas dependências do Hospital das Clínicas da UFMG, filial EBSERH. Trata-se da aplicação de uma entrevista semiestruturada para avaliar a percepção de cardiopatas, sobre o processo de Reabilitação Cardíaca. Como não se trata de estudo quase experimental, implicando somente na aplicação de questionário aos pacientes, que assinarão termo de compromisso, caso decidam por participação no estudo.

Segundo consta dos documentos do projeto de pesquisa, não haverá danos decorrentes da aplicação dos instrumentos de pesquisa. Também não apresenta custos adicionais para o hospital, já que as despesas serão bancadas pelo pesquisador e seu orientador. O projeto está em conformidade com os critérios de elegibilidade da Unidade Multiprofissional e Reabilitação do HC/UFMG, filial EBSERH, para a realização da pesquisa. Salvo melhor juízo, não encontramos ressalvas quanto ao desenvolvimento do mesmo.




Liliane Moraes Amaral
 Chefe da Unidade Multiprofissional e Reabilitação
 HC/UFMG - EBSERH

Liliane Moraes Amaral
 Chefe da unidade Multiprofissional
 Insc. UFMG 2194252

Anexo C

Aprovação do projeto pelo Serviço de Reabilitação Cardiovascular e Metabólica do Hospital das Clínicas da UFMG

 Hospital das Clínicas <small>Universidade Federal de Minas Gerais</small>	<i>Serviço de Reabilitação Cardiovascular e Metabólica</i>
---	--

Carta de Anuência

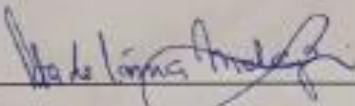
Venho informar que o Serviço de Reabilitação Cardiovascular e Metabólica do Hospital das Clínicas da UFMG está de acordo com a realização do projeto de pesquisa intitulado "PERCEPÇÃO DE CARDIOPATAS SOBRE A REABILITAÇÃO CARDÍACA" em suas dependências.

Este estudo será desenvolvido pela mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Isabella de Oliveira Nascimento, sob orientação da Profa. Raquel Rodrigues Britto do Departamento de Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG.

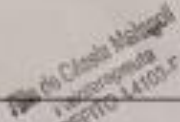
Trata-se de estudo que implica em entrevista estruturada e não tem previsão de nenhuma intervenção. A realização do estudo não implicará em gasto adicional para esta instituição. Todo material necessário para o estudo será custeado pelos pesquisadores.

Os pacientes serão convidados a participar do estudo e somente aqueles que assinarem o termo de consentimento serão incluídos.

Belo Horizonte, 25 de abril de 2018



Fisioterapeuta Rita de Cassia Malagoli
Serviço de Reabilitação Cardiovascular e Metabólica



MINICURRÍCULO

Dados pessoais

Nome: Isabella de Oliveira Nascimento

Nascimento: 06/09/1984

CPF: 787.060.766-53

Link para Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1596664674346971>

Formação acadêmica

- 2015 - 2015 Especialização em MBA Executivo em Saúde.
Instituto Candido Mendes - Campos dos Goytacazes, ICAM, Campos Dos Goytacazes, Brasil
Título: O FISIOTERAPEUTA NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE SERVIDORES PÚBLICOS
- 2006 - 2009 Graduação em Fisioterapia.
Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, Brasil
Título: PERCEPÇÃO DE BARREIRAS AMBIENTAIS POR PAIS DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL: IMPACTO DA GRAVIDADE DO COMPROMETIMENTO MOTOR E DA CLASSE ECONÔMICA
Orientador: Profa. Sheyla Rossana C. Furtado
- 2003 - 2005 Graduação em Fisioterapia.
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, PUC Minas, Belo Horizonte, Brasil

Atuação profissional

2015 – Atual: Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, CEFET-MG,
Vínculo institucional: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Fisioterapeuta

Produção Bibliográfica

Artigos submetidos em periódicos

Lima, A., NASCIMENTO, I., OLIVEIRA, A., MARTINS, T., PEREIRA, D., BRITTO, R. Attendance, Viability and Effectiveness of Cardiac Telerehabilitation in Brazilians assisted by public health care: protocol for a randomized controlled trial. JMIR Research Protocols

Trabalhos apresentados e publicados em anais no período do mestrado

NASCIMENTO, I.O, LIMA, A.P., BRITTO, R.R., PEREIRA, D.A.G., MARTINS, T.H.S., SANTOS, C.K.P., SANTOS, M.S., GONÇALVES, A.P.C. Relação entre capacidade funcional autorrelatada, número de passos/dia e classificação de risco com capacidade funcional mensurada pelo Incremental Shuttle Walking Test em coronariopatas. Pôster Moderado. In: XIX Simpósio Internacional De Fisioterapia

Cardiorrespiratória E Fisioterapia Em Terapia Intensiva, 2018, Manaus. Assobrafir Ciência – Suplemento 1 - Anais do XIX SIFR, 2018. V.9., p.75.

LIMA, A.P., NASCIMENTO, I.O, PEREIRA, D.A.G., BRITTO, R.R., MALAGOLI, R.C., SANTOS, A. E. P., NOGUEIRA, T. S., OLIVEIRA, A. C. A. Oliveira, BRITTO, R.R. Nível de atividade física registrada por pedômetro: comparação com o registro pelo paciente e avaliação de associação com a capacidade funcional autorrelatada. Pôster Temático. In: XIX Simpósio Internacional De Fisioterapia Cardiorrespiratória E Fisioterapia Em Terapia Intensiva, 2018, Manaus. Assobrafir Ciência – Suplemento 1 - Anais do XIX SIFR, 2018. V.9., p.352.

Participação em eventos no período do mestrado:

XIX Simpósio Internacional De Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia Em Terapia Intensiva, Manaus, 2018.

II Simpósio Mineiro de Atualização em Ergometria, Reabilitação Cardíaca e Cardiologia do Esporte, Belo Horizonte, 2019.