



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIA BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM BACHARELADO EM FISIOTERAPIA**

ANA ISABEL GONÇALVES CARIOLANO

**IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS PARA A REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR
EM PACIENTES INTERNADOS POR CIRURGIA CARDÍACA EM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA NO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO**

**CAMPINA GRANDE – PB
JUNHO DE 2024**

ANA ISABEL GONÇALVES CARIOLANO

**IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS PARA A REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR
EM PACIENTES INTERNADOS POR CIRURGIA CARDÍACA EM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA NO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Tereza do Nascimento Sales Figueiredo Fernandes

**CAMPINA GRANDE – PB
JUNHO DE 2024**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C277i Cariolano, Ana Isabel Goncalves.
Identificação de barreiras para a reabilitação cardiovascular em pacientes internados por cirurgia cardíaca em hospital de referência no interior do Nordeste brasileiro [manuscrito] / Ana Isabel Goncalves Cariolano. - 2024.

38 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2024.

"Orientação : Prof. Dr. Ana Tereza do Nascimento Sales Figueiredo Fernandes, Coordenação do Curso de Fisioterapia - CCBS."

1. Doenças cardiovasculares. 2. Reabilitação cardíaca. 3. Saúde pública. I. Título

21. ed. CDD 615.82

ANA ISABEL GONÇALVES CARIOLANO

IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS PARA A REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR
EM PACIENTES INTERNADOS POR CIRURGIA CARDÍACA EM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA NO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO

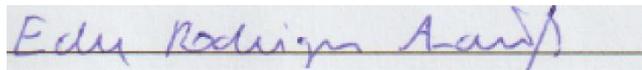
Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado ao Departamento do Curso
de Fisioterapia da Universidade Estadual
da Paraíba - UEPB, como requisito parcial
à obtenção do título de Bacharel em
Fisioterapia.

Aprovada em: 27/06/2024

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Ana Tereza do Nascimento Sales Figueiredo Fernandes (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Éder Rodrigues Araújo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof^a. Dr^a. Thayla Amorim Santino
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Deus, pois Ele é a minha força e aos meus pais, que sempre me apoiaram na realização dos meus sonhos, DEDICO.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fatores da EBRC e suas pontuações	13
Figura 2 - Patologias associadas	16
Figura 3 - Resultados obtidos dos fatores da EBRC	17

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características da população estudada	15
Tabela 2 - Dados socioeconômicos e demográficos da população estudada	16
Tabela 3 - Hábitos de vida da população estudada	17
Tabela 4 - Resultados obtidos das médias dos fatores da EBRC	18
Tabela 5 - Comparação entre escores da EBRC e variáveis das características e hábitos de vida da população estudada	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIA	Comunicação Interatrial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCVs	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
EBRC	Escala de Barreiras para a Reabilitação Cardíaca
GBD	Global Burden of Disease
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ICO	Insuficiência Coronariana
OMS	Organização Mundial de Saúde
RCV	Reabilitação Cardiovascular
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	METODOLOGIA	12
2.1	Tipo de estudo	12
2.2	População/Amostra	12
2.3	Critérios de Inclusão e Exclusão	13
2.4	Aspectos éticos	13
2.5	Coleta de dados	13
2.6	Análise dos dados	14
3	RESULTADOS	14
4	DISCUSSÃO	19
5	CONCLUSÃO	22
	REFERÊNCIAS	22
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	25
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO: IDENTIFICAÇÃO, SOCIODEMOGRÁFICO E HÁBITOS DE VIDA	27
	APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIAS COM PROJETO DE PESQUISA	28
	APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	29
	APÊNDICE E – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE ARQUIVO OU PRONTUÁRIOS (TCDA)	30
	APÊNDICE F – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (TAI)	31
	APÊNDICE G – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO E COLETA DE DADOS DE ARQUIVO OU PRONTUÁRIOS (TAICDA)	32
	APÊNDICE H – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	33
	ANEXO A	37
	AGRADECIMENTOS	38

IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS PARA A REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES INTERNADOS POR CIRURGIA CARDÍACA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO

IDENTIFICATION OF BARRIERS TO CARDIOVASCULAR REHABILITATION IN PATIENTS ADMITTED FOR HEART SURGERY IN A REFERRAL HOSPITAL IN THE INSIDE OF NORTHEAST BRAZIL

Ana Isabel Gonçalves Cariolano¹
Ana Tereza do Nascimento Sales Figueiredo Fernandes²

RESUMO

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCVs) constituem um grupo de distúrbios do coração e dos vasos sanguíneos, sendo consideradas a principal causa de morte no mundo e um problema de saúde pública. A prevenção compreende a abordagem dos fatores de risco modificáveis e o tratamento inclui terapia medicamentosa, reabilitação cardiovascular (RCV) e por vezes, procedimentos cirúrgicos. A RCV promove a recuperação cardíaca através do bem-estar físico e psicossocial, controla os fatores de riscos, melhora a qualidade de vida, e reduz a mortalidade e internações. Apesar dos benefícios, a RCV enfrenta um cenário de baixa adesão por parte dos pacientes. A literatura descreve tais motivos como barreiras, nas quais podem acontecer por diversas razões. Nesse contexto, a identificação dessas barreiras se faz importante com o objetivo de traçar as estratégias mais eficazes para os programas de RCV. **Objetivo:** Identificar as barreiras para a participação e adesão de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em programas de RCV do município de Campina Grande – PB e regiões circunvizinhas. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, que utilizou dados provenientes da aplicação de um questionário sociodemográfico e da Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (EBRC) em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca do Centro Hospitalar João XXIII. **Resultados:** Foram avaliados um total de 29 pacientes internados para procedimento cirúrgico em decorrência da DCV, com média de idade de $56,3 \pm 16,3$ anos, diagnosticados com insuficiência coronariana (ICO) (48%), insuficiência valvar (17%), comunicação interatrial (CIA) (7%), estenose valvar (14%) e, alguns participantes apresentavam dois diagnósticos concomitantemente (14%). Na comparação entre os fatores da EBRC, o fator 1: comorbidades/estado funcional deteve o maior escore ($16 \pm 4,3$); sendo seguido do fator 2: necessidades percebidas ($13,9 \pm 4,3$); fator 5: acesso ($12,1 \pm 2,9$); fator 3: problemas pessoais/familiares ($7,7 \pm 2,2$); e fator 4: viagem/conflitos de trabalho ($5,2 \pm 2$). **Conclusão:** Nossos dados sugerem que as comorbidades, o estado funcional e as necessidades percebidas, têm grande impacto na vida dos portadores de DCV, perfazendo as maiores barreiras relatadas pelos participantes. A natureza desses dados fornecem pistas para a mitigação das barreiras, podendo auxiliar na formulação de estratégias para otimização dos programas de RCV, oferecendo o acompanhamento dos pacientes em todos os níveis de atenção à saúde.

Palavras-chave: doenças cardiovasculares; reabilitação cardíaca; saúde pública.

¹Aluna de graduação em Fisioterapia na Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

²Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia na Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases (CVDs) constitute a group of disorders of the heart and blood vessels, being considered the main cause of death in the world and a public health problem. Prevention involves addressing modifiable risk factors and treatment includes drug therapy, cardiovascular rehabilitation (CVR) and sometimes surgical procedures. CVR promotes cardiac recovery through physical and psychosocial well-being, controls risk factors, improves quality of life, and reduces mortality and hospitalizations. Despite the benefits, CVR faces low patient adherence. The literature describes such reasons as barriers, which can occur for several reasons. In this context, identifying these barriers is important in order to outline the most effective strategies for CVR programs. **Objective:** To identify barriers to the participation and adherence of patients undergoing cardiac surgery in CVR programs in the city of Campina Grande – PB and surrounding regions. **Methods:** This is a cross-sectional study, with a quantitative approach, which used data from the application of a sociodemographic questionnaire and the Barriers to Cardiac Rehabilitation Scale (BCRS) in patients undergoing cardiac surgery at Centro Hospitalar João XXIII. **Results:** A total of 29 patients admitted for a surgical procedure due to CVD were evaluated, with a mean age of 56.3 ± 16.3 years, diagnosed with coronary insufficiency (COI) (48%), valvular insufficiency (17%), communication interatrial interatrial (ASD) (7%), valvular stenosis (14%), and some participants had two diagnoses simultaneously (14%). When comparing the EBRC factors, factor 1: comorbidities/functional status had the highest score (16 ± 4.3); followed by factor 2: perceived needs (13.9 ± 4.3); factor 5: access (12.1 ± 2.9); factor 3: personal/family problems (7.7 ± 2.2); and factor 4: travel/work conflicts (5.2 ± 2). **Conclusion:** Our data suggest that comorbidities, functional status and perceived needs have a major impact on the lives of people with CVD, making up the biggest barriers reported by participants. The nature of these data provide clues for mitigating barriers and can help formulate strategies to optimize CVR programs, offering patient monitoring at all levels of health care.

