

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE FISIOTERAPIA

Isabela Coelho Ponciano

Maria Júlia de Melo Soares

**IDENTIFICAÇÃO DE FACILITADORES E BARREIRAS PARA REABILITAÇÃO
CARDÍACA NA CIDADE DE JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS**

Juiz de Fora

2016

Isabela Coelho Ponciano

Maria Júlia De Melo Soares

**IDENTIFICAÇÃO DE FACILITADORES E BARREIRAS PARA REABILITAÇÃO
CARDÍACA NA CIDADE DE JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lilian Pinto da Silva – UFJF

Co-orientadora: Prof^a. MSc. Thaianne Cavalcante Sérvio – UFMG

Juiz de Fora

2016

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, que em Sua infinita bondade e providência nos permitiu chegar até aqui. Aos nossos pais por sempre acreditarem em nós e estarem ao nosso lado. Agradecemos imensamente a professora Lilian por toda disponibilidade em nos orientar, pela paciência e tranquilidade conosco, por estimular em nós o desejo de aprender sempre mais e pelo incentivo à participar de vários congressos. A professora Thaianne pela simpatia, prestreza, atenção e ajuda que sempre nos foi dada. A todos os profissionais e pessoas que participaram respondendo aos questionários, tornando possível este projeto de pesquisa, o nosso muito obrigada!

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ponciano, Isabela Coelho.

Identificação de Facilitadores e Barreiras para a Reabilitação Cardíaca na cidade de Juiz de Fora - Minas Gerais / Isabela Coelho Ponciano. -- 2016.

93 f. : il.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lilian Pinto da Silva

Coorientadora: Prof^ª. MSc. Thaianne Cavalcante Sérvio

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Fisioterapia, 2016.

1. Fisioterapia. 2. Reabilitação Cardíaca. 3. Conclusão de Curso. 4. Pesquisa multicêntrica. 5. Facilitadores e Barreiras. I. Pinto da Silva, Prof^ª. Dr^ª. Lilian, orient. II. Cavalcante Sérvio, Prof^ª. MSc. Thaianne, coorient. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Melo Soares, Maria Júlia de.

Identificação de Facilitadores e Barreiras para a Reabilitação Cardíaca na cidade de Juiz de Fora - Minas Gerais / Maria Júlia de Melo Soares. -- 2016.

93 f. : il.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lilian Pinto da Silva

Coorientadora: Prof^ª. MSc. Thaianne Cavalcante Sérvio

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Fisioterapia, 2016.

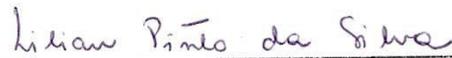
1. Fisioterapia. 2. Reabilitação Cardíaca. 3. Conclusão de Curso. 4. Pesquisa multicêntrica. 5. Facilitadores e Barreiras. I. Pinto da Silva, Prof^ª. Dr^ª. Lilian, orient. II. Cavalcante Sérvio, Prof^ª. MSc. Thaianne, coorient. III. Título.

Isabela Coelho Ponciano
Maria Júlia de Melo Soares

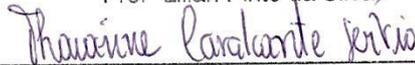
**“IDENTIFICAÇÃO DE FACILITADORES E BARREIRAS
PARA REABILITAÇÃO CARDÍACA NA CIDADE DE JUIZ,
DE FORA- MINAS GERAIS”**

O presente trabalho, apresentado como pré-requisito para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II, da Faculdade de Fisioterapia da UFJF, foi apresentado em audiência pública a banca examinadora e **aprovado** no dia 06 de dezembro de 2016.

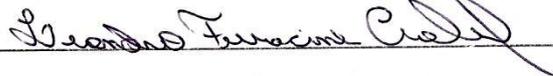
BANCA EXAMINADORA:



Prof^a Lilian Pinto da Silva,



Prof^a Thaianne Cavalcante Sérvio



Prof. Leandro Ferracini Cabral



Dr^a Maria Izabel Silva Barbosa

IDENTIFICAÇÃO DE FACILITADORES E BARREIRAS PARA REABILITAÇÃO CARDÍACA NA CIDADE DE JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

Introdução: Embora os programas de Reabilitação Cardíaca (RC) promovam benefícios como redução de mortalidade e das taxas de internação em pacientes com doenças cardiovasculares, eles continuam subutilizados, especialmente na rede pública. **Objetivos:** Caracterizar o conhecimento e a percepção dos administradores de hospitais públicos e privados em relação a RC, além dos fatores que influenciam a participação dos usuários da rede pública e privada nestes programas em Juiz de Fora. **Materiais e Métodos:** Administradores hospitalares, coordenadores dos programas de RC e usuários, foram convidados a responder um questionário pré-estruturado específico para cada um deles. Os dados coletados dos administradores e coordenadores foram submetidos à análise estatística exploratória, enquanto a comparação entre usuários participantes da RC vs. não participantes foi realizada por meio do teste de Mann-Whitney ($p < 0,05$). **Resultados:** Ainda que todos os administradores tenham classificado suas percepções acerca da RC como importante ou extremamente importante, 40% deles têm baixo conhecimento sobre suas implicações e 60% desconhecem a existência de programas de RC próximos ao hospital onde trabalham. Os programas investigados oferecem atendimento apenas nas fases 2, 3 e 4 da RC, embora 40% sejam setores de hospitais. Fatores relacionados a 1) comorbidades e estado funcional, 2) percepção da necessidade, 3) problemas pessoais e familiares e 4) acesso, foram mais pontuados como barreiras para participação em programas de RC pelos pacientes que não participam destes em comparação àqueles que participam (mediana = 16 vs. 14, $p < 0,001$; 14 vs. 10, $p < 0,001$; 7 vs. 6, $p < 0,001$, 10 vs. 8, $p < 0,001$). **Conclusões:** Os achados deste estudo apontam para uma inconsistência entre o reconhecimento da importância da RC e a falta de conhecimento sobre seus benefícios pelos administradores de hospitais, a inexistência de atendimento na fase 1 da RC, bem como barreiras relacionadas à educação em saúde e acessibilidade de pacientes aos programas, indicando a necessidade de ações estratégicas que culminem com o estabelecimento de um fluxo adequado de encaminhamento e atendimento de pacientes em programas de RC em Juiz de Fora.

Palavras-chave: Reabilitação Cardíaca; Facilitadores; Barreiras.

