

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PEDRO PAULO FERNANDES DE AGUIAR TONETTO

Barreiras para participação em programa de reabilitação
cardíaca: avaliação antes e durante a pandemia da COVID-19

RIBEIRÃO PRETO

2022

PEDRO PAULO FERNANDES DE AGUIAR TONETTO

Barreiras para participação em programa de reabilitação
cardíaca: avaliação antes e durante a pandemia da COVID-19

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: O cuidar de adulto e idosos

Orientador: Rosana Aparecida Spadoti Dantas

RIBEIRÃO PRETO

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Paulo Fernandes de Aguiar Tonetto, Pedro

Barreiras para participação em programa de reabilitação cardíaca: avaliação antes e durante a pandemia da COVID-19. Ribeirão Preto, 2022.

71 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Rosana Aparecida Spadoti Dantas

1. Barreiras. 2. Reabilitação Cardíaca. 3. Covid-19. 4. Acesso à Saúde. 5. Estudo Longitudinal.

PAULO FERNANDES DE AGUIAR TONETTO, Pedro

Barreiras para participação em programa de reabilitação cardíaca: avaliação antes e durante a pandemia da COVID-19 (versão corrigida)

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho

Aos **meus pais** Eliana e Clesio, que entenderam e compreenderam os caminhos pessoais e profissionais que segui, tenho seguido e ainda seguirei ao longo dos anos.

À **minha irmã** Isabela que muito fez por mim nesses anos e com certeza ainda fará por muito tempo.

Aos **profissionais da saúde**, que apesar das infinitas dificuldades que a pandemia da COVID-19 nos trouxe, lutaram e ainda lutam ao longo desses mais de dois anos para nos devolverem um mundo, ao menos mais consciente.

Aos **artistas como um todo**, que muitos infelizmente ainda desvalorizarão, porém sem eles o tempo da pandemia seria com certeza percebido como mais longo e tenebroso do que foi.

A **todos nós**, que vimos 2020 e 2021 passar, cada um a seu tempo, porém conscientes de que, melhores ou não, com certeza estamos todos, ao menos, diferentes.

O que foi o começo de tudo isso? Quando as engrenagens do destino começaram a girar? Talvez seja impossível alcançar essa resposta agora, nas profundezas do fluxo do tempo... Mas, certamente, naquela época, nós amamos a tantos, mas também odiamos tanto, nós machucamos os outros e nós mesmos fomos machucados... Apesar disso, mesmo assim, nós corremos como o vento, enquanto nossos sorrisos ecoavam, sob um céu cerúleo...

([Chrono Cross](#) – Squaresoft, 1999-2000)

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

À **minha família**, que sempre esteve ao meu lado.
Aos **meus amigos**, que sempre estiveram ao meu redor.
Aos **mestres**, que sempre estiveram acima de mim...
mas sempre me tratando como igual.

Em especial agradeço primeiramente à minha orientadora **Rosana Dantas** que sempre foi amiga e me ensinou tudo e muito além do que eu esperava. Obrigado demais por sempre confiar em mim e por ter topado o desafio de orientar esse advogado, amante das tecnologias e do senso de humor, que cada dia está se encontrando mais na Enfermagem.

Agradeço também a todos os demais professores e funcionários da EERP e de outras unidades que contribuíram para esse trabalho. A vocês digo também que essa é só a primeira etapa! Felizmente tive a oportunidade de conhecer pessoas especiais por todos os lugares que pisei (presencial e virtualmente) ao longo desses mais de três anos. É impossível agradecer a todos, nominalmente, porém sintam-se abraçados.

E agradeço por fim à fisioterapeuta do CER, **Camila Bertini**, pela imensurável contribuição com este trabalho, desde os primeiros dias. A sua dedicação para com os pacientes é absolutamente cativante e com certeza possibilita a melhoria da vida de cada um que passa por você.

RESUMO

TONETTO, P.P.F.A. **Barreiras para participação em programa de reabilitação cardíaca: avaliação antes e durante a pandemia da COVID-19.** 2022. 71f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Introdução: O direito à saúde é um dos direitos sociais constitucionalmente garantidos. A realidade brasileira ainda é excludente e também reflete as dificuldades estudadas e superadas por outros países desenvolvidos. No Brasil, menos de 20% dos pacientes que saem de uma internação hospitalar por problemas cardíacos, recebe a indicação para a reabilitação cardíaca. Uma vez inserido em um programa de reabilitação cardíaca (PRC), as maiores barreiras para sua participação estão relacionadas com as comorbidades e/ou estado funcional, necessidades percebidas e acesso. **Objetivos:** 1) avaliar as barreiras para participação em PRC, na perspectiva de um grupo de participantes, antes da ocorrência da pandemia da COVID-19 (Etapa 1); 2) avaliar as barreiras percebidas pelos participantes para retornarem ao PRC, durante a pandemia da COVID-19 (Etapa 2); 3) comparar as barreiras percebidas nas duas etapas; e 4) avaliar os aspectos físicos e emocionais da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos participantes durante a pandemia da COVID-19. **Método:** Estudo observacional, analítico e longitudinal realizado em duas etapas com pacientes inseridos em um PRC, fases 2 ou 3, de um hospital universitário do interior paulista. Na primeira etapa, antes da pandemia, 23 participantes responderam presencialmente aos 21 itens da Escala de Barreiras para a Reabilitação Cardíaca (EBRC), usando uma escala ordinal de 1 a 5 (score total de 21 a 105, com maiores escores indicando maiores barreiras percebidas). Na segunda etapa, realizada por telefone durante o período pandêmico, 18 desses participantes responderam novamente aos itens da EBRC, bem como aos itens dos domínios Aspectos Físicos e Aspectos Emocionais do instrumento Medical Outcomes Study (MOS): 36-Item Short Form Survey (SF-36). **Resultados:** Na primeira etapa foram entrevistados 23 indivíduos, dos quais três faleceram e dois não apresentaram condições físicas para participarem da segunda entrevista. Concluímos o seguimento de 18 pacientes, sendo a maioria do sexo masculino (66,7%), casada/união estável (60,9%), sem desempenhar atividade ocupacional (91,3%) e residentes da cidade de Ribeirão Preto (52,2%). A média de idade foi de 58,9 (D.P.=12,5) anos, com renda mensal familiar média de R\$ 2.072,78 (D.P.=1.397,40) e baixa escolaridade (oito anos de estudo formal, em média). Ao compararmos as barreiras percebidas, antes e durante a pandemia, constatamos a diminuição na percepção dos pacientes sobre as barreiras para a participação em um PRC sendo as diferenças estatisticamente significantes para o score total da EBRC ($p<0,001$), para a média total dos itens ($p<0,001$) e para a maioria dos itens (81%). Durante a pandemia, os participantes avaliaram melhor os aspectos emocionais ($M=72,2$; $D.P.=34,8$) do que físicos ($M=40,3$;

D.P.=41,2) da QVRS. **Conclusão:** No grupo investigado, após a interrupção da participação em um PRC em decorrência da pandemia da COVID-19, os participantes consideraram as barreiras para a adesão ao programa como sendo menores do que aquelas percebidas enquanto estavam inseridos na reabilitação cardíaca. Os resultados encontrados podem ser compreendidos no contexto do isolamento social imposto aos indivíduos com doenças cardíacas e com outras doenças consideradas de risco para o agravamento da condição de saúde diante da contaminação pelo novo coronavírus.

Descritores: Barreiras; Reabilitação Cardíaca; Covid-19; Acesso à Saúde; Estudo Longitudinal

ABSTRACT

TONETTO, P. P. F. A. **Barriers to the participation in a cardiac rehabilitation program: assessment before and during the COVID-19 pandemic.** 2022. 71p. Dissertation (Masters) – Ribeirão Preto School of Nursing, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Introduction: Health care is one of the social rights constitutionally guaranteed. The Brazilian reality is still exclusionary and also reflects the difficulties studied and overcome by other developed countries. In Brazil, less than 20% of the patients that leave hospitalization due to cardiac problems receive a referral to cardiac rehabilitation. Once inserted in a cardiac rehabilitation program (CRP), the biggest barriers to patients' participation are related to comorbidities and/or functional status, perceived needs and access. **Objectives:** 1) assess barriers to participation in CRP, from the perspective of a group of participants, before the occurrence of the COVID-19 pandemic (Step 1); 2) assess the barriers perceived by the participants to return to the CRP, during the COVID-19 pandemic (Step 2); 3) compare the perceived barriers in the two phases; e 4) assess the physical and emotional aspects of the participants' health-related quality of life (HRQoL) during the COVID-19 pandemic. **Method:** Observational, analytical and longitudinal study carried out in two stages with patients enrolled in a CRP, phase 2 or 3, at a university hospital in the countryside of São Paulo. In the first step, before the pandemic, 23 participants responded face-to-face to the 21 items of the Cardiac Rehabilitation Barriers Scale (CRBS), using an ordinal scale from 1 to 5 (total score ranging from 21 to 105, with higher scores indicating greater perceived barriers). In the second step, carried out by telephone during the pandemic period, 18 of those participants responded again to the CRBS items, as well as to the items in the Physical Aspects and Emotional Aspects domains of the Medical Outcomes Study (MOS): 36-Item Short Form Survey (SF -36). **Results:** In the first step, 23 individuals were interviewed, of which three died and two were not physically able to participate in the second interview. We concluded the follow-up of 18 patients, most of them male (66.7%), married/in a stable relationship (60.9%), with no occupational activity (91.3%) and residents of the city of Ribeirão Preto (52.2%). The mean age was 58.9 (SD=12.5) years, with an average monthly family income of BRL 2,072.78 (SD=1,397.40) and low schooling (eight years of formal schooling, on average). When comparing perceived barriers, before and during the pandemic, we found a decrease in patients' perception of barriers to participation in a CRP, with statistically significant differences for the total CRBS score ($p<0.001$), for the total average of the items ($p<0.001$) and for 81% of the items. During the pandemic, participants better rated the emotional ($M=72.2$; $SPD=34.8$) than physical ($M=40.3$; $SD=41.2$) aspects of HRQoL. **Conclusion:** In the investigated group, after

the interruption of participation in a CRP due to the COVID-19 pandemic, the participants considered the barriers to adherence to the program to be lower than those perceived while they were in cardiac rehabilitation. The results found can be understood in the context of the social isolation imposed on individuals with heart disease and other diseases considered to be at risk for the worsening of their health condition in the face of contamination by the new coronavirus.

Descriptors: Barriers; Cardiac Rehabilitation; COVID-19; Access to Health; Longitudinal Study

RESUMEN

TONETTO, P.P.F.A. **Barreras para la participación en un programa de rehabilitación cardíaca: evaluación antes y durante la pandemia de COVID-19.** 2022. 71h. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Introducción: El derecho a la salud es uno de los derechos sociales constitucionalmente garantizados. La realidad brasileña sigue siendo excluyente y refleja también las dificultades estudiadas y superadas por otros países desarrollados. En Brasil, menos del 20% de los pacientes que salen de un hospital por problemas cardíacos reciben una indicación de rehabilitación cardíaca. Una vez insertados en un programa de rehabilitación cardíaca (PRC), las mayores barreras para su participación están relacionadas con las comorbilidades y/o el estado funcional, las necesidades percibidas y el acceso. **Objetivos:** 1) evaluar las barreras a la participación en CRP, desde la perspectiva de un grupo de participantes, antes de la ocurrencia de la pandemia de COVID-19 (Paso 1); 2) evaluar las barreras percibidas por los participantes para regresar al CRP, durante la pandemia de COVID-19 (Paso 2); 3) comparar las barreras percibidas en las dos fases. 4) evaluar los aspectos físicos y emocionales de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los participantes durante la pandemia de COVID-19. **Método:** Estudio observacional, analítico y longitudinal realizado en dos etapas con pacientes inscritos en PCR, fases 2 o 3, en un hospital universitario del interior de São Paulo. En la primera etapa, antes de la pandemia, 23 participantes respondieron cara a cara los 21 ítems de la Escala de Barreras a la Rehabilitación Cardíaca (EBRC), utilizando una escala ordinal del 1 al 5 (puntuación total de 21 a 105, con mayores puntuaciones que indican mayores barreras percibidas). En la segunda etapa, realizada por teléfono durante el período de la pandemia, 18 de estos participantes respondieron nuevamente a los ítems del EBRC, así como a los ítems de los dominios Aspectos Físicos y Aspectos Emocionales del Estudio de Resultados Médicos (MOS): 36- Ítem Encuesta de formato corto (SF) -36). **Resultados:** En la primera etapa se entrevistó a 23 individuos, de los cuales tres fallecieron y dos no se encontraban físicamente aptos para participar en la segunda entrevista. Concluimos el seguimiento de 18 pacientes, la mayoría del sexo masculino (66,7%), casados/en pareja estable (60,9%), sin actividad laboral (91,3%) y residentes en la ciudad de Ribeirão Preto (52, dos %). La edad media fue de 58,9 (DE=12,5) años, con renta familiar media mensual de R\$ 2.072,78 (DE=1.397,40) y baja escolaridad (ocho años de educación formal, en promedio). Al comparar las barreras percibidas, antes y durante la pandemia, encontramos una disminución en la percepción de los pacientes de las barreras para participar en un PCR, con diferencias estadísticamente significativas para

la puntuación total de EBRC ($p < 0,001$), para la media total de ítems ($p < 0,001$) y para 81% de los ítems. Durante la pandemia, los participantes calificaron mejor los aspectos emocionales ($M=72,2$; $SPD=34,8$) que físicos ($M=40,3$; $SPD=41,2$) de la CVRS. **Conclusión:** en el grupo investigado, después de la interrupción de la participación en un PCR debido a la pandemia de COVID-19, los participantes consideraron que las barreras para la adhesión al programa eran menores que las percibidas mientras estaban en rehabilitación cardíaca. Los resultados encontrados pueden entenderse en el contexto del aislamiento social impuesto a las personas con cardiopatías y otras enfermedades consideradas de riesgo para el empeoramiento de su estado de salud ante la contaminación por el nuevo coronavirus.