Keywords: cardiovascular diseases; cardiac rehabilitation; public health.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCVs) constituem um grupo de distúrbios que atingem o funcionamento do coração e dos vasos sanguíneos, incluindo principalmente a doença cerebrovascular, doença cardíaca coronariana e de vasos periféricos, manifestações essas que acarretam alto impacto na qualidade de vida e produtividade das pessoas que convivem com tal situação de saúde. São consideradas a principal causa de morte no mundo, além de ser um problema de saúde pública pelo elevado custo governamental, pois detém altas despesas com internações e é grande causa de aposentadoria por invalidez (OMS, 2021; BRASIL, 2020).

De acordo com o *Global Burden of Disease* (GBD), o número de óbitos por DCVs aumentou de 12,1 milhões para 18,6 milhões entre 1990-2019, e a taxa de prevalência no Brasil em 2021, foi de 6,9% para os dois sexos, sendo maior entre os homens, 7,6%, do que entre as mulheres, 6,3% (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020; OLIVEIRA, G. M. M. et al., 2024). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2019, as DCVs representavam 32% da mortalidade mundial

e estima que até o ano de 2030, esses casos ultrapassem 23,3 milhões (MURRAY, C. et al., 2020; World Health Organization, 2021; BARBOSA, N. K. G. S. et al., 2020).

Em 2021 no Brasil, devido à pandemia da COVID-19, as doenças infecciosas tornaram-se a causa de morte primária, sendo responsáveis por 27% dos óbitos, enquanto as DCV representaram 21% de todas as mortes. Como também houve redução nas admissões hospitalares nos anos iniciais da pandemia (2020-2021), para todos os tipos de doenças do sistema circulatório. Há hipóteses que explicam tais dados, como: o aumento de óbito por DCV fora do hospital, redução da busca por assistência e admissão hospitalar de indivíduos com a DCV e COVID-19 concomitantemente, mas com registro primário apenas da COVID-19 (OLIVEIRA, G. M. M. et al., 2024).

O desenvolvimento das DCVs relaciona-se com fatores de risco modificáveis – estilo de vida e comportamento - e não modificáveis – sexo, idade e herança genética (SANTOS, L. S. T. A. et al., 2017). O seu aumento está também relacionado com o envelhecimento da população e com comorbidades pré-existentes, que são considerados fatores de risco clássicos, como hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitus (DM) (GOMES, C. S. et al, 2021). Relacionado a estes riscos, estão os fatores socioeconômicos, como a baixa renda que está diretamente ligado à adesão ao tratamento, pois quanto menor a renda, maior será a dificuldade para o acesso, seja de medicamentos ou a uma alimentação saudável, como também aos programas que visem a prevenção dos episódios agudos da doença (BARBOSA, N. K. G. S. et al., 2020).

A sua prevenção compreende a abordagem dos fatores de risco modificáveis existentes ou não em indivíduos sem a doença cardiovascular como também seu gerenciamento ao longo da vida. O tratamento inclui terapia medicamentosa, reabilitação cardiovascular (RCV) e por vezes procedimentos cirúrgicos: *by-pass* da artéria coronária; angioplastia com balão; reparação e substituição de válvulas; transplante cardíaco e operações de coração artificial (World Health Organization, 2021).

A RCV é um modelo multidisciplinar de prevenção secundária que promove a recuperação cardíaca através do bem-estar físico e psicossocial, tornando-se essencial para a recuperação cardiovascular. A educação do paciente sobre hábitos comportamentais (por exemplo, dieta e uso do tabaco) e exercícios físicos é fundamental no controle dos fatores de riscos, sendo responsáveis por minimizar a recorrência de eventos cardíacos, melhorar a qualidade de vida, otimizar o desempenho muscular e a resposta às atividades físicas dos participantes. A adesão a esses cuidados preventivos reduz em 26% a mortalidade cardiovascular e em 18% a hospitalização dispendiosa em comparação com os cuidados habituais (World Health Organization, 2021; IHARA, B. P. et al, 2021; CARVALHO, T. et al, 2020; MOGUEI, M. et al, 2017).

O programa de RCV é dividido em fases: 1) a primeira é intra-hospitalar e objetiva a otimização das condições física e psicológica para a alta do paciente; 2) a segunda é ambulatorial e inicia imediatamente após a alta hospitalar, durando em média 3 meses; 3) a terceira tem duração de 3 a 6 meses; 4) e a quarta tem duração prolongada. Em todas as fases objetiva-se a progressão e manutenção dos ganhos obtidos (CARVALHO, T. et al, 2020).

Em relação ao custo-efetividade da RCV, estudos mostram diferenças entre os países de alta e baixa renda, mas confirmam que estes custos são consideravelmente menores quando comparados aos procedimentos cardíacos agudos. Estes estudos

comparam as abordagens ambulatoriais e domiciliares, e concluiu-se que a reabilitação domiciliar pode ser mais econômica, no que diz respeito aos gastos com locomoção por parte dos pacientes, porém, sua efetividade dependerá do perfil do paciente e do modelo de intervenção adotado. Por isso, a literatura sugere que as diferentes formas de fornecimento do programa sejam exploradas, visando alcançar um maior número de pacientes dentro dos recursos disponíveis (MOGHEI, M. et al, 2017; WONG, W. P. et al, 2012).

Apesar dos benefícios comprovados e de ser fortemente recomendada pela OMS, a RCV ainda enfrenta um cenário de baixa adesão, com taxas de participação dos pacientes variando entre 7,5 e 29% e índices de desistência entre 40 – 55%. A literatura descreve os motivos para a baixa adesão e participação como barreiras (IHARA, B. P. et al, 2021; CARVALHO, T. et al, 2020).

Diversas são as causas que impedem o ingresso e a adesão dos pacientes na RCV. Alguns estudos mostram que essas barreiras estão relacionadas a fatores pessoais, financeiros, estado de saúde, dificuldades com transporte e até mesmo ao baixo nível de escolaridade, que pode limitar o conhecimento dos indivíduos sobre a RCV. Além desses desafios, o baixo índice de encaminhamento ao serviço de reabilitação, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Esse fato levanta um questionamento sobre o conhecimento dos profissionais acerca dos benefícios terapêuticos da RCV. Em subsequência, há também uma falta de conhecimento por parte dos financiadores de saúde sobre a relação custo-benefício dos programas de RCV (IHARA, B. P. et al, 2021; CARVALHO, T. et al, 2020; PESAH, E. et al, 2019).

Nesse contexto, a identificação e o conhecimento sobre as barreiras existentes para a RCV são cruciais para traçar estratégias mais eficazes nos programas de prevenção e tratamento para os pacientes com DCVs. Ademais, levando em consideração a perspectiva de um perfil de indivíduos internados em âmbito hospitalar e residentes no interior da região Nordeste, em busca de viabilizar o aperfeiçoamento do treinamento clínico e aumento da participação e adesão dos pacientes da região. Portanto, conforme o exposto, o presente estudo objetivou identificar as barreiras para a participação e adesão de pacientes internados por condições clínicas e cirúrgicas cardiovasculares em programas de RCV, bem como analisar o perfil sociodemográfico dos participantes.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal de abordagem quantitativa. Esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado: Identificação de barreiras para a reabilitação cardiovascular e aplicação de uma proposta educativa em saúde em pacientes internados por condição clínica cardíaca em hospital de referência desenvolvida no Centro Hospitalar João XXIII da cidade de Campina Grande-PB, que utilizou dados adquiridos a partir da aplicação de questionários em pacientes diagnosticados com DCV.

2.2 População/Amostra

A população deste estudo foi constituída por pacientes internados em unidade hospitalar que foram submetidos a procedimento cirúrgico em decorrência de DCVs,

de ambos os sexos, com idade acima dos 18 anos.

2.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Nesta pesquisa foram incluídos pacientes de ambos os sexos, diagnosticados com DCV e internados após realização de procedimento cirúrgico, ter 18 anos de idade ou mais e que aceitaram participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos do estudo aqueles que tinham algum fator cognitivo que impedisse a compreensão, que não aceitaram dar continuidade aos questionários após terem sido iniciadas as coletas, requereram a saída voluntária do estudo ou terem evoluído para óbito durante a internação.

2.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB (Parecer nº 5.482.253 - ANEXO A; CAAE: 76172623.0.0000.5187) e ocorreu em conformidade com o que preconiza as normas de pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de acordo com a lei número 466/12 de 12 de dezembro de 2012.

As demais informações sobre a pesquisa foram expressas no Termo de Consentimento de Livre Esclarecimento – TCLE (APÊNDICE A), onde o participante assinou confirmando o desejo de participar da pesquisa de forma voluntária, sendo coletados seus dados de forma anônima.

Após assinatura do termo de compromisso do pesquisador, aprovação do comitê de ética em pesquisa e assinatura do TCLE, a coleta de dados foi iniciada. Os dados coletados foram utilizados apenas para fins científicos, cuja privacidade e sigilo da identidade de cada participante voluntário foram preservados.