ABSTRACT

IDENTIFICATION OF FACILITATORS AND BARRIERS FOR CARDIAC REHABILITATION IN THE CITY OF JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

Introduction: Although Cardiac Rehabilitation (CR) promotes benefits such as reducing mortality and hospitalization rates in patients with cardiovascular diseases, it remains underutilized, especially in the Public Health System. **Objectives:** To characterize the knowledge and perception of public and private hospital directors regarding CR, the attitudes and perceptions of public and private CR program coordinators, and the factors that influence the participation of Public and Private Health System users in these programs in Juiz de Fora. **Materials and Methods:** Hospital directors, coordinators of CR programs and users were asked to respond to a specific pre-structured questionnaire for each of them. The data collected from the directors and coordinators were submitted to exploratory statistical analysis, while the comparison between users participating in CR vs. Non-participants was performed using the Mann-Whitney test ($p < 0.05$). **Results:** Despite all directors have their perceptions about CR as important or extremely important, 40% of them are aware of its implications and 60% are unaware of the existence of CR programs near the hospital where they work. Investigated programs take only in phases 2, 3 and 4 of the CR, although 40% of them are hospital sectors. Factors related to 1) comorbidities and functional status, 2) perceived need, 3) personal and family problems, 4) access, were more scored as barriers to participation in CR programs by patients who did not participate in these programs compared to those who participated (median = 16 Vs. 14, $p < 0.001$, 14 versus 10, $p < 0.001$, 7 versus 6, $p < 0.001$, 10 vs. 8, $p < 0.001$). **Conclusions:** The findings of this study refer to an inconsistency between the recognition of the CR dimension and the lack of knowledge about its benefits for hospital directors and the lack of care in phase 1 of CR, as well as barriers related to health education and patient accessibility to programs, indicating a need of strategic actions that culminate in the establishment of a referral and care system for patients in CR programs in Juiz de Fora.

Keywords: Cardiac Rehabilitation; Facilitators; Barriers.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	12
3	MÉTODOS	13
4	RESULTADOS	17
5	DISCUSSÃO	32
6	CONCLUSÃO	37
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
8	ANEXOS	
	Questionário Percepções de Administradores acerca da Reabilitação Cardíaca	
	Questionário Estado atual dos programas de Reabilitação Cardíaca	
	Questionário Escala de barreiras para Reabilitação Cardíaca	
9	APÊNDICES	
	SÍNTESE DO PROJETO MULTICÊNTRICO	
	PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UFMG	
	TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	

1- INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCVs) são as principais causas de morbimortalidade nos últimos tempos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DCVs foram responsáveis por 7,4 milhões de óbitos no mundo em 2012. Este cenário se repete no Brasil, pois, de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010 as DCVs foram responsáveis por cerca de 30% das mortes no país. A cidade de Juiz de Fora é um reflexo do panorama nacional, considerando-se que, segundo um levantamento realizado no município em 2012, dentre as principais causas de óbitos, destacaram-se as doenças do aparelho circulatório com 24,8% (SIM/DVEA/SS/PJF).

A prevalência dos principais fatores de risco para as DCVs, como obesidade, diabetes mellitus, hipertensão, dislipidemia e consumo de tabaco, também está crescendo e estima-se que continue aumentando (CORTES-BERGODERI et al., 2013). Isso faz com que as DCVs continuem contribuindo para altas taxas de morbidade, sendo causa importante de incapacidade física, invalidez e elevados custos governamentais com saúde (GHISI et al., 2012). Com isso, faz-se necessário lançar mão de estratégias eficazes para ampliar a prevenção primária e secundária das DCVs (CORTES-BERGODERI, 2013).

A prevenção secundária baseada em exercícios físicos começou a ser estudada a partir 1930, quando foram publicados os primeiros trabalhos sobre os efeitos da atividade física no sistema cardiovascular. Até aquele momento, o afastamento prolongado do trabalho e a aposentadoria precoce estavam incluídos entre as orientações para tratamento das DCVs, provocando o sentimento de invalidez com importante reflexo na vida familiar e social dos pacientes. A partir de estudos e da experiência adquirida em Programas de Reabilitação nos Estados Unidos (EUA) e na Europa, foi criada a *1ª Work Classification Clinic*, em 1944, com o objetivo de orientar trabalhadores com acometimentos cardiovasculares para o tipo de atividade laborativa que eles pudessem desempenhar com segurança. Em 1950, com a *2ª Work Classification Clinic*, nos EUA, foi verificado que aproximadamente 85% a 90% dos portadores de cardiopatias retornaram ao trabalho. Os métodos científicos para a prescrição de exercícios físicos, criados e aplicados a partir da década de 60, demonstraram que os pacientes com DCVs poderiam melhorar a capacidade aeróbica, a função cardiovascular e a qualidade de vida, de forma segura, quando submetidos à programas de exercícios físicos

supervisionados, denominados Reabilitação Cardiovascular (GODOY, 1997 - I CONSENSO NACIONAL DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR).

A OMS (1964), define a Reabilitação Cardiovascular como o “conjunto de atividades necessárias para assegurar às pessoas com doenças cardiovasculares condição física, mental e social ótima, que lhes permita ocupar pelos seus próprios meios um lugar tão normal quanto seja possível na sociedade”. São programas multidisciplinares, que têm como objetivos mudanças no estilo de vida, com ênfase na atividade física programada, adoção de hábitos alimentares saudáveis, remoção do tabagismo e de drogas em geral, além de estratégias para modular o estresse. Sendo assim, a RC não visa apenas a melhora do estado fisiológico do paciente, mas também aspectos psicológicos e sociais, demonstrando assim a importância da equipe multiprofissional, composta por: médico cardiologista (ou médico do exercício habilitado), enfermeiro, especialista em exercício (profissional de Educação Física e/ou Fisioterapeuta), nutricionista e psicólogo, tendo cada um deles suas competências bem definidas, sendo o conjunto delas de extrema importância para a reinserção do paciente na sociedade (CONSENSO SUL-AMERICANO DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR, 2014).

Dos tratamentos indicados para pacientes com DCVs, destaca-se a Reabilitação Cardíaca (RC), pois esta é responsável por reduzir em 25% a recorrência de eventos cardiovasculares incluindo procedimentos de revascularização miocárdica, taxas de novas hospitalizações e a mortalidade (GRACE et al., 2014). A RC é tradicionalmente dividida em quatro fases, com numeração de I a IV, sendo que estas se estendem de um estágio hospitalar para uma fase de manutenção (CONSENSO SUL-AMERICANO DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR, 2014).

A fase I inicia-se desde as 48 horas posteriores ao evento agudo até a alta hospitalar, a partir da qual começa a fase II, ambulatorial individual, que pode ser realizada em academia ou programa de reabilitação e tem média de duração de três meses, com frequência de três a cinco sessões semanais. A fase seguinte é de manutenção precoce, fase III, ambulatorial em grupo, acontecendo de três a cinco sessões semanais, com duração de três a seis meses. A fase IV é considerada de manutenção tardia, tendo seu término indefinido e sua periodicidade dependente do estado clínico, da patologia e da evolução de cada paciente (CONSENSO SUL-AMERICANO DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR, 2014).

Apesar de todos os benefícios já comprovados e conhecidos da RC, esta ainda é pouco utilizada e possui baixa participação e adesão dos pacientes (GHISI et al., 2014). Pesquisadores canadenses desenvolveram um estudo para verificar os motivos desta baixa participação nos programas de RC, visto que, neste país, as DCVs são responsáveis por elevados custos. Os custos diretos são os cuidados hospitalares, medicamentos, cuidados médicos e outros tipos de cuidados e os indiretos são a mortalidade, deficiência de curto e longo prazo, que são calculados em CAD\$20.9 bilhões em 2005 (GRACE et al., 2013).