Descriptor: Barreras; Rehabilitación cardíaca; COVID-19; Acceso a la Salud; Estudio longitudinal

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos 23 participantes segundo a finalização ou não do estudo (sujeitos que participaram de todas as etapas de coleta dos dados ou que saíram durante o estudo). Ribeirão Preto, 2020 – 2021.	30
Tabela 2 - Caracterização clínica dos 23 participantes segundo a finalização ou não do estudo (sujeitos que participaram de todas as etapas de coleta dos dados ou que saíram durante o estudo). Ribeirão Preto, 2020 – 2021.	31
Tabela 3 – Caracterização dos 18 participantes que finalizaram o estudo, segundo os atendimentos em serviços de saúde durante a pandemia da COVID-19. Ribeirão Preto, 2020 – 2021.	32
Tabela 4 – Caracterização dos 18 participantes que finalizaram o estudo segundo esquema vacinal, realização de teste diagnóstico e diagnóstico confirmado de COVID-19. Ribeirão Preto, 2020 – 2021.	33
Tabela 5 – Comparação das médias dos escores total, dos itens e de cada item da Escala de Barreiras para a Reabilitação Cardíaca, segundo o período da coleta dos dados dos 18 participantes. Ribeirão Preto, 2020 – 2021.	34
Tabela 6 – Tipos de barreiras referidas pelos participantes, antes e durante a pandemia de COVID-19. Ribeirão Preto, 2020 – 2021.	36
Tabela 7 – Estatística descritiva dos valores dos domínios Aspectos físicos e Aspectos emocionais do instrumento Medical Outcomes Survey- 36 itens. Short-form (SF-36), segundo a avaliação dos 18 participantes. Ribeirão Preto, 2020 – 2021.	37

Lista de Siglas

CER-HCFMRP-USP – Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

DCV – Doenças Cardiovasculares

EBRC – Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca

GIRQ - Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de Vida

HCFMRP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

OMS – Organização Mundial da Saúde

PRC – Programa de Reabilitação Cardíaca

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

RC – Reabilitação Cardíaca

SF-36 – Medical Outcomes Study (MOS): 36-Item Short Form Survey

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USP – Universidade de São Paulo

Sumário

1 – Introdução	16
1.1 – Um pouco sobre o direito à saúde	16
1.2 – Reabilitação cardíaca na realidade brasileira	17
1.3 – Barreiras à adesão e os novos desafios durante a pandemia da covid-19	18
2 - Objetivos	22
3 –Método	24
3.1 - Delineamento, local e população do estudo	24
3.2 - Considerações éticas	25
3.3 - Coleta de dados	26
3.4 - Processamento e análise dos dados	28
4 – Resultados	30
4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes que concluíram e que não concluíram o estudo	30
4.2 Barreiras percebidas para o acesso aos serviços de reabilitação cardíaca, antes e durante a pandemia da COVID-19, avaliadas pela Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (EBRC)	33
4.3 Avaliação dos aspectos físicos e emocionais da Qualidade de vida relacionada à saúde ..	36
5 – Discussão	39
6 – Considerações finais e limitações do estudo	44
9 – Referências	46
Apêndices	57
Anexos	69

Introdução

1 – Introdução

1.1 – Um pouco sobre o direito à saúde

O direito à saúde é um dos direitos sociais constitucionalmente garantidos. Trata-se de uma prerrogativa jurídica indisponível assegurada a todos os cidadãos brasileiros. Sendo saúde um direito de todos e dever do Estado, este deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O texto constitucional acima mencionado não tem eficácia vinculante. Para isso, este fora complementado pela Lei 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Especificamente em seu artigo 2º, o diploma legal garante que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Entretanto, “não se cria igualdade por Lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a Lei” (BUSS, 1998).

A realidade brasileira ainda é excludente e também reflete as dificuldades estudadas e superadas por outros países desenvolvidos como Estados Unidos, Canadá e Austrália, possuindo estes dois últimos, um sistema de saúde universal similar ao brasileiro (KANTORSKI; ANDRADE; CARDANO, 2017; RABELLO, 2010).

O direito à saúde demorou anos para tomar a frente do debate político nas cortes superiores, portanto. Foi somente no ano 2000 que o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou uma ação que se tornou “*leading case*” para que outras demandas alcançassem a última instância do judiciário. Foi num Recurso Extraordinário que o STF afirmou categoricamente que a interpretação do já citado art. 196 da Constituição não pode transformar o dispositivo em “promessa constitucional inconsequente” (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2000).

A partir de então, pode-se afirmar que o acesso à saúde tem se tornado cada vez mais judicializado. Existe também a problemática do baixo nível de educação em saúde, que é outro determinante na mitigação da prevenção em saúde, que é barreira intrínseca para o acesso a este direito. Desta maneira, em última instância, a promoção da saúde universal como manda a Constituição não pode ser alcançada por ações intrassetoriais isoladas, pois compete ao Estado e pertence a um projeto maior, que é a construção de uma sociedade solidária (JANINI, 2015; SANDERS et al., 2009).

Neste contexto, temos a situação desfavorável dos indivíduos com doenças cardíacas que não possuem acesso aos programas de reabilitação cardíaca, os quais ainda são incipientes nos serviços de saúde brasileiros. Somente no último ano, entre março de 2021 e março de 2022, foram registradas 399.062 internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS)

decorrentes de infarto agudo do miocárdio, transtornos de condução e arritmias cardíacas e insuficiência cardíaca. Conclui-se, portanto, que o gasto estatal com tratamento e prevenção de doenças cardíacas é substancial (BRASIL 2022; CAVENAGHI et al., 2011).

1.2 – Reabilitação cardíaca na realidade brasileira

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), reabilitação é “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente” (WHO, p. 100, 2012). Reintegrar o paciente às suas atividades cotidianas é lhe garantir a cidadania pela qual a Constituição preza ao longo de seu texto.

No Brasil, a compreensão dos profissionais de saúde sobre a reabilitação de pessoas acometidas por doenças cardíacas ainda é heterogênea e, muitas vezes, centrada nos aspectos funcionais. Na maioria dos países desenvolvidos, esta visão foi se ampliando e o programa ganhou enfoque multidimensional, visando promover a atividade física e um estilo de vida saudável, englobando indivíduos de ambos os sexos, adultos e idosos, com diferentes indicações clínicas, além do infarto (BALADY et al., 2007; BESNIER et al., 2020; DRIGGIN et al., 2020; VIGORITO; FAGGIANO; MUREDDU, 2020).

Ainda assim, menos de 20% dos pacientes que saem de uma internação hospitalar por problemas cardíacos, recebe a indicação para a reabilitação cardíaca (BJARNASON-WEHRENS et al., 2010; GOLWALA et al., 2015). Nesse mesmo contexto, dados mais recentes indicam que existe apenas uma vaga para cada 99 pacientes que precisam da reabilitação cardíaca (BRITTO et al., 2020).

Os programas de RC possuem diferentes fases quando consideramos o aspecto do condicionamento físico do paciente. A fase 1 dá-se logo após a compensação clínica e é realizado no ambiente hospitalar, seja na unidade de terapia intensiva ou na enfermaria, com exercícios de baixa intensidade, apoio psicológico e orientação sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares em geral. Logo após a alta, inicia-se a fase 2, a primeira etapa extra hospitalar, que ocorre em ambiente propício à realização de atividades físicas e fisioterapêuticas com a supervisão de profissionais competentes para este cuidado. Nessa fase, que dura de três a seis meses, o indivíduo também participa de atividades educativas organizadas pela equipe de saúde, com destaque para o enfermeiro, sobre a importância de um estilo de vida saudável e de hábitos alimentares condizentes com a sua condição de saúde. A fase 3 dispõe de um programa de seis a vinte e quatro meses, com foco nos indivíduos que apresentam uma boa condição clínica e baixo risco cardiovascular, independentemente de terem participado das fases um e dois. Ainda sob supervisão profissional, eles ainda realizam exercícios para aprimoramento da

condição física. Por fim, a fase 4 é um programa de longo prazo, na qual os indivíduos realizam atividades físicas sem supervisão direta, seguindo as orientações de melhoria de hábitos previamente estabelecidas. Nessa fase, eles devem manter a realização de testes ergométricos a cada ano e recebe contato da equipe de reabilitação cardíaca responsável, mesmo que por telefone, a cada seis meses (CARVALHO et al., 2020).

A reabilitação cardíaca, embora considerada como um modelo eficiente de prevenção secundária das doenças cardiovasculares, não tem sido utilizada de maneira efetiva (PIO et al., 2020). A falta de adesão aos PRC, quando existentes, foi considerada um desafio global, atual, relevante, complexo e bastante crítico, especialmente nos países em desenvolvimento (BEAGLEHOLE et al., 2008; CHOUDHRY et al., 2014).

No Brasil, há poucos centros de RC que atendem os pacientes pelo SUS, sendo os existentes localizados nas grandes cidades e ligados, em geral, aos hospitais universitários. Os pacientes dependem de um Centro de Reabilitação especializado, além de locais para a prática fisioterápica e de exercícios físicos, além de políticas públicas para a educação sobre hábitos de vida. Entretanto, ele necessita ter adesão frequente ao programa para a obtenção de melhores resultados (SUN; JADOTTE; HALPERIN, 2017).

1.3 – Barreiras à adesão e os novos desafios durante a pandemia da covid-19

Conforme exposto, nas primeiras fases da reabilitação, o paciente necessita supervisão constante, seja de equipe médica, de enfermagem ou fisioterapêutica. Para isso, é necessário que o reabilitando compareça às sessões e dê sequência ao tratamento de forma constante. A literatura mostra que fatores geográficos e principalmente socioeconômicos dificultam a adesão do paciente aos programas de reabilitação cardíaca ambulatorial, as chamadas barreiras (SUAYA et al., 2007).

A adesão ao programa (porcentagem de sessões efetivamente praticadas ao longo do tratamento) varia entre 36,7% e 84,6% com uma taxa de desistência variando entre 12% e 56% (OOSENBRUG et al., 2016; TURK-ADAWI; GRACE, 2015). Ainda, outros estudos de diferentes países mostram que apenas 30% dos pacientes elegíveis participam de um programa de reabilitação cardíaca (BEATTY et al., 2018; BRITISH HEART FOUNDATION, 2021; KOTSEVA; WOOD; DE BACQUER, 2018).

Barreira percebida é considerada como sendo o construto mais vital para determinar a mudança de comportamento dos indivíduos (CHAMPION; SKINNER, 2008). Barreiras à adesão dos pacientes aos programas de RC podem ser de natureza intrínseca (características pessoais como sexo, idade, renda, presença de comorbidade, como diabetes e obesidade, falta de apoio familiar, baixa literacia em saúde, falta de motivação) (FERNANDEZ et al., 2008;

FORHAN et al., 2013) e extrínsecas aos pacientes (falta de indicação médica; longas listas de espera; barreiras linguísticas; distância do centro de reabilitação e transporte ao local; conflitos com o trabalho e falta de tempo) (FERNANDEZ et al., 2008).

Estudo nacional realizado com 174 pacientes sendo 74 participantes de RC em centros públicos e 100 provindos da saúde suplementar, concluiu que as maiores barreiras estão relacionadas com as comorbidades e/ou estado funcional, necessidades percebidas e acesso. Ainda, que essas barreiras são maiores dentre os que dependem do sistema de saúde público (BORGES et al., 2022).

Outro estudo recente constatou que as maiores barreiras para o acesso ao serviço de RC eram a ausência de indicação do médico cardiologista (seja por falta de consciência do profissional ou por não encorajar os pacientes) e dificuldades relativas à distância e transporte (SÉRVIO et al., 2019). Pessoas que recebem maior incentivo e educação em saúde por parte da equipe de saúde relataram maior consciência sobre os benefícios da RC e, portanto, tendem a ter maior adesão ao programa (BARROS et al., 2014).