2.5 Coleta de dados

A coleta foi realizada através de entrevista com os pacientes na enfermaria do hospital, iniciada após concordância em participar da pesquisa e assinatura do TCLE, durando em média 10 minutos. Para obtenção dos dados foi utilizado um questionário geral sobre dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade e renda individual e familiar), hábitos de vida e saúde (peso, altura, histórico do uso de bebida alcoólica e tabaco, atividade física, diagnóstico médico, uso de medicamento) (APÊNDICE B). Somando-se a este, utilizou-se na avaliação das barreiras para a RCV a Escala de Barreiras para a Reabilitação Cardíaca (EBRC) versão em português (ANEXO 1), que objetiva examinar os motivos que levam os pacientes com problemas cardiovasculares a não utilizarem a RCV. Esta escala é composta por uma questão descritiva e 21 questões com 5 opções de resposta cada, que pontuam de 1 a 5, respectivamente nesta ordem: discordo plenamente, discordo, estou indeciso, concordo e concordo plenamente, uma vez que, quanto maior a pontuação de determinada questão, mais esta representa uma barreira para o paciente participar da RCV. Cada fator apresenta uma pontuação mínima e máxima (Figura 1), dada pelo somatório das respostas marcadas pelos participantes em cada uma das questões que os compõem. Os escores variam de 5 a 105 pontos, com maiores escores representando maiores barreiras.

Figura 1 – Fatores da EBRC e suas pontuações.

	Fator 1: Comorbidades/ estado funcional	Fator 2: Necessidades percebidas	Fator 3: Problemas pessoais/ familiares	Fator 4: Viagem/conflitos trabalho	Fator 5: Acesso
Itens do questionário que compõem	8, 9,13,14, 15, 17, 21	3, 5, 6, 11,16	4,7,18	10,12	1, 2, 19, 20
Pontuação mínima	7	5	3	2	4
Pontuação máxima	35	25	15	10	20

Fonte: Ghisi et al., 2012.

2.6 Análise dos dados

Os dados gerados do estudo foram armazenados em planilhas de Excel (Microsoft Windows). Os dados numéricos são apresentados como média e desvio padrão e as variáveis categóricas como frequência e distribuição.

A amostra total foi dividida em dois grupos baseando-se no escore total da EBRC: a) pacientes que realizaram de 5-50 pontos e pacientes que realizaram de 51-105 pontos; após isso, foi realizado o teste de χ^2 (chi quadrado) para avaliar a associação da pontuação obtida com outras variáveis categóricas e para esta análise foi calculado o tamanho do efeito pelo V de Cramer, onde valores próximos a 0 consideramos pequeno tamanho do efeito e valores próximos a 1 grande tamanho do efeito. A comparação dos escores da EBRC por fatores para homens e mulheres foi realizada utilizando um teste t student para amostras independentes. Para todos os testes estatísticos foi utilizado o software SPSS versão 22.2 para Windows e os valores de P estatisticamente significativos foram aqueles < que 0,05 num intervalo de confiança de 95%.

3 RESULTADOS

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e maio de 2024. Foram avaliados um total de 30 pacientes internados para procedimento cirúrgico em decorrência da DCV, sendo 1 excluído pelo critério de óbito durante a internação, restando um total de 29 (n) indivíduos ao fim da pesquisa.

A amostra incluída apresentou média de idade de $56,3 \pm 16,3$ anos, sendo 20 (69%) homens ($57,1 \pm 15,6$ anos) e 9 (31%) mulheres ($54,4 \pm 18,7$ anos). A amostra foi formada por indivíduos diagnosticados com insuficiência coronariana (ICO) (48%), insuficiência valvar (17%), comunicação interatrial (CIA) (7%), estenose valvar (14%) e, alguns participantes apresentavam dois diagnósticos concomitantemente (14%) (CIA + insuficiência valvar; ICO+insuficiência valvar; estenose + insuficiência valvar). Foram submetidos a cirurgias de revascularização do miocárdio (RM) (48%), implante valvar (31%), correção de CIA (14%) e mais de um procedimento cirúrgico simultâneo (7%). Também lhes foi questionado sobre procedimentos cirúrgicos anteriores, onde 4 (13%) já haviam sido submetidos à procedimentos cardiovasculares, 6 (20%) outros procedimentos e 20 (67%) nenhum outro tipo de cirurgia. Com relação ao estado civil, observou-se que 8 (28%) eram solteiros, 14 (48%) eram casados, 4 (14%) eram viúvos

e 3 (10%) eram divorciados. Com média de grau de escolaridade de $6,3 \pm 4,5$ anos estudados, sendo 59% deles com ensino fundamental incompleto e o restante variando de 3 a 21% de indivíduos analfabetos, com fundamental completo, médio completo e/ou superior completo.

Com relação aos dados antropométricos, a média da altura foi de $1,66 \pm 0,1$ metros e do peso foi de $75,5 \pm 17,9$ Kg, com média do IMC de $27,3 \pm 4,6$ Kg/m² para a amostra total.

Foi observado que o tempo médio de internação hospitalar foi de $7,7 \pm 1,7$ dias, dos quais $2,3 \pm 0,6$ dias foram em UTI. Os demais parâmetros que caracterizam a população estudada estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Características da população estudada.

Variáveis	Masculino	Feminino	Total - N (%)
Sexo			
	20 (69%)	9 (31%)	29 (100%)
Idade (anos)	$57,1 \pm 15,6$	$54,4 \pm 18,7$	$56,3 \pm 16,3$
IMC (kg/m²)	$27,7 \pm 4,9$	$26,7 \pm 4,4$	$27,3 \pm 4,6$
Estado civil			
Solteiro	-	-	8 (28%)
Casado	-	-	14 (48%)
Viúvo	-	-	4 (14%)
Divorciado	-	-	3 (10%)
Grau de escolaridade			
Analfabeto	-	-	2 (7%)
Fundamental incompleto	-	-	17 (59%)
Fundamental completo	-	-	1 (3%)
Médio incompleto	-	-	6 (21%)
Médio completo	-	-	2 (7%)
Superior completo	-	-	1 (3%)
Diagnóstico			
ICO	-	-	14 (48%)
Insuficiência valvar	-	-	5 (17%)
CIA	-	-	2 (7%)
Estenose valvar	-	-	4 (14%)
Múltiplos diagnósticos	-	-	4 (14%)

Tempo de internação

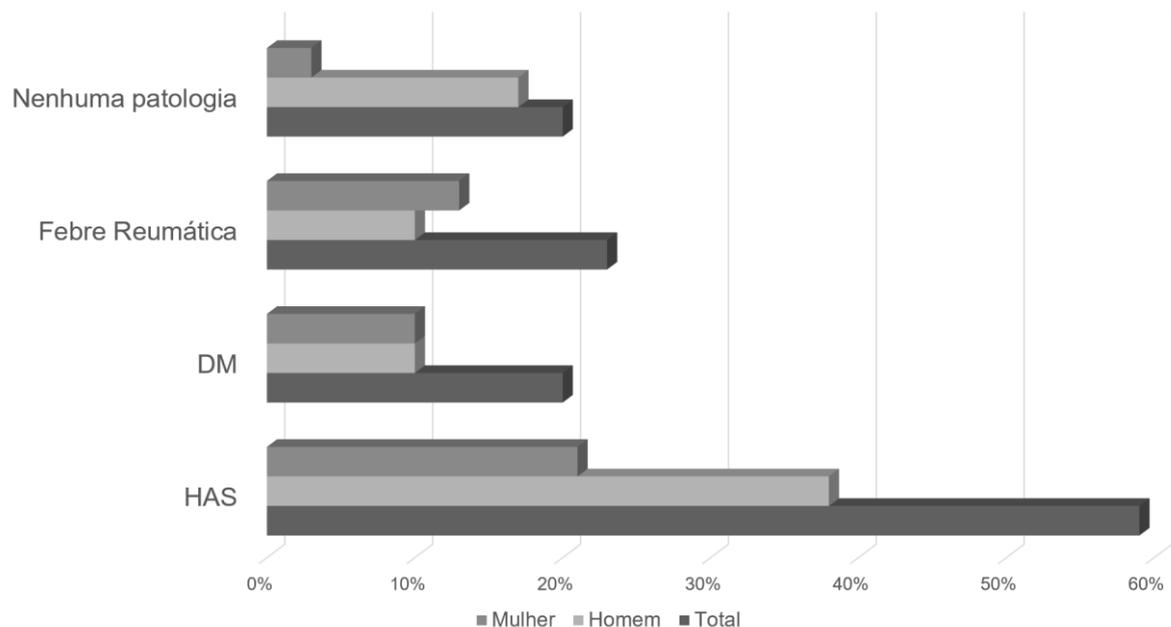
TIH	-	-	7,7 ± 1,7
TI-UTI	-	-	2,3 ± 0,6

IMC: Índice de massa corpórea; ICO: Insuficiência coronariana; CIA: Comunicação interatrial; TIH: Tempo de internação hospitalar; TI-UTI: Tempo de internação na unidade de terapia intensiva.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Foi evidenciado que 23 (80%) pacientes, sendo 15 do sexo masculino e 8 do sexo feminino, apresentavam comorbidades associadas à DCV, sendo 6 portadores de DM (20%), 17 de HAS (59%) e 6 de febre reumática (20%). A comparação destas, entre os sexos, está descrita na Figura 2.