No Brasil, existe uma escassez de estudos que descrevam o perfil dos pacientes encaminhados aos programas de RC, motivos de não participação ou não continuidade, bem como de dados sobre estes programas (MAIR et al., 2013). Petto et al. (2013), citam como principal limitação ao encaminhamento de pacientes para a RC o desconhecimento por parte dos médicos cardiologistas a respeito destes programas.

Neste contexto, este trabalho de conclusão de curso que tem seu foco no município de Juiz de Fora - Minas Gerais, teve o intuito de procurar os motivos da incoerência entre existir um número alto de pacientes com DCVs e fatores de risco para estas, e a não participação deles nos programas de RC, a partir de informações dos administradores hospitalares, profissionais coordenadores de programas de RC e de usuários das redes pública e privada deste município, inseridos ou não em programas de RC, além de realizar um diagnóstico quantitativo e qualitativo dos programas de RC existentes em Juiz de Fora.

2- OBJETIVOS

2.1 - OBJETIVO GERAL

Caracterizar os facilitadores e as barreiras para o encaminhamento de pacientes para os programas de RC disponíveis no município de Juiz de Fora, MG.

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar diagnóstico sobre o conhecimento, a percepção e as atitudes dos administradores hospitalares de hospitais públicos e privados que possuem serviço de cardiologia acerca da RC;
- Traçar o perfil dos programas de RC públicos e privados existentes na cidade de Juiz de Fora, a partir da visão dos seus coordenadores;
- Identificar, a partir da visão dos usuários, inseridos ou não em programas de RC públicos e privados, as barreiras encontradas para participação e adesão a esse tipo de programa.

3- MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional e transversal, desenvolvido no município de Juiz de Fora. Este projeto é parte integrante de uma pesquisa multicêntrica, que envolve todo o estado de Minas Gerais, coordenado pela Universidade Federal de Minas Gerais e em andamento desde 2015, aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG (CAAE: 37156614.8.1001.5149). Visto que este estado possui características peculiares, como o grande espaço geográfico e a diversidade de serviços de saúde multiprofissionais em cidades de grande, médio e pequeno porte, este estudo multicêntrico integra a abordagem de todo estado de Minas Gerais a partir da divisão deste em macrorregiões, juntamente com outras três universidades federais, sendo elas Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Este estudo multicêntrico foi inspirado em um estudo similar realizado no Canadá e na América latina, sendo seus questionários traduzidos para o português e adaptado culturalmente para o estado de Minas Gerais.

3.2 Participantes

Realizou-se um levantamento dos hospitais públicos e privados que prestam assistência em cardiologia e dos programas de RC, também públicos e privados, sendo a amostra composta por administradores hospitalares dos respectivos hospitais, por profissionais coordenadores dos programas de RC, e por fim, de pacientes elegíveis para RC inseridos e não inseridos (ambulatoriais) na RC no município de Juiz de Fora.

Solicitou-se à Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, uma listagem contendo todos os hospitais públicos e privados que prestam assistência em cardiologia clínica ou cirúrgica neste município, não sendo considerados os hospitais que não preenchessem a esses requisitos.

A identificação dos Programas de RC públicos e privados foi realizada por meio de uma busca ativa eletrônica, usando os seguintes descritores: *reabilitação cardíaca; Juiz de Fora; fisioterapia Juiz de Fora; Clínica fisioterapia Juiz de Fora*. Posteriormente, realizou-se contato telefônico com o objetivo de verificar se de fato havia um programa de RC com um

protocolo estruturado, sendo este o único critério de inclusão das clínicas encontradas na busca eletrônica.

3.3 Instrumentos

3.3.1 Questionário Percepções e Atitudes dos Administradores Hospitalares acerca da Reabilitação Cardíaca

Os administradores hospitalares dos hospitais identificados no município foram convidados a responder um questionário desenvolvido no Canadá por Grace et al. (2013), traduzido e adaptado para o Brasil por um pesquisador fluente na língua inglesa e portuguesa (ANEXO 1). O questionário foi enviado através do link do Sistema Survey Monkey[®] ou em formato impresso. Este instrumento contém questões do tipo múltipla escolha em formato sim/não ou como escala de Likert (1 a 5), assim como algumas questões abertas. Seguiu-se um protocolo de cinco contatos via e-mail e cinco via telefone, se após estes procedimentos o convidado não respondesse, este seria excluído do estudo.

3.3.2 Questionário Estado Atual dos Programas de Reabilitação Cardíaca

Este questionário foi desenvolvido por Cortes-Bergodere et al. (2013) em estudo prévio desenvolvido na América do Sul, incluindo o Brasil. O questionário foi traduzido para o português e adaptado culturalmente para o Brasil (ANEXO 2) e enviado através do link do Sistema Survey Monkey[®] ou em formato impresso. Os temas abordados pelo instrumento incluem (1) Informações gerais; (2) Características de cada programa de RC (por exemplo, número de sessões, intensidade do exercício, serviços oferecidos e protocolos de acompanhamento); (3) Populações de pacientes incluídos no programa de RC; (4) Estratégias para a gestão de fatores de risco cardiovascular; (5) Informações sobre reembolso; (6) Pessoal e outras questões de recursos humanos; (7) Barreiras potenciais para o programa; (8) a Existência de uma clínica ou banco de dados de pesquisa dos pacientes; e (9) outros serviços cardiovasculares oferecidos no programa.

3.3.3 Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (EBRC)

A última etapa da pesquisa consistiu em abordar presencialmente os pacientes que estavam participando de programas de RC públicos e privados há mais de dois meses e também os pacientes que apresentam fatores de risco e/ou DCV, que passaram ou não por alguma intervenção cardíaca e que tiveram alta hospitalar há no mínimo dois meses, e não

participam destes programas. Eles foram convidados a responder a um questionário específico para levantamento de barreiras encontradas para sua participação no programa, sempre em formato impresso e aplicado pelo pesquisador sob a forma de entrevista. A Escala de Barreiras para a Reabilitação Cardíaca (EBRC) foi traduzida para o português e adaptada para a realidade brasileira, no estudo realizado por Ghisi et al. (2011) (ANEXO 3), e é composta por uma questão descritiva e 21 questões com 5 opções de resposta cada, que pontuam de 1 a 5, respectivamente nesta ordem: discordo plenamente, discordo, estou indeciso, concordo e concordo plenamente, sendo que, quanto maior a pontuação de determinada questão, mais esta representa uma barreira para o paciente participar de um programa de RC. As questões que abordam aspectos em comum foram agrupadas em fatores para a análise estatística entre não participantes e participantes de programa de RC. Cada fator apresenta uma pontuação mínima e máxima, dada pelo somatório das respostas marcadas pelos participantes em cada uma das questões que os compõe. Assim sendo, os escores variam de 5 a 105 pontos, com maiores escores representando maiores barreiras. Estes fatores são os descritos na tabela 1:

Tabela 1 – Fatores da EBRC e suas pontuações.