Para os profissionais da saúde, compreender quais são essas barreiras poderia ajudá-los no desenvolvimento de estratégias eficientes e alternativas personalizadas destinadas a melhorar a utilização da RC.

Ao acrescentar a este cenário, já desfavorável, a ocorrência da pandemia pelo **COVID-19**, a reabilitação cardíaca precisa ser repensada. No âmbito da cardiologia, tanto os atendimentos de casos agudos, quanto de casos crônicos e estáveis, foram afetados pela pandemia. Pacientes com doenças cardiovasculares continuaram a precisar de atendimentos seguros e de qualidade nos diversos aspectos do seu acompanhamento (diagnóstico, tratamento, educação em saúde e seguimento após a alta), mas vários atendimentos foram interrompidos e/ou adiados, como os PRC (JAARSMA et al., 2020)

Os desafios para a realidade sanitária, imposta pela pandemia, com a necessidade do distanciamento/isolamento social, têm levado a busca contínua de alternativas para prover os cuidados necessários aos indivíduos com DCV, com o fechamento de grande parte dos centros de reabilitação cardíaca localizados, principalmente nos Estados Unidos, Canadá e Europa (BESNIER et al., 2020; DRWAL et al., 2020; VIGORITO; FAGGIANO; MUREDDU, 2020). Em decorrência da RC ser uma das mais importantes recomendações para o tratamento das doenças cardíacas, a cessação dos programas de RC pode ocasionar dramáticas consequências para a saúde pública (BESNIER et al., 2020).

Outro aspecto importante decorrente do período de distanciamento social imposto pela pandemia foi o aumento de caso de ansiedade, depressão e outras doenças advinda do isolamento social (MAZZA et al., 2020a, 2020b; PAPANDREOU et al., 2020; TWENGE;

JOINER, 2020). Esses são fatores de risco para DCV, principalmente em idosos (GORI; LELIEVELD; MÜNZEL, 2020). Os transtornos de humor são comumente associados às doenças cardiovasculares (ALLABADI et al., 2019; MEYER et al., 2019; SERPYTIS et al., 2018). O estresse causado pelo risco de se adquirir a covid-19, a incerteza econômica, principalmente, nas populações de baixa e média rendas podem ter contribuído para o aumento da incidência de hipertensão arterial, síndrome coronariana aguda, acidente vascular encefálico, entre outras condições de saúde. As consequências econômicas da pandemia podem levar a falta de apoio financeiro e a não manutenção de hábitos saudáveis, como alimentação, uso de academias e aquisição dos medicamentos (CASTRO-DE-ARAUJO; MACHADO, 2020).

Objetivos

Diante do exposto, estabelecemos os seguintes objetivos para o presente estudo:

2 - Objetivos

- 2.1. Avaliar as barreiras para participação em Programa de Reabilitação Cardíaca (PRC), na perspectiva de pacientes inseridos em um PRC, antes da ocorrência da pandemia da COVID-19 (Etapa 1);
- 2.2. Avaliar as barreiras percebidas por pacientes para retornarem ao PRC, durante a pandemia da COVID-19 (Etapa 2);
- 2.3. Comparar as barreiras percebidas pelos pacientes nas duas etapas.
- 2.4. Avaliar os aspectos físicos e emocionais da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes durante a pandemia da COVID-19.

Método

3 –Método

3.1 - Delineamento, local e população do estudo

Estudo observacional, analítico e longitudinal que foi realizado em duas etapas.

A primeira etapa fez parte do estudo “Programa de Reabilitação Cardíaca: barreiras à adesão e o acesso à saúde”, desenvolvido no Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (CER-HCFMRP-USP). Participaram 23 adultos, com doenças cardíacas que estavam e inseridos no PRC oferecido pelo referido centro de reabilitação, no período de 22 janeiro a 12 março de 2020. Eles foram entrevistados por um dos pesquisadores, antes ou após a sessão de RC, e responderam ao instrumento específico para avaliar as barreiras para participação em PRC. Os dados clínicos dos participantes foram obtidos em seus prontuários eletrônicos.

Após o estabelecimento da pandemia pela COVID-19 pela Organização Mundial da Saúde, em março de 2020, esse PRC foi suspenso e os pacientes foram orientados a aguardarem o contato da equipe de saúde responsável pelo programa. O desconhecimento do impacto da pandemia na vida dessas pessoas no que se refere à sua saúde, nos motivou a propor o acompanhamento dos 23 pacientes.

A segunda etapa fez parte da pesquisa “Barreiras para participação em programa de reabilitação cardíaca: avaliação antes e durante a pandemia da COVID-19”, cuja população a ser estudada foram os 23 participantes da Etapa 1. Portanto, não houve inclusão de novos participantes na Etapa 2.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a Etapa 1 foram: adultos e idosos, de ambos os sexos, independente da raça, inseridos no PRC do CER-HCFMRP-USP, entre janeiro e dezembro de 2020. Entretanto, em decorrência da pandemia, o período abordado foi de janeiro a março do referido ano. Foram excluídos aqueles participantes que não apresentavam orientação alo e auto psíquica no momento da entrevista, avaliada pela presença de quatro ou mais respostas corretas fornecidas para as seguintes questões: Qual o seu nome completo? “Qual a sua idade?”, “Qual a data de hoje?”, “Em que dia da semana estamos?”, “Qual o local em que estamos nesse momento?” e “Qual o nome da cidade em que você nasceu?”. (MANZATO, 2018; NEPOMUCENO et al., 2018).

No momento da segunda entrevista (Etapa 2), em decorrência das exigências sanitárias impostas pela pandemia, a coleta dos dados precisou ser realizada por contato telefônico. Antes do início da entrevista, realizamos a mesma avaliação da orientação alo e auto psíquica do participante, porém com a exclusão da questão “Qual o local em que estamos nesse momento?”,

por não se aplicar na nova forma de entrevista. Entretanto, acrescentamos um outro critério de exclusão nesta segunda etapa: pacientes que não demonstrassem condições físicas para realizar a entrevista pelo telefone, sem qualquer auxílio, por 30 minutos ou mais. Esse critério foi avaliado no momento da primeira ligação telefônica cujo objetivo era agendar a melhor data e horário para a entrevista do paciente.

3.2 - Considerações éticas:

Os estudos “Programa de Reabilitação Cardíaca: barreiras à adesão e o acesso à saúde” (etapa 1) e “Barreiras para participação em programa de reabilitação cardíaca: avaliação antes e durante a pandemia da COVID-19” (etapa 2) foram elaborados segundo Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012 e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (Protocolos CAAE 24398619.3.0000.5393 e CAAE 41138920.5.3001.5440, respectivamente).

Na etapa 1, participantes e pesquisadores assinaram, presencialmente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Na segunda etapa, por meio telefônico, a leitura integral do TCLE foi realizada durante a ligação e, somente após o aceite do participante, esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, a coleta foi iniciada. Aqueles que desejaram também receberam por meio eletrônico uma via do TCLE da nova etapa (APÊNDICE B).

3.3 - Coleta de dados

Como informado anteriormente, os dados da primeira etapa foram coletados de forma presencial, entre janeiro e março de 2020, antes da pandemia da COVID-19. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais com os 23 participantes, que foram convidados no período de condicionamento cardiorrespiratório, antes ou após as sessões, respeitando o horário de atendimento, qual seja das 8h às 12h, entre as segundas e quartas-feiras. As entrevistas foram conduzidas em sala privativa e reservada. Os prontuários dos participantes foram consultados para obtenção dos dados clínicos e do PRC. Durante a entrevista, foi utilizado um instrumento elaborado pelo Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de Vida (GIRQ), coordenado pela orientadora do presente estudo, contendo os seguintes dados (APÊNDICE C):

- Sociodemográficos: sexo (masculino e feminino); data de nascimento (para posterior cálculo da idade, com a data da entrevista), escolaridade (anos em que frequentou o ensino formal),

situação conjugal (4 categorias e, agrupadas posteriormente em outras duas: casado/vivendo em união estável e solteiro/viúvo/separado), ocupação atual (duas categorias: ativo e inativo) e renda familiar mensal;

- Clínicos: indicação da reabilitação cardíaca, presença de comorbidades, além da doença cardíaca responsável pela indicação ao PRC, tratamento farmacológico e de outras naturezas (angioplastia coronariana, cirurgia de revascularização do miocárdio, transplante cardíaco).

Para avaliar as barreiras percebidas para a RC, utilizamos a versão validada para o Brasil (GHISI et al., 2012) do instrumento *Beliefs About Cardiac Rehabilitation* (SHANMUGASEGARAM et al., 2012). A versão em português, denominada de Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (EBRC), contém 21 itens que são respondidos em uma escala *Likert* de cinco pontos, variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo plenamente). O escore total da EBRC varia de 21 a 105 e quanto maior o valor, maior as barreiras percebidas para a participação ou adesão aos programas de RC (SHANMUGASEGARAM et al., 2012).

Os 21 itens da EBRC são divididos em cinco domínios: Comorbidades/Estado funcional (itens 8, 9, 15, 13, 21, 14 e 17); Necessidades percebidas (3, 5, 6, 11 e 16); Problemas pessoais/familiares (4, 7 e 18); Viagem/conflitos de trabalho (10 e 12) e Acesso (1, 2, 19 e 20). Há um 22º item, no qual o indivíduo pode descrever quaisquer outras barreiras que ele considere para a sua participação no Programa de RC (GHISI et al., 2012) (ANEXO A).

Na etapa 2, as entrevistas foram realizadas por ligações telefônicas entre os dias 3 de março e 7 de outubro de 2021, as quais eram gravadas no telefone celular utilizado pelo pesquisador responsável por essa atividade.

Um contato telefônico era realizado previamente pelo pesquisador para que os participantes pudessem escolher a data e o horário da entrevista. Nesse momento, era informado os objetivos da segunda etapa da pesquisa e combinado o dia e o horário para a entrevista. O fato do participante conhecer o pesquisador da entrevista realizada na primeira etapa facilitou a comunicação entre eles e, na data agendada, era realizado o convite formal com a leitura do TCLE da etapa 2 (APÊNDICE B) e posterior coleta de dados.

Durante a entrevista, os seguintes dados sociodemográficos foram atualizados: idade, estado civil, ocupação atual (duas categorias: ativo e inativo) e renda familiar mensal (APÊNDICE D).

No que se refere aos aspectos clínicos autorreferidos (APÊNDICE E), os participantes responderam as seguintes questões:

- 1 - Procurou por um serviço de emergência depois da suspensão do PRC, durante a pandemia?;
- 2 - Precisou ser internado depois da suspensão do PRC, durante a pandemia?;
- 3 - Durante a pandemia, deixou de procurar por atendimento médico, mesmo com a piora dos sintomas cardíacos;
- 4 - Durante a pandemia, você continuou a praticar atividade física regular (ou seja, três ou mais vezes por semana por, no mínimo, 30 minutos);
- 5 - Você teve o diagnóstico confirmado de contaminação pelo novo coronavírus?;
- 6 - Você realizou algum teste para confirmação do diagnóstico de COVID-19?
- 7 - Você foi vacinado contra a COVID-19?

Para a avaliação dos aspectos físicos e emocionais da QVRS, os participantes responderam as questões 4 e 5 da versão validada para o Brasil (CICONELLI et al., 1999) do instrumento SF-36 (WARE; SHERBOURNE, 1992). Tendo como referência as últimas quatro semanas, eles responderam aos cinco itens do domínio Aspectos Físicos (Questão 4) e aos três itens do domínio Aspectos Emocionais (Questão 5) (ANEXO B). Os valores dos domínios foram normatizados em uma escala de zero a 100, com maiores valores indicando avaliação da QVRS, nos respectivos domínios.

Utilizamos novamente a EBRC para avaliar as possíveis barreiras relatadas pelos 18 participantes diante de eventual retomada ao PRC, no contexto da pandemia da COVID-19. Entretanto, optamos por excluir os itens 5 e 16 (Domínio - Necessidades percebidas) e os itens 9 e 20 (Domínio - Acesso) por não serem aplicáveis no contexto da COVID-19, durante a entrevista (APÊNDICE F). Com a exclusão dos quatro itens, os participantes responderam 17 dos 21 itens da versão original e a soma das respostas variaram de 17 a 85.

Para podermos comparar os dois escores totais da EBRC, obtidos nas etapas 1 e 2, optamos por considerar as respostas aos itens 5, 9, 16 e 20 como dados perdidos (*missing values*). Foram calculadas as médias de resposta aos itens de cada participante e, então, os valores médios foram inseridos como respostas aos quatro itens retirados. A substituição de um dado faltante (conhecida como imputação) de variáveis quantitativas por um valor de tendência central (média ou mediana) tem sido utilizada como uma técnica estatística em estudos na área da saúde (JEAN MUNDAHL ENGELS, 2003; NUNES, 2007). Após a substituição dos dados perdidos, os valores dos escores finais da EBRC variaram no mesmo intervalo, ou seja, de 21 a 105, com maiores valores indicando maior presença de barreiras percebidas para a participação ou adesão aos programas de RC (SHANMUGASEGARAM et al., 2012).