Figura 2 – Porcentagem de patologias associadas da amostra estudada.



DM: Diabetes mellitus; HAS: Hipertensão arterial sistêmica.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Dos dados sociodemográficos, foi observado que 24 (83%) eram de origem da zona urbana e 5 (17%) da zona rural. Dentre os participantes, 15 (50%) são empregados, 1 (3%) autônomo, 1 (3%) desempregado e 13 (43%) aposentados, com a renda individual e familiar variando de 0 até 3 salários-mínimos da amostra total. Estes dados estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Dados socioeconômicos e demográficos da população estudada.

Variáveis	Urbana	Rural	Total - N (%)
Zona de habitação			
	24 (83%)	5 (17%)	29 (100%)
Renda	Individual	Familiar	
Sem renda	1 (3%)	1 (3%)	-

Até 1 salário	23 (80%)	13 (45%)	-
Até 2 salários	4 (14%)	11 (38%)	-
Até 3 salários	1 (3%)	4 (14%)	-
Ocupação			
Empregado	-	-	14 (49%)
Desempregado	-	-	1 (3%)
Autônomo	-	-	1 (3%)
Aposentado			13 (45%)

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

No que se refere aos hábitos de vida, os resultados obtidos estão descritos na Tabela 3. Vimos que 15 (51%) indivíduos (Homens: 8; mulheres: 7) nunca tiveram o hábito de fumar versus 14 (49%) indivíduos (Homens: 12; mulheres: 2) que já fumaram/fumam; 14 (49%) indivíduos (Homens: 7; mulheres: 7) nunca consumiram bebida alcoólica e 15 (51%) indivíduos (Homens: 13; mulheres: 2) que já consumiram/consomem bebida alcoólica; 21 indivíduos (Homens: 15; mulheres: 5) não realizavam atividades física versus 8 indivíduos (Homens: 5; mulheres: 3) que realizavam algum tipo de atividade física.

Tabela 3 – Hábitos de vida da população estudada.

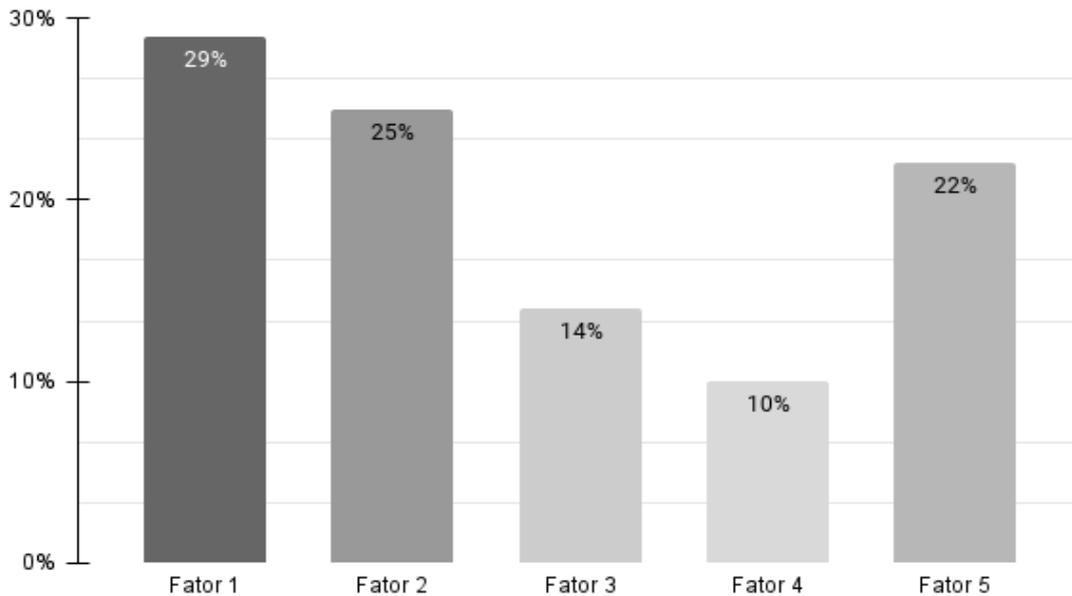
Variáveis	Homens (N = 20)		Mulheres (N = 9)		Total – N (%)	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Tabagismo	12 (41%)	8 (28%)	2 (7%)	7 (24%)	14 (49%)	15 (51%)
Etilismo	13 (45%)	7 (24%)	2 (7%)	7 (24%)	15 (51%)	14 (49%)
Atividade física	5 (17%)	15 (52%)	3 (10%)	5 (21%)	8 (26%)	21 (74%)

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Outro dos questionamentos feitos aos participantes, foi o conhecimento deles sobre a existência da RCV, na qual apenas 5 (17%) relataram já ter ouvido falar sobre o programa e 24 (83%) não a conheciam.

Na Figura 3 temos a distribuição dos resultados entre os fatores da EBRC, onde observamos que o fator 1: comorbidades/estado funcional deteve o maior escore, com $16,1 \pm 4,3$ pontos; sendo seguido do fator 2: necessidades percebidas com $14,1 \pm 4,1$ pontos; fator 5: acesso com $11,9 \pm 2,8$ pontos; fator 3: problemas pessoais/familiares com $7,8 \pm 2,1$ pontos; e fator 4: viagem/conflitos de trabalho com $5,2 \pm 2$ pontos.

Figura 3 – Resultados obtidos dos fatores da EBRC.



Fator 1: comorbidades/estado funcional; Fator 2: necessidades percebidas; Fator 3: problemas pessoais/familiares; Fator 4: viagem/conflitos de trabalho; Fator 5: acesso.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Em relação à questão discursiva presente na EBRC – Questão 22: Outro (s) motivo (s) para não frequentar a reabilitação cardíaca - os pacientes relataram não haver outro motivo que os impedissem ou atrapalhasse sua adesão à RCV.

Como resultado total, obteve-se na EBRC uma média de $55,2 \pm 15,4$ pontos. A Tabela 4 descreve os valores obtidos das médias das respostas da EBRC de acordo com o sexo. Percebe-se que há um maior escore do sexo feminino em comparação ao masculino nos fatores 1 e 5, já nos fatores 2, 3 e 4 o sexo masculino teve maiores escores.

Tabela 4 – Resultados obtidos das médias dos fatores da EBRC.

Variáveis	Sexo		Total	Valor de P
	Masculino	Feminino		
Fator 1	$15,2 \pm 4,3$	$17,7 \pm 4,4$	$16 \pm 4,3$	0,516
Fator 2	$14 \pm 4,2$	$14 \pm 4,9$	$13,9 \pm 4,3$	0,083
Fator 3	$8 \pm 2,1$	$7,3 \pm 2,3$	$7,7 \pm 2,2$	0,722
Fator 4	$5,6 \pm 2$	$4,6 \pm 1,8$	$5,2 \pm 2$	0,449
Fator 5	$11,7 \pm 2,7$	$12,6 \pm 3,4$	$12,1 \pm 2,9$	0,220
Total	$10,9 \pm 1,1$	$11,2 \pm 1,3$	$55,2 \pm 15,4$	0,522

Fator 1: comorbidades/estado funcional; Fator 2: necessidades percebidas; Fator 3: problemas pessoais/familiares; Fator 4: viagem/conflitos de trabalho; Fator 5: acesso.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Ao analisar a associação (Tabela 5) entre o escore total da EBRC e as variáveis sexo, escolaridade, zona de origem, renda individual, tabagismo, etilismo, atividade física e realização de outros procedimentos por DCV, foi observado que não houve uma associação significativa entre os escores da escala e as variáveis mencionadas.

Tabela 5 - Comparação entre escores da EBRC e variáveis das características e hábitos de vida da população estudada.

Variáveis	ESCORE ESCALA DE BARREIRAS PARA A RCV		Valor de P	V de Cramer
	5-50 pontos	51-105 pontos		
Gênero				
Feminino	1	8	0,076	0,330
Masculino	9	11		
Escolaridade				
Analfabeto	0	2	0,447	0,395
Fundamental Incompleto	5	12		
Fundamental Completo	1	0		
Médio Completo	3	3		
Médio Incompleto	1	1		
Superior	0	1		
Origem				
Zona Rural	9	15	0,454	0,139
Zona Urbana	1	4		
Renda Individual				
Sem renda	6	17	0,109	0,457
Até 1 salário mínimo	3	1		
Até 2 salários mínimos	1	0		
Até 3 salários mínimos	0	1		
Atividade Física				
Sim	3	5	0,833	0,039
Não	7	14		
Tabagismo				
Sim	5	9	0,893	0,025
Não	5	10		
Etilismo				
Sim	6	9	0,518	0,120
Não	4	10		
Procedimentos CV anteriores				
Sim	9	16	0,667	0,080
Não	1	3		

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

4 DISCUSSÃO

Os principais achados desse estudo evidenciam que a maior parte dos pacientes internados por eventos cardiovasculares ainda desconhecem a RCV e os resultados obtidos na EBRC mostram que a população apresentou uma média da pontuação total na escala de 55,2 pontos. Tendo em vista que a pontuação da escala varia de 5 a 105 pontos, essa média mostra que há um impacto das barreiras na baixa

adesão desses pacientes ao processo de reabilitação, porém o estudo de desenvolvimento e validação da versão em português (GHISI, et al., 2012) da escala utilizada, não traz um ponto de corte determinado para deixar claro a magnitude desse impacto. Adicionalmente, dentre os fatores da EBRC, o fator 1 teve maior pontuação, sendo seguido do fator 2 e fator 5.