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

Toda participação nesse projeto foi voluntária e, juntamente com os questionários, foi entregue ao participante uma síntese do projeto (Apêndice 1), o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Apêndice 2), bem como termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice 3), que foi assinado pelos voluntários quando estes aceitaram participar do estudo, ficando uma cópia com o mesmo e outra com as pesquisadoras.

3.4 Análise estatística

Todos os dados coletados foram submetidos primeiramente a uma análise estatística descritiva e as respostas às perguntas dos questionários foram interpretados por meio da análise de frequência utilizando o software SPSS, versão 19.0.

Os dados dos cinco fatores relacionados às barreiras para reabilitação cardíaca foram submetidos ao teste de Mann-Whitney para comparação das barreiras entre pacientes inseridos na RC vs. pacientes não inseridos na RC, utilizando o programa Sigma Stat, versão 3.1 e tendo sido adotado um nível de significância de $\alpha \leq 0,05$.

4- RESULTADOS:

4.1) Administradores Hospitalares

Foram contatados os oito hospitais que preenchiam os critérios de inclusão do estudo. Destes, um relatou não realizar atendimento em cardiologia, apenas receber urgência e emergência da área e encaminhá-los para outros hospitais da cidade, e dois não responderam ao fim das tentativas estipuladas na metodologia do projeto. Sendo assim, a amostra foi composta por 5 hospitais, dois (40%) públicos ou filantrópicos e três (60%) privados. Quatro participantes (80%) relataram ser diretores clínicos e apenas um gerente, sendo todos do sexo masculino. Com relação a área clínica primária de atuação, nenhum deles era cardiologista. Os anos de serviço na atual função, bem como o nível mais alto de educação completado pelos administradores, estão descritos nos gráficos 1 e 2, respectivamente.

Dos cinco hospitais, apenas três possuem unidade de internação cardíaca, informações sobre acesso dos pacientes e processo de encaminhamento à RC, por parte destes respectivos hospitais, como descrito na figura 1.



Gráfico 1 – Anos de serviço dos administradores hospitalares na atual função

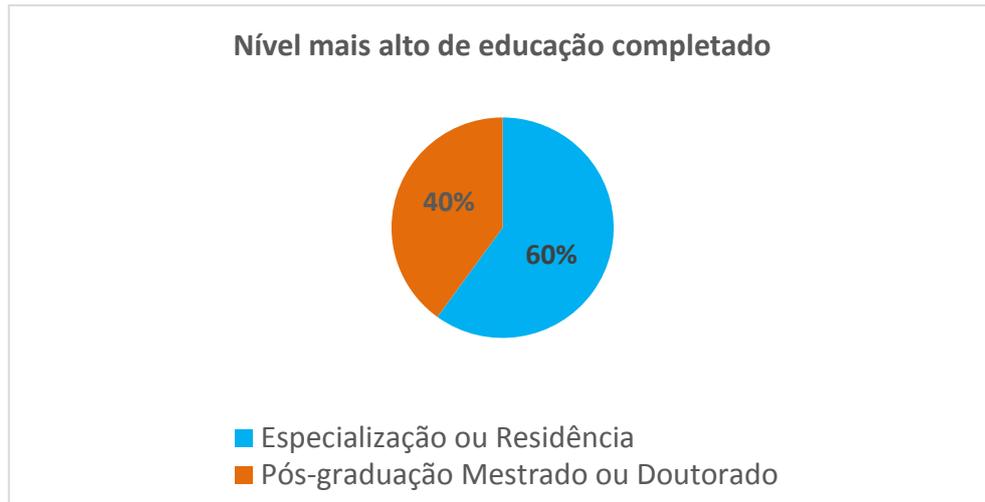
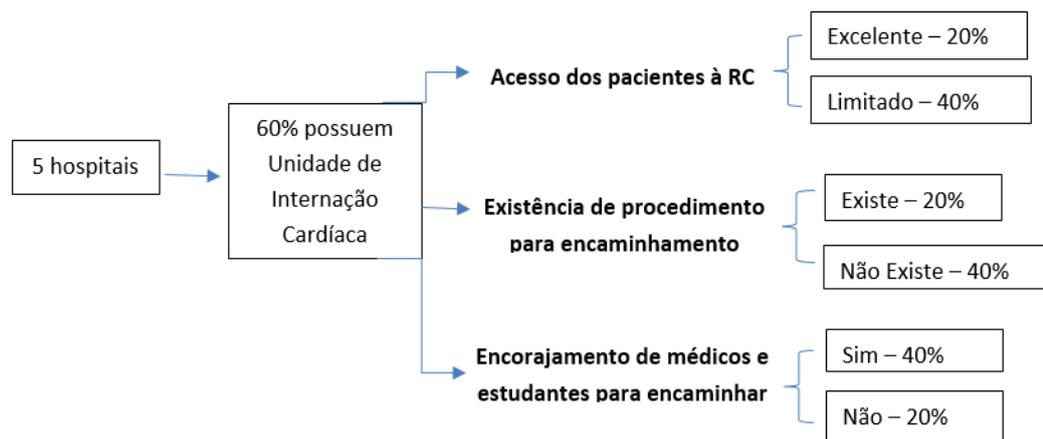


Gráfico 2 – Nível mais alto de formação dos administradores hospitalares



Dados apresentados em porcentagem (%) do total de respostas.

Figura 1 – Hospitais com unidade de internação cardíaca e procedimentos relacionados à RC

As tabelas 2 e 3 mostram em porcentagem as percepções e o nível de conhecimento dos administradores hospitalares sobre a RC, respectivamente.

Tabela 2 – Percepções dos administradores hospitalares acerca da RC.

	Não considerado	Não importante	Neutro	Importante	Extremamente Importante
Importância da RC para atendimento ambulatorial dos pacientes	0%	0%	0%	80%	20%
Percepção da sua instituição sobre a importância da RC para atendimento ambulatorial dos pacientes	0%	0%	0%	80%	20%
Percepções sobre o papel dos programas de RC na redução das reinternações dos pacientes	0%	0%	0%	60%	40%
Percepções sobre o papel dos programas de RC no controle da doença	0%	0%	0%	60%	40%
Percepções do valor do atendimento de pacientes com outras condições vasculares em um programa de RC	0%	0%	0%	60%	40%

Tabela 3 – Nível de conhecimento auto-relatado dos administradores hospitalares sobre a RC.