3.4 - Processamento e análise dos dados

Os dados foram inicialmente inseridos em tabela simples do Microsoft Excel e em seguida, transportados para o programa IBM Statistical Package Social Science (SPSS) versão 25.0 para Windows.

Todas as variáveis foram analisadas descritivamente em termos de frequência (variáveis nominais) e de tendência central e dispersão (variáveis numéricas).

Para comparar os escores totais da EBRC como medidas das barreiras percebidas ao PRC, antes e após a pandemia, utilizamos o teste t de *Student* para amostras dependentes ou seu correspondente não paramétrico.

O nível de significância adotado foi de 0,05.

Resultados

4 - Resultados

4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes que concluíram e que não concluíram o estudo

Durante o primeiro período de coleta de dados, interrompido em razão da pandemia da COVID-19 em março de 2020, foram entrevistados 23 participantes. Após a retomada, por meio telefônico, a partir de junho de 2021, ficou constatado que três pacientes vieram a óbito durante o hiato das duas etapas e outros dois, em primeiro contato para agendamento do estudo, não apresentaram condições físicas para responder ao questionário, totalizando cinco perdas de seguimento. Assim, concluíram o estudo realizando a segunda entrevista, 18 pacientes.

As caracterizações sociodemográfica e clínica dos 23 participantes, segundo a participação (n=18) ou não (n=5) nas duas entrevistas, encontram-se nas Tabelas 1 e 2, respectivamente.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos 23 participantes segundo a finalização ou não do estudo (sujeitos que participaram de todas as etapas de coleta dos dados ou que saíram durante o estudo). Ribeirão Preto, 2020 – 2021.

Características Sociodemográficas	Primeira Entrevista (n=23)	Segunda Entrevista (n=18)	Perdas/Saídas (n=5)
Idade em anos [M (D.P.)]	58,91 (11,57)	59,32 (12,54)	61,8 (8,13)
Escolaridade em anos de estudo [M (D.P.)]	8,52 (5,33)	8,56 (4,70)	8,4 (6,58)
Renda Familiar mensal em reais [M (D.P.)]	2.634,78 (1.777,02)	2.072,78 (1.397,40)	3660,0 (3667,95)
Sexo, %(n)			
Masculino	60,9% (14)	66,7% (12)	40% (2)
Feminino	39,1% (9)	33,3% (6)	60% (3)
Situação conjugal, %(n)			
Casado/União Estável	60,9% (14)	50% (9)	80% (4)
Solteiro/Viúvo/Separado	39,1% (9)	50% (9)	20% (1)
Cidade onde reside, %(n)			
Ribeirão Preto	52,2% (12)	50% (9)	60% (3)
Outras	47,8% (11)	50% (9)	40% (2)
Situação Laboral, %(n)			
Inativo	91,3 (21)	73,9% (17)	100% (5)
Ativo	8,7% (2)	4,3% (1)	-

Tabela 2 - Caracterização clínica dos 23 participantes segundo a finalização ou não do estudo (sujeitos que participaram de todas as etapas de coleta dos dados ou que saíram durante o estudo). Ribeirão Preto, 2020 – 2021.

Caracterização clínica	Primeira Entrevista (n=23)	Perdas/Saídas (n=5)	Segunda Entrevista (n=18)
Fase do Programa de Reabilitação cardíaca (PRC), %(n)			
Fase 2	65,2% (15)	80% (4)	61,1% (11)
Fase 3	34,8% (8)	20% (1)	38,9% (7)
Diagnóstico para indicação ao PRC, %(n)			
Insuficiência cardíaca	56,5% (13)	80% (4)	50,0% (9)
Doença arterial coronariana	39,1% (9)	20% (1)	44,4% (8)
Outros	4,3% (1)	0% (0)	5,6% (1)
Procedimentos anteriores ao PRC, %(n)			
Sem procedimentos anteriores	56,5% (13)	40% (2)	55,6% (10)
Outros procedimentos	26,1% (6)	40% (2)	27,8% (5)
Revascularização cirúrgica do miocárdio	17,4% (4)	20% (1)	16,7% (3)
Número de medicamentos em uso [M (D.P.)]	9,4 (2,6)	9,8 (2,4)	9,4 (2,4)

Nos dois momentos avaliados, constatamos predomínio de pacientes do sexo masculino, com média de idade em torno de 58 anos e com baixa escolaridade (média de oito anos de estudo formal). Quanto ao estado civil, na primeira entrevista, dos 23 pacientes, 14 (60,9%) eram casados ou viviam em união estável, mas quatro faleceram e as porcentagens entre as duas categorias se igualaram na segunda entrevista (50%). Entre os dois momentos avaliados, observamos uma diminuição na renda média de R\$ 2.634,78 para R\$ 2.072,78 reais (Tabela 1).

Quanto às características clínicas, à indicação clínica para participação no PRC se deu em decorrência dos diagnósticos de insuficiência cardíaca (56,5%) e doença arterial coronariana (39,1%), estando a maioria na Fase 2 da RC, quando avaliados na etapa 1 do estudo. Entre os 23 participantes, não houve relatado de angioplastia coronariana e transplante cardíaco anteriores ao PCR, mas quatro deles haviam sido submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. Confirmamos no grupo entrevistado o uso de múltiplos fármacos, em ambas avaliações, com a média de 9,4 medicamentos utilizados (Tabela 2).

Quanto aos cinco pacientes que não completaram o estudo, três eram mulheres. Entre as mulheres, duas delas, com idades de 52 e 64 anos, haviam falecido. A terceira, de 57 anos, foi excluída por não possuir condições físicas para responder às questões da entrevista. Um dos homens havia falecido (65 anos) e o segundo (75 anos) encontrava-se gravemente debilitado e

não possuía condições de realizar a entrevista por telefone. Desses cinco participantes iniciais do estudo, quatro estavam na Fase 2 do PRC, sendo a insuficiência cardíaca (n=4) a indicação clínica para a RC (n=1) (Tabela 2).

Visando melhor compreender como os participantes do estudo se comportaram diante da pandemia da COVID-19, dado que os pacientes cardiopatas são considerados grupo de risco para complicações da nova doença viral, na Tabela 3, trazemos informações relativas à procura por serviços de saúde pelos 18 (dezoito) participantes que completaram o estudo.

Tabela 3 – Caracterização dos 18 participantes que finalizaram o estudo, segundo os atendimentos em serviços de saúde durante a pandemia da COVID-19. Ribeirão Preto, 2020 – 2021.

Variável	%(n)
Procurou atendimento nos serviços de saúde durante a pandemia (sim)	50% (9)
Motivo da procura pelos serviços de saúde (n=9)	
Piora da doença cardíaca	22,2% (4)
Outros problemas de saúde	22,2% (4)
Relativo à COVID-19	5,6% (1)
Deixou de procurar serviços de saúde em decorrência da pandemia (sim)	5,6% (1)

No período compreendido pelas duas entrevistas, nove (50%) referiram a necessidade de buscar por atendimento nos serviços de saúde. Um dos entrevistados respondeu que deixou de procurar por atendimento devido à pandemia, mesmo com a piora dos sintomas relativos à doença cardíaca (Tabela 3). Desses nove, quatro procuraram por atendimento devido à doença cardíaca e outros quatro em decorrência de outros problemas de saúde. Ao serem indagados quais eram esses problemas, as respostas fornecidas foram centradas em sintomas como inchaço e dores nos pés, mal-estar geral, quadro gripal e crise de tosse (Tabela 3).

No que se refere à situação vacinal dos participantes para a COVID-19, 55,6% estavam com o esquema vacinal completo e apenas um havia contraído a infecção (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização dos 18 participantes que finalizaram o estudo segundo esquema vacinal, realização de teste diagnóstico e diagnóstico confirmado de COVID-19. Ribeirão Preto, 2020 – 2021.

Variável	% (n)
Situação vacinal	
Duas doses aplicadas	55,6% (10)
Primeira dose apenas	27,8% (5)
Não vacinado	16,7% (3)
Realização de teste para COVID-19 (sim)	16,7% (3)
Diagnóstico de COVID-19 (sim)	5,6% (1)

Diante da pandemia da COVID-19, a manutenção da prática de atividade física foi comprometida. Na segunda entrevista, indagamos se eles praticaram atividade física regular (pelo menos trinta minutos três vezes por semana) durante o período de pandemia. Dos 18 entrevistados, 11 (61,1%) disseram que não praticaram, enquanto 7 (38,9%) afirmaram que mantiveram a prática regular de exercícios físicos.

4.2 Barreiras percebidas para o acesso aos serviços de reabilitação cardíaca, antes e durante a pandemia da COVID-19, avaliadas pela Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (EBRC).

Os resultados referentes às médias das respostas de cada item, a média dos escores dos itens e do escore total da EBRC, tanto na primeira entrevista (antes da pandemia), quanto na segunda entrevista (durante a pandemia), segundo a avaliação dos 18 participantes, estão apresentados na Tabela 5

Tabela 5 – Comparação das médias dos escores total, dos itens e de cada item da Escala de Barreiras para a Reabilitação Cardíaca, segundo o período da coleta dos dados dos 18 participantes. Ribeirão Preto, 2020 – 2021.

EBRC	Primeira Entrevista M (D.P.)[#]	Segunda Entrevista M (D.P.)[#]	Valor de p*
Escore Total	43,8 (5,1)	28,0 (8,0)	< 0,001
Média dos Itens	2,1 (0,2)	1,3 (0,4)	< 0,001
Itens			
1. Por causa da distância	2,3 (0,8)	1,7 (1,1)	0,004
2. Por causa do custo	2,2 (0,8)	1,5 (1,0)	0,077
3. Por causa de problemas com transporte	2,5 (1,0)	1,55 (1,2)	0,027
4. Por causa de responsabilidades familiares	2,2 (0,7)	1,5 (1,2)	0,030
5. Porque eu não sabia sobre a reabilitação cardíaca	2,3 (0,8)	1,3 (0,4)	0,001
6. Porque eu não preciso de reabilitação cardíaca	1,8 (0,4)	1,2 (0,5)	0,008
7. Porque eu exercito em casa ou na comunidade	1,9 (0,3)	1,2 (0,4)	< 0,001
8. Por causa do mau tempo	2,6 (0,9)	1,9 (1,6)	0,144
9. Porque eu acho exercício cansativo ou doloroso	1,9 (0,3)	1,2 (0,7)	0,002
10. Por motivo de viagem	2,1 (0,8)	1,0 (0,2)	< 0,001
11. Por que eu tenho pouco tempo	2,0 (0,8)	1,1 (0,32)	< 0,001

EBRC (continuação)	Primeira Entrevista M (D.P.)[#]	Segunda Entrevista M (D.P.)[#]	Valor de p*
12. Por causa das responsabilidades do trabalho	2,0 (0,6)	1,3 (0,7)	< 0,001
13. Porque eu não tenho energia	2,0 (0,5)	1,5 (1,1)	0,120
14. Outros problemas de saúde impedem de frequentar	2,2 (0,8)	1,5 (1,2)	0,014
15. Porque eu sou muito velho	1,7 (0,5)	1,1 (0,3)	< 0,001
16. Porque o meu médico não achou necessário	1,9 (0,3)	1,3 (0,4)	< 0,001
17. Porque pessoas com problemas cardíacos não frequentam reabilitação cardíaca, e eles estão bem	1,9 (0,3)	1,0 (0,2)	< 0,001
18. Porque eu posso controlar o meu problema de coração	2,0 (0,6)	1,0 (0,2)	< 0,001
19. Porque eu acho que fui encaminhado, mas o programa não entrou em contato comigo	1,9 (0,3)	1,3 (0,4)	< 0,001
20. Porque demorou muito para que eu fosse encaminhado e iniciar o programa	2,4 (0,8)	1,3 (0,4)	< 0,001
21. Porque eu prefiro cuidar da minha saúde sozinho, não em um grupo	1,9 (0,3)	1,0 (0,2)	< 0,001

[#] M (D.P.): Média (Desvio-padrão)

*valor proveniente do teste t para amostras emparelhada

Os resultados evidenciam a diminuição na percepção das barreiras para a participação em PCR, da primeira para a segunda entrevista (Tabela 5).

Ao compararmos os valores médios das duas avaliações, encontramos diferenças estatisticamente significantes para o escore total da EBCR ($p < 0,001$), a média total dos itens ($p < 0,001$) e para as médias de 17 dos 21 itens. Não encontramos diferenças estatisticamente significantes apenas quando comparamos as médias dos itens 2 (Por causa do custo) ($p = 0,077$), 8 (Por causa do mau tempo) ($p = 0,144$) e 13 (Por que eu não tenho energia) ($p < 0,120$) (Tabela 5).