Em nosso estudo, os aspectos relacionados à comorbidades e estado funcional na EBRC obtiveram maior escore, tanto para avaliação da amostra total quanto por sexo. Isto pode ser explicado pelo fato desse domínio compreender o maior número de questões. No estudo de Ghisi et al., 2012, no qual foi realizado o desenvolvimento e validação da escala para o português, é confirmado que o fator de comorbidades/estado funcional apresenta um número maior de itens ($n = 7$), quando comparado ao instrumento original ($n = 4$). Mas também pode haver uma grande influência desse fator em comparação aos outros fatores, visto que esse domínio contém questões, como por exemplo: “Porque eu não tenho energia”, “Porque eu acho exercício cansativo ou doloroso” e “Por outros problemas de saúde que me impedem de frequentar”, que os levam a pensar sobre sua capacidade de participar de um programa desse tipo (SOARES et al., 2023).

Cavalcanti e Galindo Filho (2021) avaliaram a capacidade funcional de pacientes com doenças cardiorrespiratórias e identificaram através do Teste de Caminhada de 6 Minutos, que houve alterações significativas ao componente respiratório, cardiovascular e fadiga da musculatura periférica dos participantes, evidenciando o seu comprometimento funcional. Segundo Aikawa et al., (2014), pacientes com comorbidades e baixo estado funcional, são mais improváveis a sua participação/adesão à reabilitação.

Os resultados da presente pesquisa corroboram com um estudo realizado na região Sudeste, no qual Soares et al. (2023) trazem uma análise da comparação de participantes e não participantes do programa de reabilitação, com uma amostra de 97 indivíduos, e como resultado obtiveram para ambos os grupos, maiores escores no fator 1. Em contrapartida, Santos (2018) ao realizar a aplicação da EBRC em 97 pacientes não participantes da RCV, no estado do Rio Grande do Norte, obteve números maiores no domínio “necessidades percebidas” em sua pesquisa. Semelhantemente, Santos et al. (2017) aplicaram a escala em 79 indivíduos da cidade de Feira de Santana - Bahia, onde também identificaram maiores números para o fator 2.

Outro aspecto relevante diz respeito ao fator 2 acerca das necessidades percebidas. Este segue o domínio 1 em pontuação, e algumas das questões que o compõe são: “Porque eu não sabia da RCV”, “Porque eu não preciso de RCV” e “Porque eu tenho pouco tempo”, fatores esses que evidenciam que os pacientes não reconhecem a importância de estarem inseridos em um programa de reabilitação. Segundo Barros et al. (2014), a literatura traz achados constatando que a falta da educação em saúde sobre os benefícios da RCV, e a insuficiência do estímulo à participação nos programas são consideradas barreiras relevantes, pois transcendem a capacidade de decisão dos pacientes sobre o assunto, os fazendo pensar que não há necessidade em participar.

Em relação ao custo, aspecto incluído no fator “acesso”, seguindo o fator de “necessidades percebidas” em números, pode-se considerá-lo também como limitador para participação e adesão dos pacientes. Tendo em vista que há dados sobre a pequena disponibilidade de serviços de RCV no Brasil, nos quais foram identificados apenas 59 programas no país, sendo a maioria concentrados nas regiões Sul e Sudeste (JARDIM et al., 2023), e apenas 9 na região Nordeste (BRITTO, et al., 2020)

demonstrando escassez e diferença na distribuição nacional, o que torna mais difícil e caro o deslocamento dos pacientes para as instituições que oferecem o serviço, como também o custeio com o tratamento de forma particular (GHISI et al., 2013).

A presente pesquisa trouxe dados que mostram que a maioria dos participantes está em situação de baixa renda, onde 43% dos indivíduos possuem renda familiar de até 1 salário-mínimo. Tratando sobre possíveis soluções para os custos e conseqüentemente para o fator "acesso", Gaalema et al. (2016) analisaram o incentivo financeiro aos pacientes, na cidade de Vermont - EUA (Estados Unidos da América) e obtiveram resultados favoráveis no que diz respeito a maior participação do programa de RCV, indicando que esse apoio seria importante na condução da barreira custo, principalmente para indivíduos em situação de baixa renda.

Porém, além do incentivo financeiro aos pacientes, há a necessidade de haver uma melhor administração em relação aos recursos para oferecimento dos programas de RCV, ressaltando mais uma vez que a falta da melhor distribuição do serviço nas regiões do país, pode continuar contribuindo com as barreiras de acesso (JARDIM et al., 2023)., pois quando estes se mostram mais facilmente acessíveis sem precisarem se deslocar longas distâncias, os pacientes estão mais propensos a participarem (BARROS et al., 2014).

Os fatores 3 e 4 - "problemas pessoais/familiares" e "viagens/conflitos de trabalho" - obtiveram os menores resultados na presente pesquisa. Soares et al. (2023) avaliaram 40 pacientes não participantes de RCV e observaram que esses mesmos fatores também apresentaram os menores resultados, indo em concordância a pesquisa atual. Em contrapartida, a pesquisa de Mair et al. (2013), traz resultados maiores nos fatores supracitados, mas o que pode explicar essa diferença é o fato da pesquisa ter sido realizada em um hospital particular na cidade de São Paulo, então subentende-se que os participantes poderiam apresentar maior poder aquisitivo em comparação a população da presente análise. Com isso, observa-se então que algumas barreiras são relativas ao perfil da amostra estudada.

Também pôde-se identificar que apesar dos maiores escores na média de barreiras terem sido relatados pelas mulheres, não houve diferença estatística significativa entre os sexos para essa amostra ($p = 0,08-0,72$). Resultados semelhantes sobre as barreiras de comorbidades/estado funcional foram apresentados por Ghisi et al. (2023), quando realizaram uma comparação da média total entre os sexos em diferentes regiões do mundo, onde não observaram diferenças à nível mundial, mas sim nas regiões da América (Brasil) e do Pacífico Ocidental, nas quais o sexo feminino também deteve maiores escores no fator 1.

Diferentemente do presente estudo, estudos anteriores evidenciaram que aspectos como renda ($p = 0,109$), escolaridade ($p = 0,447$), sexo ($p = 0,076$), zona de origem ($p = 0,454$) e hábitos de vida ($p = 0,833$; $p = 0,893$; $p = 0,518$) estão associados a adesão a RCV (GHISI et al., 2013; GAALEMA et al. 2016; GHISI et al. 2023). Portanto, se faz necessário o uso de ferramentas que abordem questões mais pormenorizadas para identificar a real barreira e criar estratégias de adesão em domínios específicos.

A partir disto, é válido ressaltar que este estudo teve como principais limitações o pequeno número amostral, a avaliação das barreiras para a reabilitação cardíaca mediante a aplicação de única ferramenta de avaliação, considerando que esses aspectos podem ser mensurados e comparados a partir de outros instrumentos para se obter dados mais específicos, e pelo fato da escala utilizada não ter um ponto de corte determinado para classificar o impacto do valor geral

5 CONCLUSÃO

O desenvolvimento da pesquisa possibilitou uma análise das características sociodemográficas e prevalência das barreiras de forma geral e entre os sexos, permitindo colocar em discussão não só os aspectos quantitativos, mas também os fatores de percepção, conhecimento, hábitos, fragilidades e econômicos da população estudada, como também com os aspectos de influência organizacional do sistema público do país. Nossos dados sugerem que a existência de comorbidades, a baixa capacidade funcional, a falta de conhecimento, questões de custos e baixa disponibilidade do programa têm grande impacto na vida dos portadores de DCV, se configurando como as maiores barreiras relatadas pelos participantes da amostra. A natureza desses dados fornece pistas para a mitigação das barreiras, podendo auxiliar na formulação de estratégias para otimização dos programas de RCV.

Em resumo, houve resultados relevantes nos escores médios da EBRC e diferenças entre os fatores, portanto, deve haver um melhor manejo das abordagens para disseminação da RCV, na tentativa de sanar o problema da falta de conhecimento sobre esse serviço e superar as demais barreiras oferecendo um melhor acompanhamento em todos os níveis de atenção à saúde. Vale ressaltar que a disseminação do conhecimento sobre a RCV não deve se limitar apenas aos pacientes; sensibilizar a equipe multiprofissional com informações e dados relevantes sobre os benefícios da RCV ajuda na superação de todas as barreiras.