	Baixo	Satisfatório	Bom	Muito Bom	Excelente
Conhecimento do que a RC implica	40%	20%	20%	20%	0%
Conhecimento da localização do programa de RC mais próximo a instituição que trabalho	60%	20%	20%	0%	0%
O nível de conhecimento sobre RC dos colegas de trabalho	20%	40%	40%	0%	0%
Conhecimento do uso da RC por pacientes na instituição que trabalho	40%	20%	40%	0%	0%

4.2) Programas de Reabilitação Cardíaca:

Os resultados das buscas por programas de reabilitação cardíaca, bem como a porcentagem dos profissionais que responderam ao questionário e que atuam nos programas, estão descritos na figura 2, gráficos 3 e 4 respectivamente.

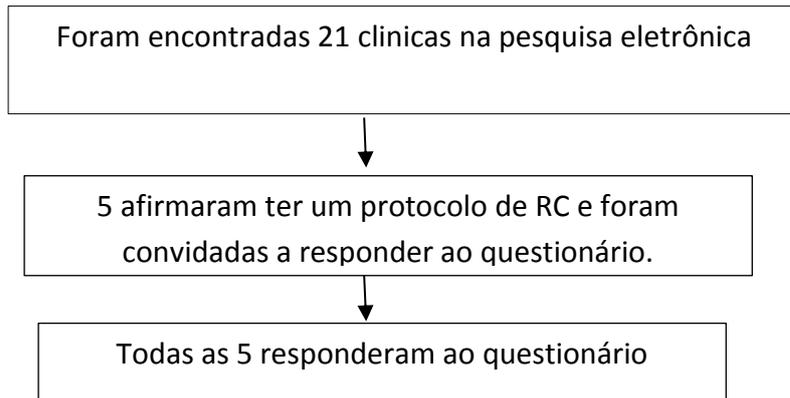


Figura 2 – Resultados do levantamento de programas de RC.

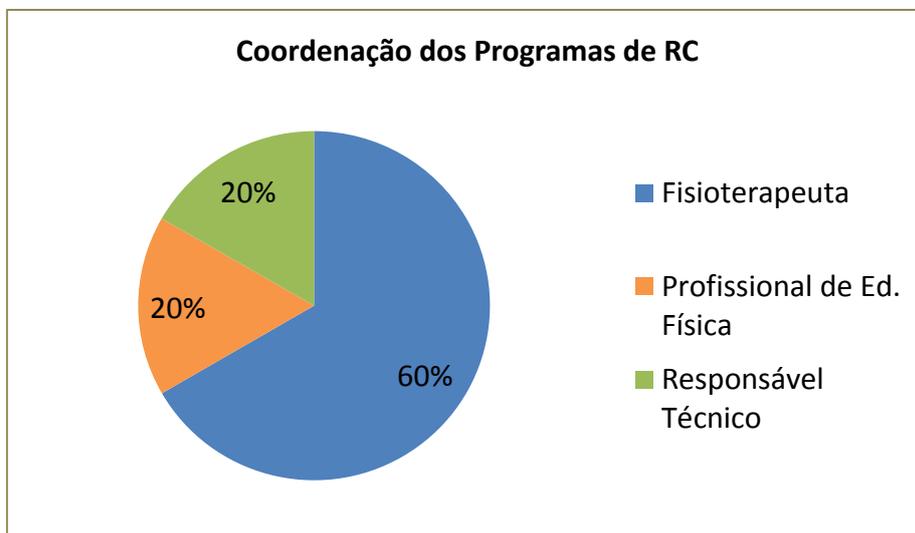


Gráfico 3- Profissionais que coordenam os programas de RC.

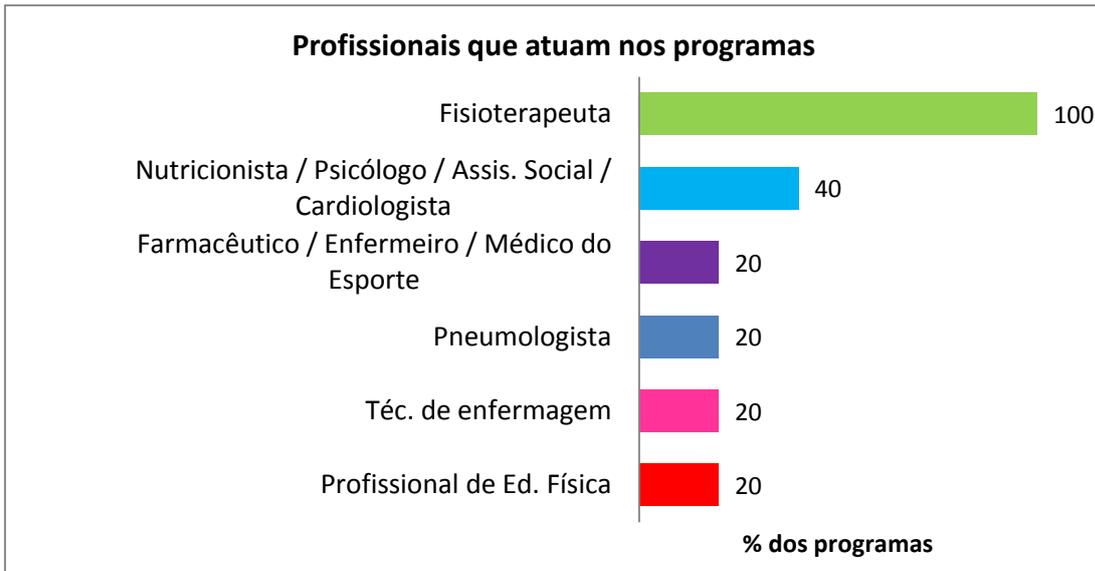


Gráfico 4 – Profissionais que atuam nos programas de RC.

Dos 5 programas que responderam ao questionário, 3 são privados e 2 são públicos e dois deles são setores de hospitais. Nós encontramos que nenhum dos programas oferece a Fase I da RC, enquanto todos atuam na Fase II, como pode ser observado no gráfico 5. O tempo total de duração dos programas e o número de sessões semanais estão descritos nas tabelas 4 e 5, respectivamente. Os parâmetros utilizados para prescrição e monitoramento dos exercícios físicos estão ilustrados nos gráficos 6 e 7 para fase II, nos gráficos 8 e 9 para a fase III e a nos gráficos 10 e 11 para a fase IV.

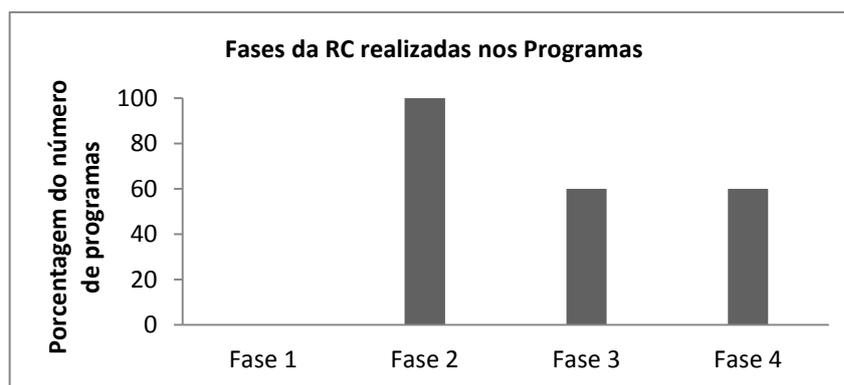


Gráfico 5 – Fases da RC realizadas nos programas de RC investigados.