As respostas referentes ao item 22 da EBCR estão na Tabela 6. Nesse item, os participantes relataram outras barreiras para o acesso ao PRC. Os participantes podiam indicar mais de uma possível barreira e suas respostas também categorizadas em barreiras relacionadas às políticas públicas, às questões pessoais ou familiares e à saúde.

Tabela 6 – Tipos de barreiras referidas pelos participantes, antes e durante a pandemia de COVID-19. Ribeirão Preto, 2020 – 2021. *

Barreiras referidas*	Antes da COVID-19 (n=23)	Durante a COVID-19 (n=18)
Relacionadas às políticas públicas	5	1
Relacionadas às questões pessoais ou familiares	5	5
Relacionadas à saúde	7	6
Não responderam	9	7

*Os participantes podiam relatar um ou mais barreiras.

4.3 Avaliação dos aspectos físicos e emocionais da Qualidade de vida relacionada à saúde

A seguir, apresentamos os resultados obtidos pelos domínios Aspectos Físicos e Aspectos Emocionais do SF-36, cujas respostas dos participantes tiveram, como referência, as últimas quatro semanas antes da entrevista (Tabela 7).

Tabela 7 – Estatística descritiva dos valores dos domínios Aspectos físicos e Aspectos emocionais do instrumento *Medical Outcomes Survey- 36 items. Short-form (SF-36)*, segundo a avaliação dos 18 participantes. Ribeirão Preto, 2020 – 2021.

Domínio do SF-36	Média (D.P.)	Mediana (intervalo obtido)
Aspectos Físicos	40,3 (41,2)	25,00 (0 – 100)
Aspectos Emocionais	72,2 (34,8)	83,33 (0 – 100)

Em um intervalo possível de 0 a 100, observamos que os participantes avaliaram os Aspectos emocionais como sendo melhor (M=72,2; D.P.=34,8) do que os Aspectos físicos (M=40,3; D.P.=41,2) da QVRS.

Discussão

5 – Discussão

Inicialmente cumpre ressaltar o que o projeto inicial gostaria de alcançar. Num estudo transversal, seriam entrevistados os participantes de um Programa de Reabilitação Cardíaca, em Fase 2 e Fase 3, para entender quais os tipos de barreiras estariam presentes para que estes pacientes dessem seguimento à reabilitação de maneira adequada.

Com o advento da pandemia da COVID-19, esta se tornou a maior de todas as barreiras. Com os serviços de saúde fechados e mesmo após discreta retomada com número reduzido de participantes, propusemos este estudo longitudinal para investigar como os 23 pacientes que estavam incluídos no primeiro estudo até março de 2020 se comportaram nos meses subsequentes.

Desde já é importante destacar que os participantes deste estudo estavam, antes da pandemia, num ambiente específico para o desenvolvimento da RC e com supervisão profissional para a realização das sessões de reabilitação. Seja no CER-HCFMRP-USP ou na pista do campus universitário, havia uma maior confiança dos pacientes justamente por estarem, não só em grupo, mas também num ambiente específico para seu tratamento.

Embora estudos internacionais estejam preparando a reabilitação cardíaca para um cenário virtual ou híbrido, com auxílio inclusive de videogames e realidade virtual (MOULSON et al., 2020; GARCÍA-BRAVO et al.; BOND et al., 2021), muitos dos resultados que a seguir serão discutidos terão como causa justamente a ausência do serviço oferecido de forma presencial como costumeiramente era realizado.

Dentre a demografia, a prevalência nesse estudo de participantes do sexo masculino em detrimento do sexo feminino é de se chamar atenção. Os 60,9% de participantes homens está em consonância com a literatura. Revisões sistemáticas anteriores concluíram que as mulheres são menos propensas a participarem de um programa de reabilitação cardíaca (OSENBRUG et al., 2016), entretanto somente em estudos mais recentes, o termo “barreiras” (e como vencê-las) começou a ser mais comumente estudado (BITTNER, 2018; KHADANGA et al., 2021).

Merece destaque também o empobrecimento do grupo estudado, com redução de cerca de 24% da renda, em média. Os diversos problemas que o Brasil já enfrentava (desemprego, crise política e medidas de austeridade sem eficácia) foram apenas intensificados com a pandemia e o reflexo evidente está na queda da renda média das famílias de maneira geral (BUHEJI et al., 2020).

Como fator complicador, a pandemia da COVID-19 trouxe para esse grupo (afetado por diversas doenças crônicas não transmissíveis, além da cardíaca) um agravamento de sua condição. Observou-se, em consonância com estudos internacionais, que a situação de vulnerabilidade em que essas pessoas já se encontravam se tornou ainda maior em razão da nova doença viral (BAMBRA et al., 2020). A redução do acesso aos serviços de saúde é um reflexo sindêmico da COVID-19 que necessita ser urgentemente combatido, apesar dos participantes desse presente estudo terem melhor consciência sobre as barreiras enfrentadas como será mostrado a seguir.

Quanto aos dados clínicos, inicialmente chama a atenção que dentre as saídas (pacientes sem condições físicas para responder ou óbitos), 80% estavam até aquele momento, na Fase 2 do PRC, com perfil teoricamente mais fragilizado. Posteriormente, contrariando ao observado na literatura, constatamos que a maioria tinha a indicação em decorrência da insuficiência cardíaca e não de doença cardíaca isquêmica. Estudos são uníssonos em demonstrar que a causa para indicação a um PRC é prevalentemente a doença arterial coronariana (BAIG et al., 2021; MCMAHON; ADES; THOMPSON, 2017).

Com relação à situação de saúde referida pelo próprio participante, ressaltamos que esses pacientes convivem com outras doenças crônicas não transmissíveis, dos que procuraram serviços de saúde, a piora da doença cardíaca se equivaleu a outros problemas de saúde, à despeito de sintomas da COVID-19.

Conforme estudos mostram, essa população tendeu, durante a pandemia, a: se isolar mais, procurar mais por serviços de saúde e, quando atendidos, ter dificuldade em utilizá-los (seja em realizar exames ou intervenções, por exemplo) (MALTA et al., 2021). De fato, foi o relatado durante as entrevistas, que se deram na época da retomada gradual dos serviços. Os participantes se queixaram da ausência de contato com o médico responsável e do longo tempo entre os retornos em diversas especialidades.

Por fim, quando perguntados sobre o status vacinal dos participantes, apenas três não haviam ainda se vacinado com sequer uma dose. Pelo fato de doenças cardíacas complicadores da COVID-19, é louvável dizer que a amostra se mostrou consciente ao seguir o plano nacional de imunização.

Analisando agora os dados obtidos pela EBRC, é preciso de antemão dizer que os resultados nos surpreenderam. Tanto para o score total da escala quanto para as médias da maioria dos itens, observamos diferenças estatisticamente significantes quando comparamos os

dados da primeira e da segunda entrevista. Ao contrário do que esperávamos, os participantes avaliaram menores barreiras para frequentar a reabilitação cardíaca durante o período pandêmico do que antes, quando o serviço funcionava de maneira regular. A média do escore total da EBRC diminuiu de 43,8 para 28,00 e a média dos itens de 2,1 para 1,3. Isso significa que os entrevistados, durante a pandemia, estiveram mais propensos a discordar completamente da existência da determinada barreira enunciada no item da escala.

Diversos fatores podem explicar esses resultados, que passam também pelas próprias limitações do estudo. Conforme dito anteriormente, os participantes sentiram, cada um à sua maneira, o isolamento social. Dado esse fato, é preciso explicar que os resultados muito provavelmente foram influenciados pela vontade do participante em retornar à antiga rotina.

A ausência de um compromisso presencial em grupo, três vezes por semana, foi algo que todos os participantes unanimemente deram como o grande prejuízo da pandemia. Isso se refletiu também no fato de apenas sete participantes terem continuado, de alguma maneira, com atividade física regular, justamente por não terem esse lugar fixo e supervisionado para se exercitarem.

Outro fator que possivelmente influenciou nos resultados foi a literacia em saúde. O conhecimento sobre os mais variados assuntos em saúde durante a pandemia aumentou conforme esta foi evoluindo, em especial quanto ao uso de máscaras (FERNANDES; RIGUETTI; KIRSZTAJN, 2021). Pela amostra consistir de pessoas que conviveram frequentemente com serviços de saúde, até a interrupção do PRC, esta demonstrou na entrevista que compreendia a falta que as sessões de reabilitação fizeram em sua vida.

O conhecimento em saúde foi também relatado como sendo uma “vacina social”, capaz de empoderar os cidadãos a criar uma espécie de consciência coletiva, a evitar que o contágio, nesse caso específico da COVID-19, aumente dentro de seu círculo de influência (OKAN et al., 2022). Acreditamos que a redução significativa das barreiras tenha como contexto o fato dos participantes saberem dos benefícios que um PRC é capaz de proporcionar e, dentro da convivência que tiveram até o momento, coletivamente desejarem o retorno das atividades justamente por terem esse conhecimento.

Esse fato é confirmado também pelas respostas do 22º item da escala, em que o participante livremente poderia relatar qualquer outra barreira que dificultaria o seu acesso aos serviços de reabilitação cardíaca. Na primeira entrevista, apenas nove participantes não relataram quaisquer barreiras e na segunda, outros sete. Mesmo não sendo barreiras diversas

daquelas já citadas, esse dado demonstra que ao menos os participantes estão conscientes das barreiras existentes, reforçando o fato de que os mesmos compreendem a importância do programa.

No tempo em que esse texto é redigido, as sessões de reabilitação têm retornado de maneira gradual e restrita aos pacientes mais graves, dentre eles alguns participantes deste estudo. Os relatos da equipe multiprofissional são uníssonos em dizer que os que retornaram, se encontram mais motivados e dispostos.

Por fim, a QVRS foi brevemente trabalhada com os participantes da segunda entrevista, utilizando o instrumento SF-36, apenas em seus domínios de Aspectos Físicos e Aspectos Emocionais. Considerando que a média de resposta dos itens normatizada acima de 50 representam boa avaliação da QVRS aquele aspecto, o grupo obteve bom resultado nos Aspectos Emocionais (72,2). Por outro lado, a média do domínio Aspectos Físicos ficou apenas em 40,3. Pacientes com doenças crônicas, como é o caso da amostra, tendem a sofrer mais com o isolamento social, principalmente os cardiopatas no que se refere à inatividade física e nutrição adequada (DURUKAN et al., 2022).

Considerações finais e limitações do estudo

6 – Considerações finais e limitações do estudo

Com a finalização deste estudo, esperamos contribuir para: a identificação das principais barreiras para a adesão ao programa de reabilitação cardíaca relativas à COVID-19, a influência da pandemia na QVRS dos indivíduos com doenças cardíacas e que tiveram a RC suspensa. Acreditamos que maior o conhecimento dos profissionais acerca desse tema, melhora do nível de ativação dos pacientes cardíacos e estímulo à prática de educação em saúde, que oriente pacientes e familiares, na busca do autogerenciamento da saúde com comportamentos mais saudáveis.

Entre a primeira e a segunda entrevista, menores barreiras percebidas para o acesso ao serviço de saúde podem significar que a pandemia da COVID-19 trouxe um entendimento melhor sobre o que saúde (em sentido amplíssimo) significa na vida de cada participante. A visibilidade que profissionais e agentes governamentais ligados à saúde receberam nos últimos dois anos também aumentou importância de um programa gratuito e de qualidade como é o PRC em que participam.

O número pequeno de participantes e a segunda entrevista ter sido realizada de forma não presencial podem ter influenciado as respostas obtidas. Essas limitações foram decorrentes do cenário pandêmico, mas a realização do estudo pode trazer algum conhecimento sobre a temática investigada, sendo os resultados mais exploratórios que confirmatórios neste momento.

Consideramos que o este estudo possa abrir a possibilidade para novas investigações, não só sobre as barreiras para o acesso a demais serviços de saúde como também na QVRS e literacia em saúde após a pandemia da COVID-19.

Referências

9 – REFERÊNCIAS

ALLABADI, H. et al. Depression and anxiety symptoms in cardiac patients: A cross-sectional hospital-based study in a Palestinian population. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 1–14, 2019. DOI: 10.1186/s12889-019-6561-3.

BAIG, Muhammad; IMRAN, Hafiz M.; GAW, Arlene; STABILE, Loren; WU, Wen-Chih. Cardiac rehabilitation in women; comparison of enrollment, adherence and outcomes between heart failure and coronary artery disease. **Heart & Lung**, [S. l.], v. 50, n. 2, p. 223–229, 2021. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2020.12.004. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0147956320304581>.