REFERÊNCIAS

AIKAWA, Priscila et al. Cardiac rehabilitation in patients undergoing to coronary artery bypass graft. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 20, n. 1, p. 55-58, 2014.

BARBOSA, N. K. G. S. et al. PERFIL DE PACIENTES ADULTOS COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista Eletrônica da Estácio Recife**, v. 6, n. 2, 2020.

BARROS A. L. et al. Diferentes Barreiras para Reabilitação Cardíaca. *Rev Bras Cardiol*, v. 27, p. 293–8, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde: instrutivo para profissionais e gestores. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2022. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_ecvok.pdf. Acesso em: 17/02/2024.

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**, v. 24, n. 2, p. 167-176, 2020.

CARVALHO, T. et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 114, n. 5, p. 943-987, 2020.

CAVALCANTI, A. F.; GALINDO FILHO, V. C. Avaliação da capacidade funcional de pacientes com doenças cardiorrespiratórias. **Brazilian Journal Of Development**, v. 7, n. 10, p. 97323-97337, 15 out. 2021.

GAALEMA D. E. et al. Financial incentives to promote cardiac rehabilitation participation and adherence among Medicaid patients. **Prev Med**, v. 92, p. 47-50, 2016.

GHISI, G. L. M. et al. Desenvolvimento e validação da versão em português da Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 98, n. 4, p. 344-352, abr. 2012.

GHISI G. L. M. et al. Perceptions of barriers to cardiac rehabilitation use in Brazil. **Vasc Health Risk Manag.** 9:485-91, 2013.

GHISI, G. L. M. et al. Women's Cardiac Rehabilitation Barriers: results of the international council of cardiovascular prevention and rehabilitation first global assessment. **Canadian Journal Of Cardiology**, v. 39, n. 11, p. 375-383, nov. 2023.

GOMES, C. S. et al. Factors associated with cardiovascular disease in the Brazilian adult population: national health survey, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, n. 2, p. 1-31, set. 2021.

IHARA, B. et al. Dificuldades da reabilitação cardíaca no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 7, p. 372, 2021.

JARDIM, Iara. S. C. et al. Impacto da COVID-19 nos Programas de Reabilitação Cardiovascular no Brasil: um estudo transversal baseado em uma pesquisa online. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, n. 3, p. e20220135, 2023.

MAIR, V. et al. Avaliação da aderência ao programa de reabilitação cardíaca em um hospital particular geral. **Einstein (São Paulo)**, v. 11, n. 3, p. 278-284, set. 2013

MOGHEI, M. et al. Cardiac rehabilitation costs. **International Journal of Cardiology**, v. 244, p. 322-328, 2017.

MURRAY, C. et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1223-1249, out. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30752-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30752-2/fulltext). Acesso em: 25/11/2023.

OLIVEIRA, G. M. M., et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2023. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.121, n. 2, p. e20240079, 2024.

PESAH, E. et al. Cardiac rehabilitation delivery in low/middle-income countries. **Heart**, v. 105, n. 23, p. 1806-1812, 2019.

SANTOS, L.S.T.A. et al. Barreiras da reabilitação cardíaca em uma cidade do Nordeste do Brasil. **Acta Fisiátrica**, v. 24, n. 2, p. 67-71, 2017.

SANTOS, T. Z. M. **Participação em programas de reabilitação cardiovascular: barreiras para pacientes de serviços públicos e privados de saúde no estado do Rio Grande do Norte**. 2018. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2018.

SOARES, M. J. D. M. et al. Identificação de facilitadores e barreiras para reabilitação cardíaca na cidade de Juiz de Fora - Minas Gerais. **Seven Editora**, 2023. Disponível em: <http://sevenpublicacoes.com.br/index.php/editora/article/view/635>. Acesso em: 6 jun. 2024.

OMS. Cardiovascular diseases. World Health Organization, 2021. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Acesso em: 26/04/2024.

WONG, W. P. et al. A systematic review of economic evaluations of cardiac rehabilitation. **Bmc Health Services Research**, v. 12, n. 1, 2012.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS PARA A REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR E APLICAÇÃO DE UMA PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE EM PACIENTES INTERNADOS POR CONDIÇÃO CLÍNICA CARDÍACA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA. Sob a responsabilidade da pesquisadora responsável a professora Ana Tereza do Nascimento Sales Figueiredo Fernandes e das orientandas Ana Isabel Gonçalves Cariolano e Bianca Maria Pereira de Oliveira de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem:

A doença cardiovascular é caracterizada como um grande problema de saúde pública. Estudos demonstram seu crescimento, impacto e baixa adesão ao programa de reabilitação cardiovascular. Há grande escassez de informações sobre as barreiras que impedem a participação dos pacientes, nesse sentido, justificando a pretensão de realizar a pesquisa abordando essa temática. Esta pesquisa tem como objetivo principal identificar as barreiras para a reabilitação cardiovascular em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca do Centro Hospitalar João XXIII, analisar o perfil sociodemográfico, condições de saúde, e caracterizar os possíveis motivos pelos quais não há participação nos programas de reabilitação cardiovascular.

A pesquisa ocorrerá da seguinte maneira: após a leitura desse termo e sua concordância, alguns questionários lhe serão aplicados, contendo questões sobre dados de identificação, dados demográficos, hábitos de vida e saúde, renda individual e familiar, e possíveis causas pelas quais o indivíduo não realiza a reabilitação cardiovascular. Após a aplicação dos questionários, as pesquisadoras irão realizar uma breve explicação sobre a importância da reabilitação cardíaca e irão entregar uma cartilha com informações sobre o assunto. Com isso, 2 meses após o primeiro encontro, entraremos em contato via telefone informado, para saber se o paciente aderiu a algum tipo de reabilitação, os motivos e os desfechos do mesmo. Apenas com sua autorização e concordância realizaremos a coleta dos dados.

Aos pesquisadores caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial e ética, conforme preconizado na resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012, revelando os resultados, sempre que solicitado pelo participante ou pelo CEP/UEPB, e ao término da pesquisa.

Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos e consistem em quebra de sigilo de dados pessoais, para minimizar esse risco certifica-se o sigilo absoluto das informações obtidas e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo, para isso a caracterização dos mesmos será feita por codificação de sua identidade (siglas). Como em toda pesquisa científica é possível que haja cansaço e/ou aborrecimento ao responder as questões presentes nos questionários, como forma de minimizar esse acontecimento as perguntas contidas no questionário são quase em sua totalidade objetivas para que os participantes utilizem, em média, de 10 a 15 minutos para responder todo o questionário e a intervenção educativa será realizada concomitantemente de forma rápida e didática com a entrega de cartilha. Será garantido que o participante da pesquisa receba uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

O participante terá como benefício direto a análise e identificação das barreiras que o impedem de participar da reabilitação cardiovascular. Ademais, indiretamente serão beneficiados com a construção do conhecimento científico decorrente desta pesquisa. A sua participação é voluntária e não será remunerada; você poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho proposto, sem necessidade de justificativa e não havendo penalização ou prejuízo. Tendo em vista que para a realização deste estudo não se faz necessário o deslocamento do participante ou outros tipos de custos, não haverá ressarcimentos, assim como não serão feitas intervenções que possam gerar danos físicos ou financeiros ao participante que motivem indenização por parte dos envolvidos na pesquisa e/ou Instituição responsável. Ao Senhor(a) caberá assinar o presente termo se desejar participar voluntariamente da pesquisa. Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. Ressalta-se que os participantes não serão identificados em momento algum.

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Ana Isabel Gonçalves Cariolano através do telefone (83) 99843-0303 ou através do e-mail: ana.cariolano@aluno.uepb.edu.br e/ou Bianca Maria Pereira de Oliveira, através do telefone (83) 99948-0455 ou através do e-mail: bianca.maria@aluno.uepb.edu.br, caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, no horário de 08:00 às 12:00 e de 14:00 às 17:00, de segundas-feiras às sextas-feiras ou pelo (83) 3315 3373, e-mail: cep@setor.uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente).