Tabela 4 - Porcentagem do número de programas e a respectiva duração das fases em semanas.

Duração da RC (semanas)		
Semanas	Fase II	Fase III
4	20 %	-
8	20 %	-
10	20 %	-
24	40%	60%*
48	-	20%*

*Nesta questão, os profissionais tinham a opção de marcar mais de uma resposta. Dos três programas que realizam a fase 3 (60% do total), 3 deles tem duração de 24 semanas e 1 deles (20%) tem duração da fase de 48 semanas. Um dos três programas não respondeu à essa questão (20% missing dados).

Tabela 5 – Porcentagem do número de programas e as sessões semanais que realizam em cada fase.

Número de sessões semanais		
Dias	Fase II	Fase III
2	40%	40%*
3	60%	40%*

*Nesta questão, os profissionais tinham a opção de marcar mais de uma resposta. Dos três programas que realizam a fase 3 (60% do total), 2 deles (40%) realizam 2 sessões semanais e 2 deles (40%) realizam 3 dias na semana. Um dos três programas não respondeu à essa questão (20% missing dados).

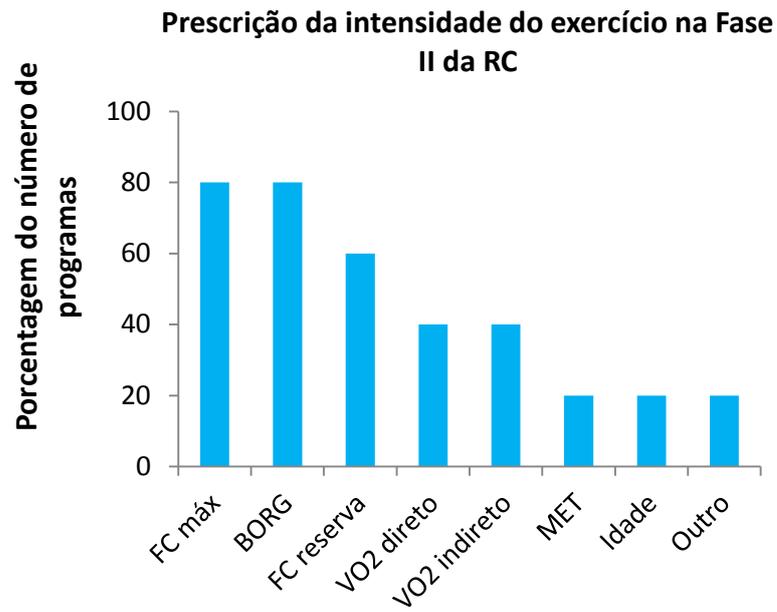


Gráfico 6 – Variáveis utilizadas para a prescrição da intensidade do exercício físico na Fase II da RC.

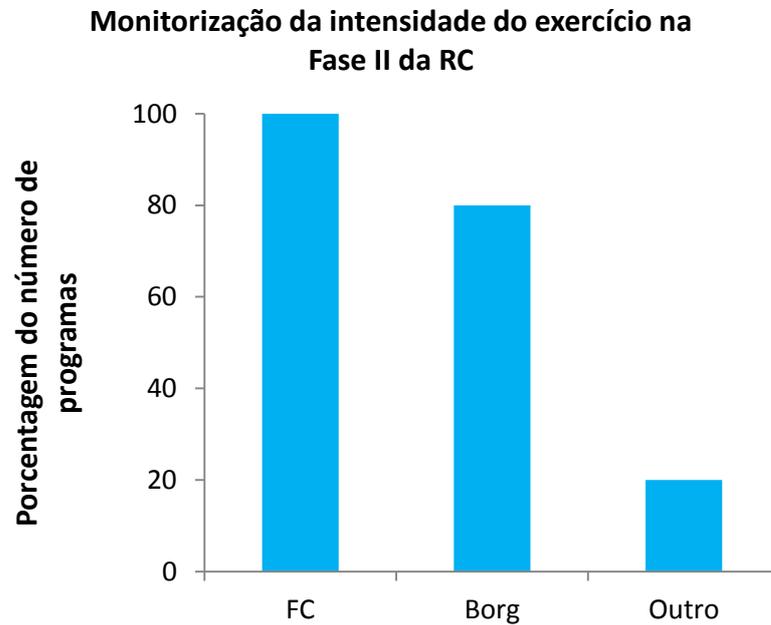


Gráfico 7 – Parâmetros utilizados para monitorização da intensidade do exercício físico durante a Fase II da RC.



Gráfico 8 – Variáveis utilizadas para a prescrição da intensidade do exercício físico na Fase III da RC.

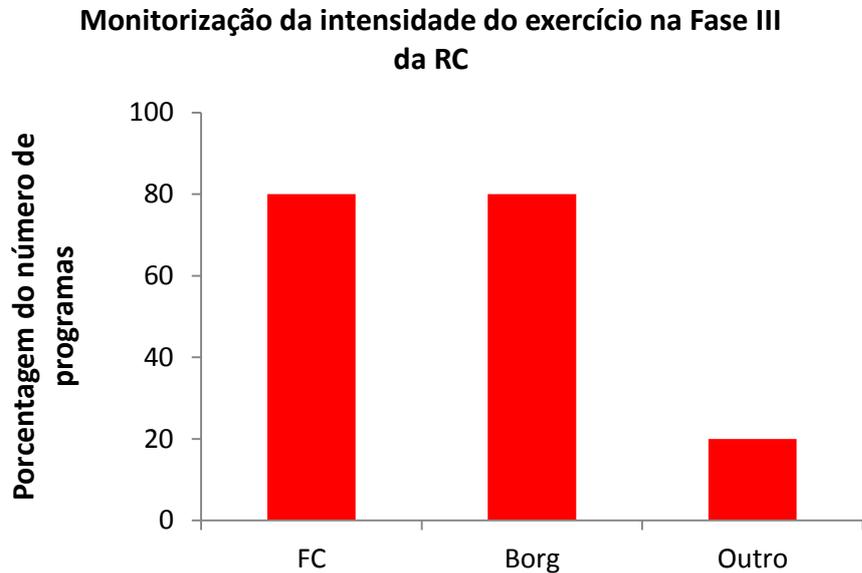


Gráfico 9 – Parâmetros utilizados para monitorização da intensidade do exercício físico durante a Fase III da RC.

Na Fase II da RC em 80% dos programas foi verificado que quem monitora o exercício é o fisioterapeuta e em 20% deles a monitorização é realizada pelo médico, enfermeiro e profissional de educação física. De forma semelhante, nos programas que

realizam a fase III da RC a monitorização do exercício é realizada em sua maioria por fisioterapeutas (60%) e em sua minoria por profissionais de educação física, assim como na fase IV (40% fisioterapeutas e 20% profissionais de educação física).