BALADY, Gary J.; WILLIAMS, Mark A.; ADES, Philip A.; BITTNER, Vera; COMOSS, Patricia; FOODY, JoAnne M.; FRANKLIN, Barry; SANDERSON, Bonnie; SOUTHARD, Douglas. Core Components of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs: 2007 Update. **Circulation**, [S. l.], v. 115, n. 20, p. 2675–2682, 2007. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.180945. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.180945>.

BAMBRA, Clare; RIORDAN, Ryan; FORD, John; MATTHEWS, Fiona. The COVID-19 pandemic and health inequalities. **Journal of Epidemiology and Community Health**, [S. l.], p. jech-2020-214401, 2020. DOI: 10.1136/jech-2020-214401. Disponível em: <https://jech.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jech-2020-214401>.

BARROS, Aline Lange; SANTOS, Rafaella Zulianello Dos; BONIN, Christini Decker Batista; GHISI, Gabriela Lima de Melo; GRACE, Sherry; BENETTI, Magnus. Different Barriers to Cardiac Rehabilitation. **Revista Brasileira de Cardiologia**, [S. l.], v. 27, n. 4, p. 293–298, 2014. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/sumario/27/pdf/v27n4a12.pdf>.

BEAGLEHOLE, Robert; EPPING-JORDAN, JoAnne; PATEL, Vikram; CHOPRA, Mickey; EBRAHIM, Shah; KIDD, Michael; HAINES, Andy. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. **The Lancet**, [S. l.], v. 372, n. 9642, p. 940–949, 2008. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61404-X. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067360861404X>.

BEATTY, Alexis L.; TRUONG, Michael; SCHOPFER, David W.; SHEN, Hui; BACHMANN, Justin M.; WHOOLEY, Mary A. Geographic Variation in Cardiac Rehabilitation Participation

in Medicare and Veterans Affairs Populations. **Circulation**, [S. l.], v. 137, n. 18, p. 1899–1908, 2018. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029471. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029471>.

BESNIER, Florent; GAYDA, Mathieu; NIGAM, Anil; JUNEAU, Martin; BHERER, Louis. Cardiac Rehabilitation During Quarantine in COVID-19 Pandemic: Challenges for Center-Based Programs. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, [S. l.], 2020. DOI: 10.1016/j.apmr.2020.06.004.

BITTNER, Vera. Cardiac Rehabilitation for Women. In: [s.l: s.n.]. p. 565–577. DOI: 10.1007/978-3-319-77932-4_34. Disponível em: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-77932-4_34.

BJARNASON-WEHRENS, Birna et al. Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey. **European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation**, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 410–418, 2010. DOI: 10.1097/HJR.0b013e328334f42d. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurjpc/article/17/4/410-418/5931736>.

BORGES, Giovanna Lombardi Bonini; CRUZ, Mayara Moura Alves Da; RICCI-VITOR, Ana Laura; SILVA, Paula Fernanda Da; GRACE, Sherry Lynn; VANDERLEI, Luiz Carlos Marques. Publicly versus privately funded cardiac rehabilitation: access and adherence barriers. A cross-sectional study. **Sao Paulo Medical Journal**, [S. l.], v. 140, n. 1, p. 108–114, 2022. DOI: 10.1590/1516-3180.2020.0782.r1.31052021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802022000100108&tlng=en.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Sistema de informações sobre morbidade hospitalar do SUS**. 2022. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu_tabnet_php.htm#. Acesso em: 24 mar. 2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. . 1988.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. . 1990.

BRITISH HEART FOUNDATION. **National Audit of Cardiac Rehabilitation (NACR) Quality and Outcomes Report**. [s.l: s.n.]. Disponível em: https://www.bhf.org.uk/-/media/files/publications/research/nacr_report_final_2021.pdf?rev=f3c330daf4a469e257d0fb2ba0f0e.

BRITTO, Raquel Rodrigues; SUPERVIA, Marta; TURK-ADAWI, Karam; CHAVES, Gabriela Suéllen da Silva; PESAH, Ella; LOPEZ-JIMENEZ, Francisco; PEREIRA, Danielle Aparecida Gomes; HERDY, Artur H.; GRACE, Sherry L. Cardiac rehabilitation availability and delivery in Brazil: a comparison to other upper middle-income countries. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 167–176, 2020. DOI: 10.1016/j.bjpt.2019.02.011. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1413355518309456>.

BUHEJI, Mohamed; DA COSTA CUNHA, Katiane; BEKA, Godfred; MAVRIĆ, Bartola; LEANDRO DO CARMO DE SOUZA, Yuri; SOUZA DA COSTA SILVA, Simone; HANAFLI, Mohammed; CHETIA YEIN, Tulika. The Extent of COVID-19 Pandemic Socio-Economic Impact on Global Poverty. A Global Integrative Multidisciplinary Review. **American Journal of Economics**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. 213–224, 2020. DOI: 10.5923/j.economics.20201004.02.

BUSS, Paulo Marchiori. Saúde e Democracia: A luta do CEBES. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 175–176, 1998. DOI: 10.1590/1413-812319983100432014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231998000100175&lng=pt&tlng=pt.

CARVALHO, Tales De et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S. l.], v. 114, n. 5, p. 943–987, 2020. DOI: 10.36660/abc.20200407. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2020000600943&lng=pt&nrm=iso.

CASTRO-DE-ARAÚJO, Luís Fernando Silva; MACHADO, Daiane Borges. Impact of covid-19 on mental health in a low and middle-income country. **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 25, p. 2457–2460, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020256.1.10932020.

CAVENAGHI, Simone; FERREIRA, Lucas Lima; MARINO, Lais Helena Carvalho; LAMARI, Neuseli Marino. Fisioterapia respiratória no pré e pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 455–461, 2011. DOI: 10.5935/1678-9741.20110022. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1678-9741.20110022>.

CHAMPION, VICTORIA L.; SKINNER, Celette Sugg. The health belief model. In: K. GLANZ, B. K. RIMER, K. Viswanath (org.). **Health behavior and health education: Theory,**

research, and practice. 4. ed. [s.l.] : Jossey-Bass, 2008. p. 45–65.

CHOUDHRY, Niteesh K.; DUGANI, Sagar; SHRANK, William H.; POLINSKI, Jennifer M.; STARK, Christina E.; GUPTA, Rajeev; PRABHAKARAN, Dorairaj; BRILL, Gregory; JHA, Prabhat. Despite Increased Use And Sales Of Statins In India, Per Capita Prescription Rates Remain Far Below High-Income Countries. **Health Affairs**, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 273–282, 2014. DOI: 10.1377/hlthaff.2013.0388. Disponível em: <http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2013.0388>.

CICONELLI, Rozana Mesquita; FERRAZ, Marcos Bosi; SANTOS, Wilton; MEINÃO, Ivone; QUARESMA, Marina Rodrigues. **Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36)** *Rev. bras. reumatol*, 1999.

DRIGGIN, Elissa et al. **Cardiovascular Considerations for Patients, Health Care Workers, and Health Systems During the COVID-19 Pandemic** *Journal of the American College of Cardiology*, 2020. DOI: 10.1016/j.jacc.2020.03.031.

DRWAL, Kariann R.; FORMAN, Daniel E.; WAKEFIELD, Bonnie J.; EL ACCAOUI, Ramzi N. Cardiac Rehabilitation During COVID-19 Pandemic: Highlighting the Value of Home-Based Programs. **Telemedicine and e-Health**, [S. l.], v. 00, n. 00, p. 3–5, 2020. DOI: 10.1089/tmj.2020.0213.

DURUKAN, Beyza Nur; VARDAR YAGLI, Naciye; CALIK KUTUKCU, Ebru; SENER, Yusuf Ziya; TOKGOZOGLU, Lale. Health related behaviours and physical activity level of hypertensive individuals during COVID-19 pandemic. **International journal of rehabilitation research. Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung. Revue internationale de recherches de readaptation**, [S. l.], p. 1–8, 2022. DOI: 10.1097/MRR.0000000000000519. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35131976>.

FERNANDES, Danilo Euclides; RIGUETTI, Michelle T. P.; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Face Mask Use During the COVID-19 Outbreak: How Did Educated Brazilians Behave? **American Journal of Health Promotion**, [S. l.], v. 35, n. 7, p. 991–996, 2021. DOI: 10.1177/08901171211011352. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/08901171211011352>.

FERNANDEZ, Ritin S.; SALAMONSON, Yenna; JUERGENS, Craig; GRIFFITHS, Rhonda;

DAVIDSON, Patricia. Development and Preliminary Testing of the Cardiac Rehabilitation Enrolment Obstacles (CREO) Scale: Implications for Service Development. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 96–102, 2008. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2007.09.002. Disponível em:

<http://journals.sagepub.com/doi/10.1016/j.ejcnurse.2007.09.002>.

FORHAN, Mary; ZAGORSKI, Brandon M.; MARZONLINI, Susan; OH, Paul; ALTER, David A. Predicting Exercise Adherence for Patients with Obesity and Diabetes Referred to a Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Program. **Canadian Journal of Diabetes**, [S. l.], v. 37, n. 3, p. 189–194, 2013. DOI: 10.1016/j.jcjd.2013.03.370. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1499267113005856>.

GHISI, Gabriela Lima de Melo; SANTOS, Rafaella Zulianello Dos; SCHVEITZER, Vanessa; BARROS, Aline Lange; RECCHIA, Thais Lunardi; OH, Paul; BENETTI, Magnus; GRACE, Sherry L. Desenvolvimento e validação da versão em português da Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S. l.], v. 98, n. 4, p. 344–352, 2012. DOI: 10.1590/S0066-782X2012005000025. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000400009&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.

GOLWALA, Harsh; PANDEY, Ambarish; JU, Christine; BUTLER, Javed; YANCY, Clyde; BHATT, Deepak L.; HERNANDEZ, Adrian F.; FONAROW, Gregg C. Temporal Trends and Factors Associated With Cardiac Rehabilitation Referral Among Patients Hospitalized With Heart Failure. **Journal of the American College of Cardiology**, [S. l.], v. 66, n. 8, p. 917–926, 2015. DOI: 10.1016/j.jacc.2015.06.1089. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735109715039881>.

GORI, Tommaso; LELIEVELD, Jos; MÜNDEL, Thomas. Perspective: cardiovascular disease and the Covid-19 pandemic. **Basic Research in Cardiology**, [S. l.], v. 115, n. 3, p. 32, 2020. DOI: 10.1007/s00395-020-0792-4. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s00395-020-0792-4>.

JAARSMA, Tiny; VAN DER WAL, Martje; HINTERBUCHNER, Lynne; KÖBERICH, Stefan; LIE, Irene; STRÖMBERG, Anna. Flexibility and safety in times of coronavirus disease 2019 (COVID-19): Implications for nurses and allied professionals in cardiology. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, [S. l.], p. 74–76, 2020. DOI: 10.1177/1474515120921027.

JANINI, Janaina Pinto. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 39, n. 105, p. 480–490, 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151050002015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200480&lng=pt&tlng=pt.

JEAN MUNDAHL ENGELS, Paula Diehr. Imputation of missing longitudinal data: a comparison of methods. **Journal of Clinical Epidemiology**, [S. l.], v. 56, n. 10, p. 968–976, 2003. DOI: 10.1016/S0895-4356(03)00170-7. Disponível em:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435603001707>.

KANTORSKI, Luciane Prado; ANDRADE, Ana Paula Müller De; CARDANO, Mario. Estratégias, expertise e experiências de ouvir vozes: entrevista com Cristina Contini. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 21, n. 63, p. 1039–1048, 2017. DOI: 10.1590/1807-57622017.0031. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000401039&lng=pt&tlng=pt.

KHADANGA, Sherrie; GAALEMA, Diann E.; SAVAGE, Patrick; ADES, Philip A. Underutilization of Cardiac Rehabilitation in Women. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention**, [S. l.], v. 41, n. 4, p. 207–213, 2021. DOI: 10.1097/HCR.0000000000000629. Disponível em:

<https://journals.lww.com/10.1097/HCR.0000000000000629>.

KOTSEVA, Kornelia; WOOD, David; DE BACQUER, Dirk. Determinants of participation and risk factor control according to attendance in cardiac rehabilitation programmes in coronary patients in Europe: EUROASPIRE IV survey. **European Journal of Preventive Cardiology**, [S. l.], v. 25, n. 12, p. 1242–1251, 2018. DOI: 10.1177/2047487318781359. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurjpc/article/25/12/1242-1251/5926220>.

MALTA, Deborah Carvalho; GOMES, Crizian Saar; SILVA, Alanna Gomes Da; CARDOSO, Laís Santos de Magalhães; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; LIMA, Margareth Guimarães; SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges De; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 7, p. 2833–2842, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021267.00602021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232021000702833&tlng=pt.

MANZATO, Rafaela de Oliveira. **Efeito do acompanhamento telefônico na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes nos primeiros seis meses de uso da varfarina: ensaio clínico aleatorizado**. 2018. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo, [S. l.], 2018.