CONSENTIMENTO

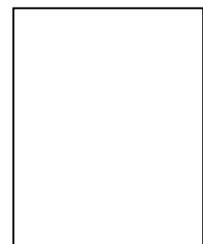
Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS PARA A REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR E APLICAÇÃO DE UMA PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE EM PACIENTES INTERNADOS POR CONDIÇÃO CLÍNICA CARDÍACA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, __/__/____

Assinatura do Participante



Assinatura do pesquisador



**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO: IDENTIFICAÇÃO, DADOS
SOCIODEMOGRÁFICOS E HÁBITOS DE VIDA**

- Informe a sigla do seu nome e sobrenome: _____
- Qual a sua idade? _____
- Sexo: () Feminino () Masculino
- Estado Civil: () Casado (a) () Solteiro (a) () Viúvo (a) () Divorciado (a)
- Zona de origem: () Rural () Urbana
- Grau de escolaridade: () Analf. () Fund. Incomp. () Fund. Comp. () Méd. Incomp. () Méd. Comp. () Sup. Incomp. () Sup. Comp.
- Total de anos estudados: _____
- Ocupação: _____
- Qual sua renda individual? _____
- Qual a renda familiar? _____
- Realiza alguma atividade física atualmente? () Sim () Não
- Se SIM informe qual atividade realiza, quanto tempo realiza por dia e quantas vezes por semana? _____
- Qual o seu peso? _____
- Qual a sua altura? _____
- Qual o seu diagnóstico? _____
- Qual o procedimento cirúrgico realizado? _____
- Realizou procedimentos anteriores _____
- Possui alguma outra patologia? Sim () Não ()
Se sim, qual? _____
- Faz/fez uso de bebida alcoólica? () Sim () Não
- Tem/teve o hábito de fumar? () Sim () Não

APÊNDICE C - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS PARA A REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR E APLICAÇÃO DE UMA PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE EM PACIENTES INTERNADOS POR CONDIÇÃO CLÍNICA CARDÍACA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Eu, ANA TEREZA DO NASCIMENTO SALES FIGUEIREDO FERNANDES, professora, fisioterapeuta, docente da Universidade Estadual da Paraíba, portador(a) do CPF 038300974-09 declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo - me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as Diretrizes da Resolução nº 466 de 2012 e/ou Resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

CAMPINA GRANDE, DEZEMBRO DE 2023

Profª Dra. Ana Tereza Fernandes
Universidade Estadual da Paraíba
FISIOTERAPIA / CREFITO 94142 - F



Digitalização Certificada

Pesquisador Responsável

Ana Izabel Gonçalves Cavalcante

Biamea Maria P. de Oliveira

Orientandas

APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO nº 466 de 2012 e / ou RESOLUÇÃO nº 510 de 2016 DO CONEP/CNS/MS (TCPR)

Título da Pesquisa: IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS PARA A REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR E APLICAÇÃO DE UMA PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE EM PACIENTES INTERNADOS POR CONDIÇÃO CLÍNICA CARDÍACA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA.

Eu, Ana Tereza do Nascimento Sales Figueiredo Fernandes, Professora do Curso de Fisioterapia, da Universidade Estadual da Paraíba portador(a) do RG: 1698777 e CPF: 038300974-09 comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução nº. 466 de 2012 e / ou Resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

CAMPINA GRANDE, DEZEMBRO DE 2023.

Profª Dra. Ana Tereza Fernandes
Universidade Estadual da Paraíba
FISIOTERAPIA / CREDITO 94142 - F



Assinatura digitalizada com CamScanner

Assinatura do(a) Pesquisador responsável / Orientador(a)

APÊNDICE E - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE ARQUIVO OU PRONTUÁRIOS (TCDA)

Título do Projeto: IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS PARA A REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR E APLICAÇÃO DE UMA PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE EM PACIENTES INTERNADOS POR CONDIÇÃO CLÍNICA CARDÍACA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Pesquisador responsável: Ana Tereza do Nascimento Sales Figueiredo Fernandes

Nome dos Pesquisadores participantes: Ana Isabel Gonçalves Cariolano e Bianca Maria Pereira de Oliveira.

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

I Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;

II Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;

III Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o participante da pesquisa.

De modo que, tais compromissos estão em conformidade com as Diretrizes previstas na Resolução nº 466 de 2012 e / ou na Resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

CAMPINA GRANDE, DEZEMBRO DE 2023

Assinar o nome legível de todos os pesquisadores:



Orientador(a)

Ana Isabel Gonçalves Cariolano

Bianca Maria P. de Oliveira

Orientandas



Centro Hospitalar João XXIII

Sistema de Assistência Social e de Saúde



atendimento@hospitaljoao23.com.br

07.678.950/0001-19

APÊNDICE F - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (TAI)

(Hospital João XXIII - SAS, 07.678.950/0001-19, Rua Nilo Peçanha, Prata - 83)

Estamos cientes da intenção e autorizamos a realização do projeto intitulado IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS PARA A REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR E APLICAÇÃO DE UMA PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE EM PACIENTES INTERNADOS POR CONDIÇÃO CLÍNICA CARDÍACA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA desenvolvida pelas alunas Ana Isabel Gonçalves Cariolano e Bianca Maria Pereira de Oliveira do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Ana Tereza do Nascimento Sales Figueiredo Fernandes.

Esta pesquisa tem como objetivo identificar as barreiras para a reabilitação cardíaca e realizar uma intervenção educativa acerca da importância da mesma, visando aumentar sua adesão e melhorar o prognóstico dos pacientes.

Além disso, fica clara, a garantia que os participantes receberão todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a pesquisa, podendo afastar-se em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurado o segredo das informações reveladas. A segurança de que não serão identificados, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo/despesa financeira algum. A garantia de que todas as informações fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e contribuição com a comunidade acadêmica científica.

CAMPINA GRANDE, DEZEMBRO DE 2023

Sistema de Assist. Social e Saúde - SAS
 Dra. Ana Carolina Sabino
 Fisioterapia / Coordenação
 CREDITO: 25952-F

Ana Carolina P. D. Sabino

Nome e Assinatura do responsável da Instituição/Entidade



Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



atendimento@hospitaljoao23.com.br

07.678.950/0001-19

**APÊNDICE G - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO E
COLETA DE DADOS EM ARQUIVOS (TAICDA)**

(Hospital João XXIII - SAS, 07.678.950/0001-19, Rua Nilo Peçanha, Prata - 83)

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS PARA A REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR E APLICAÇÃO DE UMA PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE EM PACIENTES INTERNADOS POR CONDIÇÃO CLÍNICA CARDÍACA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA, desenvolvido pela Prof.^a do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, com a participação das orientandas Ana Isabel Gonçalves Cariolano e Bianca Maria Pereira de Oliveira. A coleta de dados será do tipo documental e acontecerá em contato direto com o paciente internado e dados complementares serão acessados em prontuário localizado na Instituição Hospital João XXIII. A referida pesquisa será para identificar as barreiras para a reabilitação cardíaca e realizar uma intervenção educativa acerca da importância da mesma, visando aumentar sua adesão e melhorar o prognóstico dos pacientes. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, toda a documentação relativa a este trabalho deverá ser entregue à Instituição sediadora da pesquisa, de forma digital ou impressa, que arquivará por cinco anos de acordo com a Resolução nº 466 de 2012 e / ou Resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

CAMPINA GRANDE, DEZEMBRO DE 2023

Sistema de Assist. Social e Saúde - SAS
Dra. Ana Carolina Sabino
Fisioterapia / Coordenação
CREMIO: 25952-F
Ana Carolina P. D. Sabino

Nome e Assinatura do responsável da Instituição/Entidade

APÊNDICE H – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS PARA A REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR E APLICAÇÃO DE UMA PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE EM PACIENTES INTERNADOS POR CONDIÇÃO CLÍNICA CARDÍACA EM HOSPITAL DE

Pesquisador: ANA TEREZA DO NASCIMENTO SALES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76172623.0.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.611.498

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa trata-se de um estudo observacional longitudinal de abordagem quantitativa e qualitativa que será desenvolvida no Centro Hospitalar João XXIII da cidade de Campina Grande PB, que utilizará dados adquiridos a partir da aplicação de questionários em pacientes diagnosticados com Doença Cárdio Vascular. A amostra será composta por pacientes internados por algum episódio agudo ou para a realização de procedimento cirúrgico da DCV, no Centro Hospitalar João XXIII da cidade de Campina Grande - PB.

Objetivo da Pesquisa:

GERAIS

Identificar as barreiras para a participação e adesão dos pacientes internados por condições clínicas e cirúrgicas cardiovasculares em programas de RCV. Implementar educação sobre a reabilitação cardiovascular após cirurgia e/ou evento agudo e avaliar o nível de adesão às medidas educativas.