Foi perguntado aos coordenadores de programas que realizam a fase III da RC, qual a relação do número de profissionais por paciente, durante uma sessão. Dos três programas que realizam esta fase, 25% deles possui uma relação de 1 profissional para cada 2 pacientes (1/2), 25% de 1/4, 25% de 1/6 e 25% de 1/8.

Dos cinco programas de reabilitação, três realizam a Fase IV e 60% deles (cerca de 1,8 programas), orientam para continuidade dos exercícios físicos em domicílio. Os dois programas que não realizam esta fase da RC afirmam encaminhar os pacientes para outros serviços.

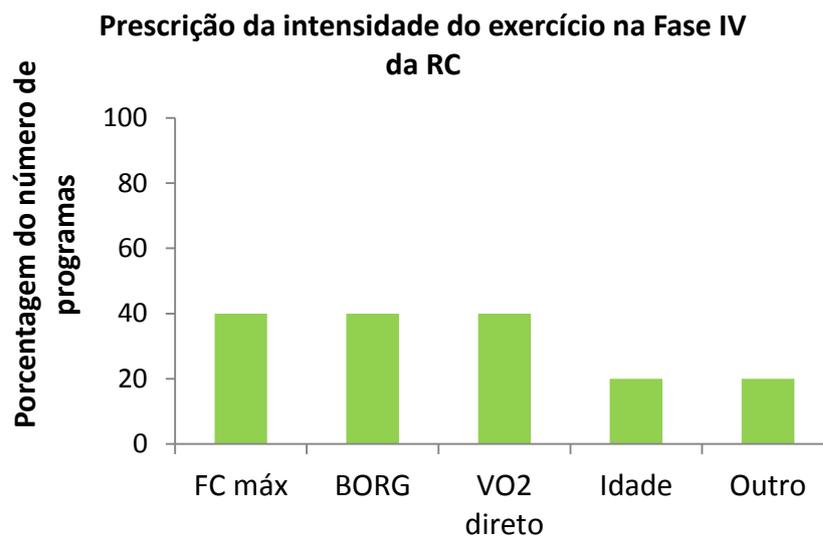


Gráfico 10 – Variáveis utilizadas para a prescrição da intensidade do exercício físico na Fase IV da RC.

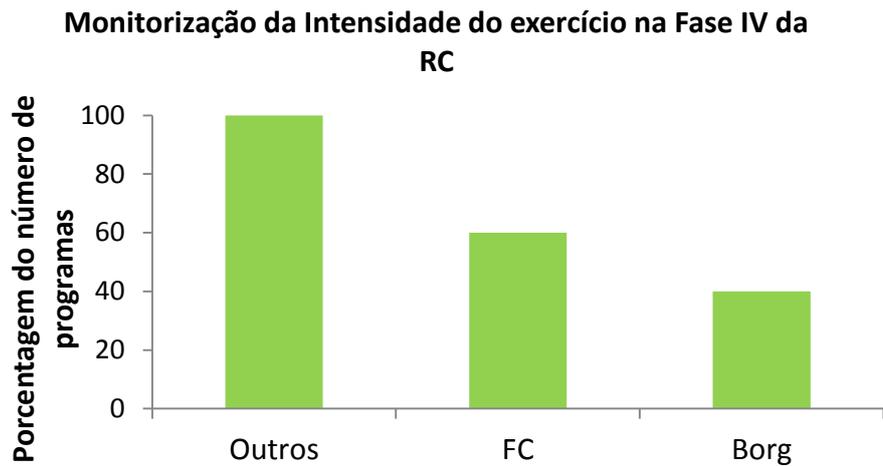


Gráfico 11 – Parâmetros utilizados para monitorização da intensidade do exercício físico durante a Fase IV da RC.

Os equipamentos e tecnologias que os programas dispõem e utilizam durante os atendimentos encontram-se descritos nos gráficos 12 e 13, para as fases II e III da RC, respectivamente.

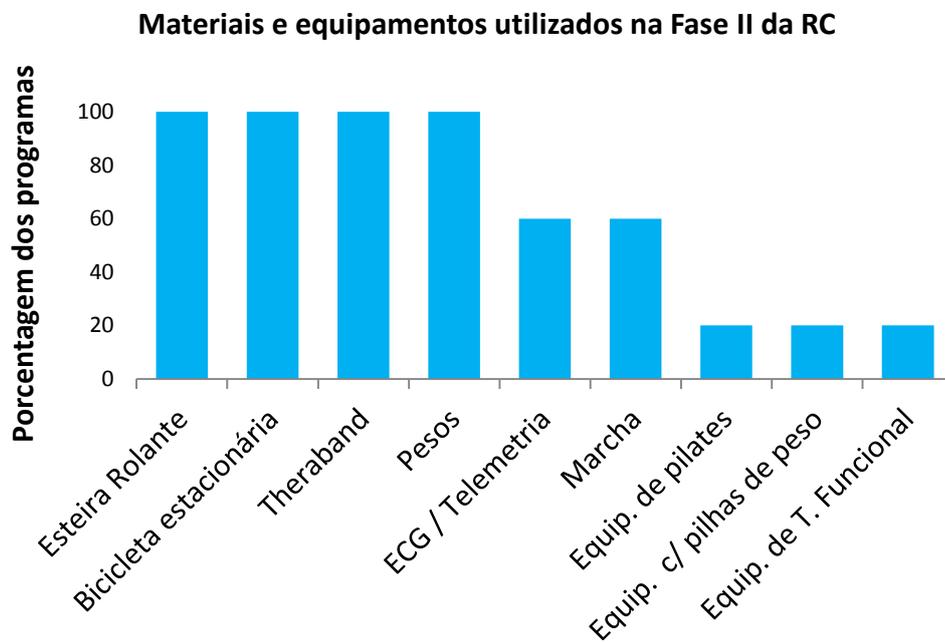


Gráfico 12 – Materiais que os programas dispõem para realização da fase II da RC.