MAZZA, Cristina; RICCI, Eleonora; BIONDI, Silvia; COLASANTI, Marco; FERRACUTI, Stefano; NAPOLI, Christian; ROMA, Paolo. A nationwide survey of psychological distress among italian people during the covid-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 17, n. 9, p. 1–14, 2020. a. DOI: 10.3390/ijerph17093165.

MAZZA, Marianna; MARANO, Giuseppe; ANTONAZZO, Barbara; CAVARRETTA, Elena; DI NICOLA, Marco; JANIRI, Luigi; SANI, Gabriele; FRATI, Giacomo; ROMAGNOLI, Enrico. What about heart and mind in the covid-19 era? **Minerva cardioangiologica**, [S. l.], 2020. b. DOI: 10.23736/S0026-4725.20.05309-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32397693>.

MCCMAHON, Sean R.; ADES, Philip A.; THOMPSON, Paul D. The role of cardiac rehabilitation in patients with heart disease. **Trends in Cardiovascular Medicine**, [S. l.], v. 27, n. 6, p. 420–425, 2017. DOI: 10.1016/j.tcm.2017.02.005. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1050173817300178>.

MEYER, Michelle L.; LIN, Feng Chang; JAENSCH, Andrea; MONS, Ute; HAHMANN, Harry; KOENIG, Wolfgang; BRENNER, Hermann; ROTHENBACHER, Dietrich. Multi-state models of transitions in depression and anxiety symptom severity and cardiovascular events in patients with coronary heart disease. **PLoS ONE**, [S. l.], v. 14, n. 3, p. 1–15, 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0213334.

NEPOMUCENO, Eliane; SILVA, Luma Nascimento; CUNHA, Débora Cristine Prévise Da; FURUYA, Rejane Kiomi; SIMÕES, Marcus Vinicius; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti. Comparison of tools for assessing fatigue in patients with heart failure. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 71, n. 5, p. 2404–2410, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0083. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000502404&lng=en&tlng=en.

NUNES, Luciana Neves. **Métodos de Imputação de dados Aplicados na Área da Saúde**. 2007. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [S. l.], 2007.

OKAN, Orkan; MESSER, Melanie; LEVIN-ZAMIR, Diane; PAAKKARI, Leena; SØRENSEN, Kristine. Health literacy as a social vaccine in the COVID-19 pandemic. **Health Promotion International**, [S. l.], 2022. DOI: 10.1093/heapro/daab197. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/advance-article/doi/10.1093/heapro/daab197/6504771>.

OSENBRUG, Eric; MARINHO, Raquel Pedercini; ZHANG, Jie; MARZOLINI, Susan; COLELLA, Tracey J. F.; PAKOSH, Maureen; GRACE, Sherry L. Sex Differences in Cardiac Rehabilitation Adherence: A Meta-analysis. **Canadian Journal of Cardiology**, [S. l.], v. 32, n. 11, p. 1316–1324, 2016. DOI: 10.1016/j.cjca.2016.01.036. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0828282X16000970>.

PAPANDREOU, Christopher; ARIJA, Victoria; ARETOULI, Eleni; TSILIDIS, Konstantinos K.; BULLÓ, Mònica. Comparing eating behaviours, and symptoms of depression and anxiety between Spain and Greece during the COVID -19 outbreak: Cross-sectional analysis of two different confinement strategies. **European Eating Disorders Review**, [S. l.], p. erv.2772, 2020. DOI: 10.1002/erv.2772. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/erv.2772>.

RABELLO, Lucíola Santos. Estudo comparado Brasil e Canadá. *In: Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p. 107–155.

SANDERS, Lee M.; SHAW, Judith S.; GUEZ, Ghislaine; BAUR, Cynthia; RUDD, Rima. Health Literacy and Child Health Promotion: Implications for Research, Clinical Care, and Public Policy. **Pediatrics**, [S. l.], v. 124, n. Supplement 3, p. S306–S314, 2009. DOI: 10.1542/peds.2009-1162G. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/lookup/doi/10.1542/peds.2009-1162G>.

SANTIAGO DE ARAÚJO PIO, Carolina et al. Promoting patient utilization of outpatient cardiac rehabilitation: A joint International Council and Canadian Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation position statement. **International Journal of Cardiology**, [S. l.], v. 298, p. 1–7, 2020. DOI: 10.1016/j.ijcard.2019.06.064. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167527319312951>.

SERPYTIS, Pranas et al. Gender-based differences in anxiety and depression following acute

myocardial infarction. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S. l.], v. 111, n. 5, p. 676–683, 2018. DOI: 10.5935/abc.20180161.

SÉRVIO, Thaianne Cavalcante; BRITTO, Raquel Rodrigues; DE MELO GHISI, Gabriela Lima; DA SILVA, Lilian Pinto; SILVA, Luciana Duarte Novais; LIMA, Márcia Maria Oliveira; PEREIRA, Danielle Aparecida Gomes; GRACE, Sherry L. Barriers to cardiac rehabilitation delivery in a low-resource setting from the perspective of healthcare administrators, rehabilitation providers, and cardiac patients. **BMC Health Services Research**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 615, 2019. DOI: 10.1186/s12913-019-4463-9. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4463-9>.

SHANMUGASEGARAM, Shamila; GAGLIESE, Lucia; OH, Paul; STEWART, Donna E.; BRISTER, Stephanie J.; CHAN, Victoria; GRACE, Sherry L. Psychometric validation of the Cardiac Rehabilitation Barriers Scale. **Clinical Rehabilitation**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 152–164, 2012. DOI: 10.1177/0269215511410579. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269215511410579>.

SUAYA, Jose A.; SHEPARD, Donald S.; NORMAND, Sharon-Lise T.; ADES, Philip A.; PROTTAS, Jeffrey; STASON, William B. Use of Cardiac Rehabilitation by Medicare Beneficiaries After Myocardial Infarction or Coronary Bypass Surgery. **Circulation**, [S. l.], v. 116, n. 15, p. 1653–1662, 2007. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.701466. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.701466>.

SUN, Enid Y.; JADOTTE, Yuri T.; HALPERIN, William. Disparities in Cardiac Rehabilitation Participation in the United States. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention**, [S. l.], v. 37, n. 1, p. 2–10, 2017. DOI: 10.1097/HCR.0000000000000203. Disponível em: <http://journals.lww.com/01273116-201701000-00002>.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Agravo em Recurso Extraordinário: RE-AgR n. 271.286/RS** Brasília (DF), 2000. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538>.

TURK-ADAWI, Karam I.; GRACE, Sherry L. Narrative Review Comparing the Benefits of and Participation in Cardiac Rehabilitation in High-, Middle- and Low-Income Countries. **Heart, Lung and Circulation**, [S. l.], v. 24, n. 5, p. 510–520, 2015. DOI: 10.1016/j.hlc.2014.11.013. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1443950614007768>.

TWENGE, Jean M.; JOINER, Thomas E. U.S. Census Bureau-assessed prevalence of anxiety and depressive symptoms in 2019 and during the 2020 COVID-19 pandemic. **Depression and Anxiety**, [S. l.], p. 1–3, 2020. DOI: 10.1002/da.23077. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.23077>.

VIGORITO, Carlo; FAGGIANO, Pompilio; MUREDDU, Gian Francesco. COVID-19 pandemic: what consequences for cardiac rehabilitation? **Monaldi Archives for Chest Disease**, [S. l.], v. 90, n. 1, 2020. DOI: 10.4081/monaldi.2020.1315. Disponível em: <https://monaldi-archives.org/index.php/macd/article/view/1315>.

WARE, John E.; SHERBOURNE, Cathy Donald. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). **Medical Care**, [S. l.], v. 30, n. 6, p. 473–483, 1992. DOI: 10.1097/00005650-199206000-00002. Disponível em: <http://journals.lww.com/00005650-199206000-00002>.

Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar o(a) senhor(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após o(a) senhor(a) ser esclarecido(a) sobre as informações descritas na frente e no verso deste documento, solicitamos que, se o(a) senhor(a) aceitar participar deste estudo, por favor, assine este documento que possui duas vias com duas páginas cada (impressa em ambos os lados - frente e verso), sendo que a primeira página deverá ser rubricada por você e pelo pesquisador e a segunda página deverá constar a sua assinatura e do pesquisador. O(a) senhor(a) não é obrigado(a) a participar. Em caso de dúvidas éticas, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), localizado na Avenida dos Bandeirantes, 3900 - *Campus Universitário* - Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto - SP – Brasil CEP: 14040-902; telefone (16) 3315-9197 ou (16) 3315-0518 (fax); e-mail: cep@eerp.usp.br. Horário de atendimento: de 2ª à 6ª feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16h.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa.

Título do Projeto: “Programa de Reabilitação Cardíaca: barreiras à adesão e o acesso à saúde”

Pesquisador responsável: Advogado, mestrando da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Pedro Paulo Fernandes de Aguiar Tonetto; celular: (16) 99792-1126; telefone: (16) 3916-5120; endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Bairro Monte Alegre, CEP: 14.040-902, Ribeirão Preto/SP.

Pesquisadores colaboradores: Professoras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Rosana Aparecida Spadoti Dantas (3602- 3402) e Carina Aparecida Marosti Dessotte (3602-3410) e o fisioterapeuta Arthur Marco Peres Ribeiro (3602-3402). Contaremos com a participação das alunas do curso de graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Rafaela Aparecida de Abreu Alves (3602-3402) e Heloisa Castelletto Delforno (3602-3402).

Essa pesquisa tem como objetivo avaliar as barreiras (dificuldades ou impedimentos) para o senhor(a) participar deste Programa de Reabilitação Cardíaca. Desta forma, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar desta pesquisa. Caso aceite, nós aplicaremos um breve questionário para avaliarmos se o (a) senhor (a) apresenta as características necessárias para participar desta pesquisa. Se o (a) senhor (a) não apresentar essas características necessárias, a sua participação será encerrada neste momento, não sendo necessário responder os demais questionários. Mas, caso o (a) senhor (a) apresentar as características necessárias, iremos pedir para que o (a) senhor (a) responda um questionário sobre dados pessoais de sua vida e da história da sua doença. Em seguida, será uma entrevista simples que não durará mais do que 40 minutos, dividida em duas etapas. Na primeira delas, o senhor responderá um questionário que investiga especificamente os vários tipos de barreiras para o seu tratamento, como dificuldades no transporte, falta de indicação médica, conflitos com o trabalho, etc. Na segunda etapa, o senhor responderá algumas questões sobre seus direitos relacionados à saúde (conhecimento sobre

outros programas de reabilitação, transporte e indicação a este programa) perguntas simples de sim ou não.

Além disso, gostaríamos também de solicitar a sua autorização para analisar os dados do seu tratamento, por meio de consulta aos prontuários. Sua participação nesta pesquisa não trará gastos financeiros e todas as suas dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas a qualquer momento pelos pesquisadores, nos telefones citados acima. Não é esperado que o(a) senhor(a) receba benefícios diretos pela participação nesta pesquisa, entretanto, acreditamos que com este estudo poderemos aumentar o conhecimento dos pacientes e da equipe de saúde para que o acesso ao Programa de Reabilitação Cardíaca seja ampliado. Os riscos esperados pela sua participação nesta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados com a possibilidade do(a) senhor(a) sentir-se triste, ansioso ou desconfortável com perguntas de cunho pessoal, contidas nos questionários. Se o(a) senhor(a) se sentir triste ou ansioso ao responder as perguntas, estaremos ao seu lado para te ouvir e dar todo o apoio necessário, entretanto, se isso não for suficiente, entraremos em contato com a equipe médica para que eles te avaliem. Além disso, garantimos que o(a) senhor(a) terá total liberdade para aceitar ou não participar desta pesquisa e de deixar de participar a qualquer momento sem precisar se justificar, sem ser prejudicado(a) no seu atendimento no Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e nem nenhuma outra forma de prejuízo. Os resultados do estudo serão utilizados para fins científicos e serão divulgados em eventos, revistas e meios de comunicação, no entanto, o(a) senhor(a) terá a segurança de não ser identificado(a) em nenhum momento e de que será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à sua privacidade. Comprometemo-nos a prestar-lhe informação atualizada durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade de continuar participando da pesquisa. Se o(a) senhor(a) se sentir prejudicado por ter participado desta pesquisa, o(a) senhor(a) o senhor tem direito a indenização, de acordo com as leis vigentes no País, por parte do pesquisador e das Instituições envolvidas

_____	_____	_____
Nome do Participante	Assinatura do Participante	Data
_____	_____	_____
Nome do Entrevistador	Assinatura do Entrevistador	Data
_____	_____	_____
Nome do Pesquisador	Assinatura do Pesquisador	Data

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar o(a) senhor(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa por telefone. Esclareceremos ao senhor(a) sobre as informações descritas da pesquisa e solicitamos que, se o(a) senhor(a) aceitar participar deste estudo, por favor, diga bem claramente no telefone que aceita, pois a ligação é gravada. O(a) senhor(a), no entanto, não é obrigado(a) a participar. Caso queira, poderemos enviar ao senhor por meio digital (e-mail ou whatsapp) uma via do Termo com as informações da pesquisa. Ainda, se quiser, podemos também lhe mandar via correio. Em caso de dúvidas éticas, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), localizado na Avenida dos Bandeirantes, 3900 - *Campus Universitário* - Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto - SP – Brasil CEP: 14040-902; telefone (16) 3315-9197 ou (16) 3315-0518 (fax); e-mail: cep@eerp.usp.br. Horário de atendimento: de 2ª à 6ª feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16h.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa.