ESPECÍFICOS:

Analisar o perfil sociodemográfico dos pacientes diagnosticados com DCV; Caracterizar as

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPGP



Continuação do Parecer: 6.611.498

barreiras para a participação dos pacientes em programas de RCV; Educar sobre a reabilitação cardiovascular e estimular a sua adesão após evento agudo; Compartilhar a importância e o impacto que a adesão à reabilitação terá na vida do paciente;

Orientar sobre o manejo da doença cardiovascular após internamento; Analisar a taxa de adesão à reabilitação e identificar os fatores que contribuíram para a adesão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa dispõe de riscos mínimos aos seus participantes, pois não envolverá intervenções ou medidas invasivas. Assim como toda pesquisa científica, existem alguns riscos para os participantes, como a quebra de sigilo de dados pessoais. Para minimizar esse risco certifica-se o sigilo absoluto das informações obtidas e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo, para isso a caracterização dos mesmos será feita por codificação de sua identificação (siglas). Como em toda pesquisa científica é possível que haja cansaço e/ou aborrecimento ao responder as questões presentes nos questionários e/ou no momento da intervenção educativa, como forma de minimizar esse acontecimento as perguntas contidas no questionário são quase em sua totalidade objetivas para que os participantes utilizem, em média, de 10 a 15 minutos para responder todo o questionário e a intervenção será realizada concomitantemente de forma rápida e didática. O participante poderá optar ou não pela participação por meio do TCLE. Os benefícios poderão superar os possíveis riscos, uma vez que esta pesquisa fornecerá ao participante a melhora na qualidade de vida e do seu prognóstico, assim como de aspectos importantes relacionados a sua saúde e otimização do atendimento em todos os níveis de atenção à saúde. Além disso, indiretamente serão beneficiados com a construção do conhecimento científico decorrente desta pesquisa

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta do projeto é relevante e tem impacto social uma vez que se espera identificar as barreiras para a reabilitação cardíaca vascular e ampliar o conhecimento sobre a importância de realizar a reabilitação, auxiliando na criação de planejamento para estratégias que visem uma maior adesão desses pacientes à reabilitação. Além disso, tem-se a intenção de melhorar os programas de prevenção e tratamento, oferecendo o acompanhamento desses pacientes em todos os níveis de atenção à saúde.

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPGP**



Continuação do Parecer: 6.611.498

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: anexada;

Autorização Institucional: anexada

Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável: anexado

Termo de concordância com a pesquisa: anexado

TCLE: anexado

TCDA: anexado

Recomendações:

SEM RECOMENDAÇÕES

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

INEXISTE PENDÊNCIAS E OU INADEQUAÇÕES QUE O PESQUISADOR NECESSITE ESCLARECER. OS ASPECTOS IDENTIFICADOS EM APRECIÇÃO ANTERIOR FORAM ACATADOS. RECOMENDAMOS OBSERVÂNCIA ATENTA E CRITERIOSA DURANTE EXECUÇÃO PARA GARANTIR O CUMPRIMENTO DA RESOLUÇÃO

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi avaliado pelo colegiado, tendo recebido parecer APROVADO. O pesquisador poderá iniciar a coleta de dados, ao término do estudo deverá ENVIAR RELATÓRIO FINAL através de notificação (via Plataforma Brasil) da pesquisa para o CEP – UEPB.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2225375.pdf	09/01/2024 09:46:58		Aceito
Outros	Novo_tcda.pdf	09/01/2024 09:46:33	ANA TEREZA DO NASCIMENTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Novo_Projeto.pdf	09/01/2024 09:44:18	ANA TEREZA DO NASCIMENTO SALES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	NOvo_termocompromisso.pdf	09/01/2024 09:43:35	ANA TEREZA DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de concordância	Novo_termoconcordancia.pdf	09/01/2024 09:43:13	ANA TEREZA DO NASCIMENTO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoprojetoassinada.pdf	28/11/2023 07:47:43	ANA TEREZA DO NASCIMENTO	Aceito

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPGP



Continuação do Parecer: 6.611.498

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/10/2023 07:48:42	ANA TEREZA DO NASCIMENTO SALES	Aceito
---	----------	------------------------	--------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 12 de Janeiro de 2024

Assinado por:
Gabriela Maria Cavalcanti Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

ANEXO A

ESCALA DE BARREIRAS PARA REABILITAÇÃO CARDÍACA (GHISI, et al., 2012)

As perguntas a seguir abordam alguns dos fatores que influenciam a sua participação em sessões de reabilitação cardíaca. Por favor, responda todas as perguntas desta página independentemente se você já participou ou não de um programa de reabilitação cardíaca.

Eu não participo de um programa de reabilitação cardíaca, ou se participo, eu faltei algumas sessões porque:	DISCORDO PLENAMENTE	DISCORDO	ESTOU INDECISO	CONCORDO	CONCORDO PLENAMENTE
1. Por causa da distância (por exemplo, o programa fica muito longe para o seu deslocamento);	<input type="checkbox"/>				
2. Por causa do custo (por exemplo, de combustível, estacionamento, passagens de ônibus);	<input type="checkbox"/>				
3. Por causa de problemas com transporte (por exemplo, não dirijo e não tenho quem me leve, transporte público inacessível ou ineficiente);	<input type="checkbox"/>				
4. Por causa de responsabilidades familiares (por exemplo, cuidar de netos, filhos, marido, tarefas domésticas);	<input type="checkbox"/>				
5. Porque eu não sabia sobre a reabilitação cardíaca (por exemplo, o médico não me falou sobre isso);	<input type="checkbox"/>				
6. Porque eu não preciso de reabilitação cardíaca (por exemplo, sinto-me bem, meu problema cardíaco está tratado, não é grave);	<input type="checkbox"/>				
7. Porque eu me exercito em casa ou na minha comunidade;	<input type="checkbox"/>				
8. Por causa do mau tempo;	<input type="checkbox"/>				
9. Porque eu acho exercício cansativo ou doloroso;	<input type="checkbox"/>				
10. Por motivo de viagem (por exemplo, férias, trabalho);	<input type="checkbox"/>				
11. Porque eu tenho pouco tempo (por exemplo, muito ocupado, horários de reabilitação inconvenientes);	<input type="checkbox"/>				
12. Por causa das responsabilidades do trabalho;	<input type="checkbox"/>				
13. Porque eu não tenho energia;	<input type="checkbox"/>				
14. Outros problemas de saúde me impedem de frequentar; (especificar: _____);	<input type="checkbox"/>				
15. Porque eu sou muito velho;	<input type="checkbox"/>				
16. Porque o meu médico não achou que fosse necessário;	<input type="checkbox"/>				
17. Porque muitas pessoas com problemas cardíacos não frequentam reabilitação cardíaca, e eles estão bem;	<input type="checkbox"/>				
18. Porque eu posso controlar o meu problema de coração;	<input type="checkbox"/>				
19. Por que eu acho que fui encaminhado, mas o programa de reabilitação não entrou em contato comigo;	<input type="checkbox"/>				
20. Porque demorou muito para que eu fosse encaminhado e iniciar o programa;	<input type="checkbox"/>				
21. Porque eu prefiro cuidar da minha saúde sozinho, não em um grupo;	<input type="checkbox"/>				
22. Outro(s) motivo(s) para não frequentar um programa de reabilitação cardíaca:	<input type="checkbox"/>				

AGRADECIMENTOS

A Deus, por toda a graça, misericórdia e bondade alcançadas diariamente durante esse percurso e por ter sido minha força e fortaleza diante dos obstáculos, me tornando capaz para a realização dessa grande conquista.

Aos meus pais, José e Lourdes, por todo apoio, dedicação e esforço diário durante toda minha vida, e por incentivar-me ensinando que o sucesso é conquistado a partir de muito esforço, perseverança e humildade. Por dedicarem a vida ao trabalho e a família com o objetivo de que eu e minha irmã tivéssemos a melhor educação possível, e por utilizarem conselhos sábios para me impulsionar em direção aos meus sonhos. À minha irmã Michaely, que me ensina diariamente a lidar com as adversidades de forma leve e descontraída, e que sempre fez parte da minha rede de apoio na realização dos meus sonhos. Aos meus familiares e amigos mais próximos, que sempre estiveram presentes em minha vida, me apoiando e me incentivando a ir em busca dos meus objetivos.

Ao meu companheiro Gabriel, que está presente em todos os momentos, por todo apoio, atenção e dedicação, além de afirmar sempre que eu seria capaz de conquistar os meus sonhos.

Às minhas amigas de curso, Bianca e Luna, por todos os momentos de companheirismos durante a graduação. Foram anos de muito esforço, persistência, lutas, abdicação, desespero, mas acima de tudo nos mantivemos unidas, sempre com muito bom humor, afeto e carinho, o que tornou a caminhada mais leve. E afirmo que sem vocês, não teria vencido todas as dificuldades que enfrentamos.

À minha orientadora, professora Ana Tereza, sou extremamente grata pela confiança que foi dada a mim para a construção dessa pesquisa, por todas as outras ricas oportunidades que me foram concedidas no decorrer do curso, por toda dedicação, paciência e conhecimentos compartilhados. A senhora é para mim um grande exemplo de pessoa e profissional, tenho enorme certeza de que fiz a escolha certa ao escolhê-la como minha orientadora. Agradeço-a pela amizade, pelas conversas, por abrilhantar mais ainda a área de cardiopulmonar na minha vida, por sempre estar disposta a ajudar-me e pela orientação impecável de sempre. Meu muito obrigada por tudo.

Ao professor Éder Rodrigues, por afirmar-me qual área mais me identifico, por me guiar por caminhos que me abriram diversas portas e oportunidades, pela confiança de participar do estágio extracurricular, no qual foi uma das experiências mais especiais que tive e a que me trouxe muito conhecimento prático. Agradeço pela sua amizade, pela ajuda e apoio de sempre, e por todos os conhecimentos passados, com certeza me fez crescer não só profissionalmente, mas como pessoa também.