Título do Projeto: “Programa de Reabilitação Cardíaca o acesso à saúde durante e após a pandemia da covid19”

Pesquisador responsável: Advogado, mestrando da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Pedro Paulo Fernandes de Aguiar Tonetto; celular: (16) 99792-1126; telefone: (16) 3916-5120; endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Bairro Monte Alegre, CEP: 14.040-902, Ribeirão Preto/SP.

Pesquisadores colaboradores: Professoras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Rosana Aparecida Spadoti Dantas (3602- 3402) e Carina Aparecida Marosti Dessotte (3602-3410) e o fisioterapeuta Arthur Marco Peres Ribeiro (3602-3402). Contaremos com a participação da aluna do curso de graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP Heloisa Castelletto Delforno (3602-3402) e da enfermeira e egressa da mesma Escola, Débora Cristine Prévêde Teixeira da Cunha (3602-3402).

Você participou da pesquisa “Programa de Reabilitação Cardíaca: barreiras à adesão e o acesso à saúde” no começo do ano, está lembrado? Essa pesquisa atual é como se fosse uma continuação daquela e tem como objetivo avaliar as barreiras (dificuldades ou impedimentos) para o senhor(a) voltar ao Programa de Reabilitação Cardíaca após a pandemia da covid-19. Desta forma, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar desta pesquisa. Caso aceite, nós aplicaremos um breve questionário para avaliarmos se o (a) senhor (a) apresenta as características necessárias para participar desta pesquisa. Se o (a) senhor (a) não apresentar essas características necessárias, a sua participação será encerrada neste momento, não sendo necessário responder os demais questionários. Mas, caso o (a) senhor (a) apresentar as características necessárias, iremos pedir para que o (a) senhor (a) responda a três questões sobre sua necessidade em comparecer a serviços de saúde durante a pandemia. Depois, aplicaremos um questionário sobre seu estado de saúde e um pouco sobre a covid-19. Em seguida, você

responderá novamente a um questionário da primeira pesquisa, porém com algumas perguntas a menos e sempre pensando na atual situação da sua cidade, da sua condição cardíaca e também do mundo no pós-pandemia. Tudo não deve durar mais do que 30 minutos.

Além disso, gostaríamos também de solicitar a sua autorização para analisar os dados do seu tratamento, por meio de consulta aos prontuários. Sua participação nesta pesquisa não trará gastos financeiros e todas as suas dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas a qualquer momento pelos pesquisadores, nos telefones citados acima. Não é esperado que o(a) senhor(a) receba benefícios diretos pela participação nesta pesquisa, entretanto, acreditamos que com este estudo poderemos aumentar o conhecimento dos pacientes e da equipe de saúde para que o acesso ao Programa de Reabilitação Cardíaca seja ampliado e preparado para receber as pessoas no pós-pandemia. Os riscos esperados pela sua participação nesta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados com a possibilidade do(a) senhor(a) sentir-se triste, ansioso ou desconfortável com perguntas de cunho pessoal, contidas nos questionários. Se o(a) senhor(a) se sentir triste ou ansioso ao responder as perguntas, estaremos ao seu lado para te ouvir e dar todo o apoio necessário. Além disso, garantimos que o(a) senhor(a) terá total liberdade para aceitar ou não participar desta pesquisa e de deixar de participar a qualquer momento sem precisar se justificar, sem ser prejudicado(a) no seu atendimento no Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e nem nenhuma outra forma de prejuízo. Os resultados do estudo serão utilizados para fins científicos e serão divulgados em eventos, revistas e meios de comunicação, no entanto, o(a) senhor(a) terá a segurança de não ser identificado(a) em nenhum momento e de que será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à sua privacidade. Comprometemo-nos a prestar-lhe informação atualizada durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade de continuar participando da pesquisa. Se o(a) senhor(a) se sentir prejudicado por ter participado desta pesquisa, o(a) senhor(a) o senhor tem direito a indenização, de acordo com as leis vigentes no País, por parte do pesquisador e das Instituições envolvidas.

_____	_____	_____
Nome do Participante	Assinatura do Participante	Data
_____	_____	_____
Nome do Entrevistador	Assinatura do Entrevistador	Data
_____	_____	_____
Nome do Pesquisador	Assinatura do Pesquisador	Data

APÊNDICE C

INTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA NA PRIMEIRA ENTREVISTA

ID# _____

Data da entrevista: / / Início: _____ Término: _____

Data de Nascimento: / / _____

Dados Sociodemográficos:

Sexo: 0- () Masculino 1- () Feminino

Cidade que reside: 0 - () Ribeirão Preto

1- () Outra: _____

Telefone fixo: _____

Celular: _____

Outro: _____

Estado Civil: 0- () solteiro 1- () casado 2- () viúvo 3- ()

desquitado/divorciado

Situação Profissional: 0- () ativo 1- () inativo

Reside com: () pessoas

Renda Familiar: _____ reais

Grau de escolaridade (anos de estudo): _____

Dados Clínicos:

Data de indicação para o PRC: _____ Início do PRC:

Cardiopatia existente: _____

Procedimentos anteriores (prontuário): 0- () Não 1- () Sim

0- () Angioplastia 1- () Revascularização do miocárdio 2- () Transplante 3- () Outras

Medicamentos em uso (prontuário):

APÊNDICE D**INTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E
CLÍNICA NA SEGUNDA ENTREVISTA**

ID# _____

Data da entrevista: / / Início: _____ Término: _____

Data de Nascimento: / /

Dados Sociodemográficos**Sexo:** 0- () Masculino 1- () Feminino**Cidade que reside:** 0 - () Ribeirão Preto

1- () Outra: _____

Telefone fixo: _____**Celular:** _____**Estado Civil:** 0- () solteiro 1- () casado 2- () viúvo

3- () desquitado/divorciado

Situação Profissional: 0- () ativo 1- () inativo**Renda Familiar:** _____ reais**Grau de escolaridade (anos de estudo):** _____

Dados Clínicos

Data de indicação para o PRC: _____ **Início do PRC:**

Cardiopatia existente: _____

Procedimentos anteriores (prontuário): 0- () Não 1- () Sim

0- () Angioplastia 1- () Revascularização do miocárdio 2- () Transplante 3- () Outras

Medicamentos em uso (prontuário):

Dados Clínicos

Data de indicação para o PRC: _____ **Início do PRC:**

Cardiopatia existente: _____

Procedimentos anteriores (prontuário): 0- () Não 1- () Sim

0- () Angioplastia 1- () Revascularização do miocárdio 2- () Transplante 3- () Outras

Medicamentos em uso (prontuário):

APÊNDICE E

ID: _____

Roteiro para Contato Telefônico

Data Contato: _____

<p>Apresentação: Bom dia/ Boa tarde/Boa noite, Sr (a) (_____). Sou _____, estudante de pós-graduação que entrevistou o Sr (a) e sua turma de reabilitação cardíaca no CER no começo do ano. Tudo bem com o Sr (a)? Está lembrado de mim?</p>	
<p>Explicar que essa é uma nova avaliação, uma continuação da pesquisa anterior e que o objetivo dela é saber como a pandemia afetou seu acesso aos serviços de saúde e saber como está a sua saúde de forma geral. Concorda em participar?</p>	<p>() sim () não</p>
Data de nascimento	
Estado Civil	<p>0- () solteiro 1- () casado 2- () viúvo 3- () desquitado/divorciado</p>
Ocupação	<p>0 – () ativo 1- () inativo</p>
Renda	
<p>Q1. Durante a pandemia, desde sua última sessão na reabilitação cardíaca no CER em Ribeirão Preto, o Sr (a) precisou procurar algum serviço de emergência ou pronto atendimento?</p>	<p>(Não): Que bom (Sim): Quantas vezes? _____ Aonde precisou ir? _____ _____ Por qual razão? _____ _____ _____ _____ _____</p> <p>VACINADO?</p>
<p>Q2. Durante a pandemia, desde sua última sessão na reabilitação cardíaca, o Sr (a) precisou ser internado?</p>	<p>(Não): Que bom (Sim): Quantas vezes? _____ Quantos dias ficou internado? _____ Aonde internou? _____ _____ Por que internou? _____ _____</p>

<p>Q3. Devido a pandemia, você deixou de procurar o serviço de saúde, mesmo com a piora dos sintomas de sua doença cardíaca?</p>	<p>(Não): Que bom! (Sim): Por qual razão?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Q4. Durante a pandemia, você continuou a praticar atividade física regular? (ou seja, três ou mais vezes por semana por, no mínimo, 30 minutos)</p>	<p>(Não): Por qual razão?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(Sim): Que bom!</p>
<p>Q5. Você teve o diagnóstico confirmado de contaminação pelo novo coronavírus?</p>	<p>(Não) (Sim)</p>
<p>Q6. 6 - Você realizou algum teste para confirmação do diagnóstico de covid-19?</p>	<p>(Não) (Sim)</p>

APÊNDICE F

ESCALA DE BARREIRAS PARA REABILITAÇÃO CARDÍACA

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 como se você tivesse que retornar ao serviço 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por causa do custo (por exemplo, de combustível, estacionamento, estacionamento, passagens de ônibus);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Por causa de responsabilidades familiares (por exemplo, cuidar de netos, filhos, marido, tarefas domésticas);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Porque eu me exercito em casa ou na minha comunidade;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Por causa do mau tempo;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Porque eu acho exercício cansativo ou doloroso;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Por motivo de viagem (por exemplo, férias, trabalho);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Por que eu tenho pouco tempo (por exemplo, muito ocupado, horários de reabilitação inconvenientes);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
12. Por causa das responsabilidades do trabalho;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Porque eu não tenho energia;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Outros problemas de saúde me impedem de frequentar (especificar:_____);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Porque eu sou muito velho;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Porque muitas pessoas com problemas cardíacos não frequentam reabilitação cardíaca, e eles estão bem;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Porque eu posso controlar o meu problema de coração;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Porque eu prefiro cuidar da minha saúde sozinho, não em um grupo;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Outro(s) motivo(s) para não frequentar um programa de reabilitação cardíaca:					

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

Anexos

ANEXO A

ESCALA DE BARREIRAS PARA A REABILITAÇÃO CARDÍACA

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por causa do custo (por exemplo, de combustível, estacionamento, estacionamento, passagens de ônibus);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Por causa de responsabilidades familiares (por exemplo, cuidar de netos, filhos, marido, tarefas domésticas);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Porque eu não sabia sobre a reabilitação cardíaca (por exemplo, o médico não me falou sobre isso);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Porque eu me exercito em casa ou na minha comunidade;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Por causa do mau tempo;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Porque eu acho exercício cansativo ou doloroso;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Por motivo de viagem (por exemplo, férias, trabalho);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Por que eu tenho pouco tempo (por exemplo, muito ocupado, horários de reabilitação inconvenientes);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
12. Por causa das responsabilidades do trabalho;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Porque eu não tenho energia;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Outros problemas de saúde me impedem de frequentar (especificar:_____);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Porque eu sou muito velho;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Porque o meu médico não achou que fosse necessário;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Porque muitas pessoas com problemas cardíacos não frequentam reabilitação cardíaca, e eles estão bem;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Porque eu posso controlar o meu problema de coração;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Porque eu acho que fui encaminhado, mas o programa de reabilitação não entrou em contato comigo;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Porque demorou muito para que eu fosse encaminhado e iniciar o programa;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Porque eu prefiro cuidar da minha saúde sozinho, não em um grupo;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Outro(s) motivo(s) para não frequentar um programa de reabilitação cardíaca:					

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

ANEXO B

Questões retiradas do SF-36

2. Comparando a sua saúde quando estava no PRC, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(Circule uma)

- | | |
|---|---|
| Muito melhor agora do que durante a reabilitação | 1 |
| Um pouco melhor agora do que durante a reabilitação | 2 |
| Quase a mesma coisa | 3 |
| Um pouco pior agora do que durante a reabilitação | 4 |
| Muito pior agora do que durante a reabilitação | 5 |

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência da sua saúde física?**

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

Fonte: CICONELLI, Rozana Mesquita; FERRAZ, Marcos Bosi; SANTOS, Wilton; MEINÃO, Ivone; QUARESMA, Marina Rodrigues. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36) **Rev. bras. reumatol**, 1999.