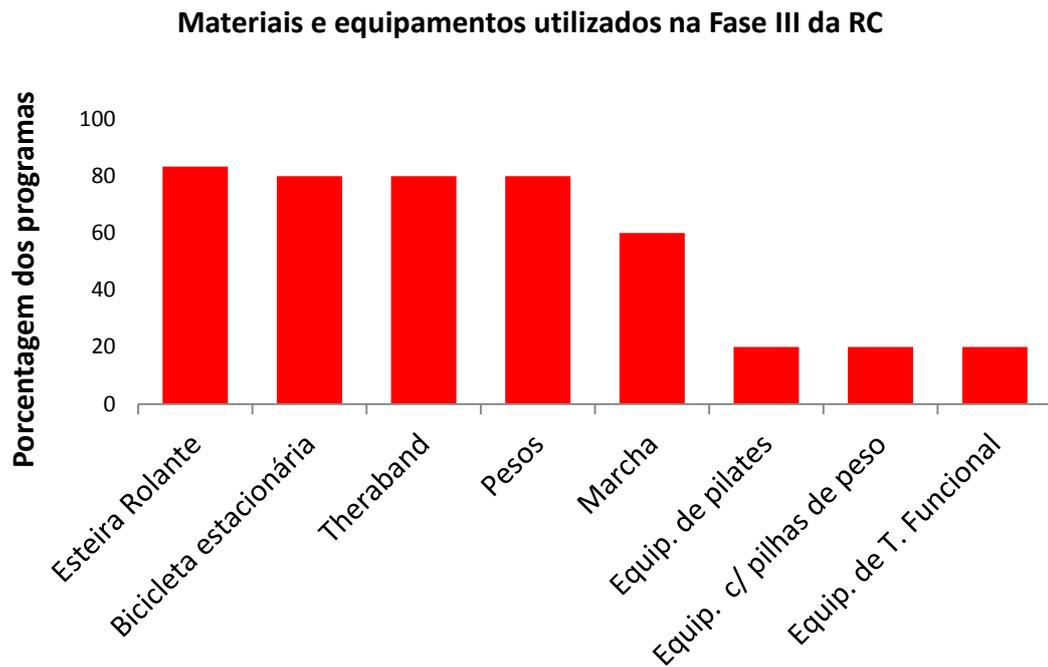


Gráfico 13 – Materiais que os programas dispõem para realização da fase III da RC.

De acordo com as respostas dos coordenadores dos programas de RC, todos eles realizam avaliação inicial, prescrevem o exercício, aconselham para a atividade física, controlam a FC durante o exercício e realizam treinamento físico com flexibilidade. Cerca de 40% possuem apoio psicológico para o paciente e atenção aos familiares e 20% deles realizam alguma atividade recreacional. Dois programas realizam teste para rastreio de depressão e aplicam questionário de apneia do sono; 60% dos programas realizam educação nutricional e também manejo dos fatores de risco, 20% deles possuem clínica de tabagismo, determinando o estado de dependência do tabaco e realizando intervenção para o tratamento desta dependência.

Os testes de esforço para avaliação e prescrição da carga que são utilizados nos programas de RC estudados, são descritos na gráfico 14.

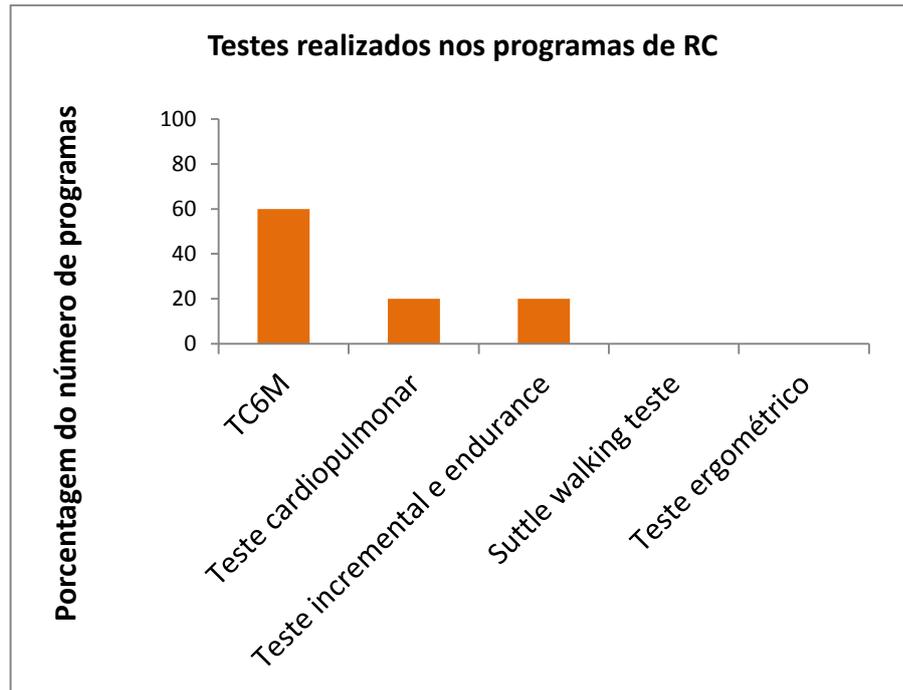


Gráfico 14 - Testes de esforço realizados no programas de RC.

Todos os programas de RC investigados atendem pacientes de risco moderado, de acordo com a classificação AHA, e só um deles atende pacientes com ausência de risco (gráfico 15).

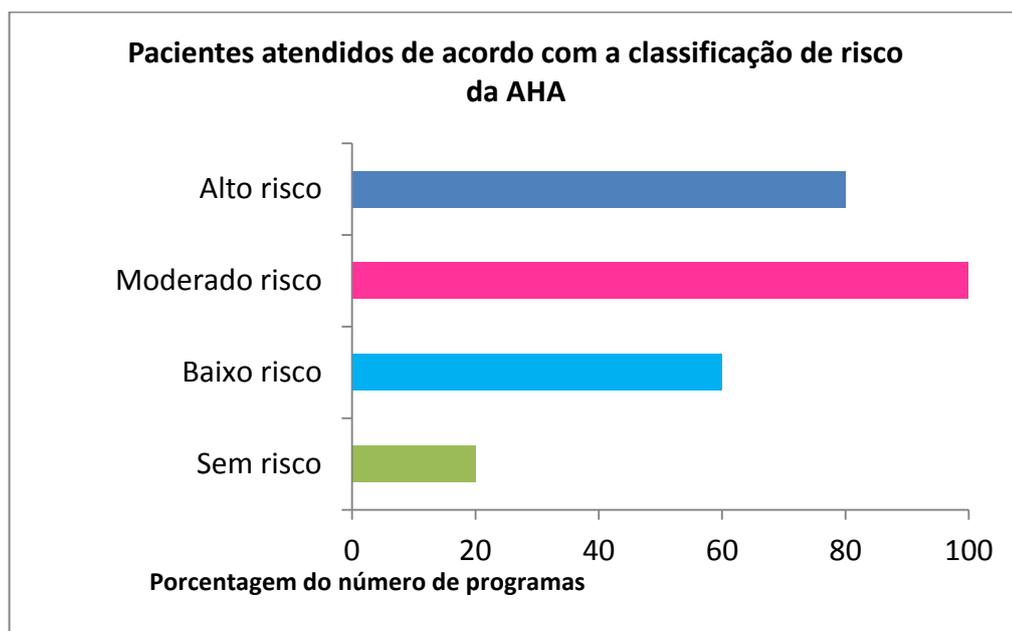


Gráfico 15 – Classificação dos pacientes atendidos nos programas de acordo com a AHA

Na tabela 6 encontram-se informações sobre as comorbidades dos pacientes que são incluídos na RC, o número de pacientes atendidos por ano, bem como o total de sessões mensais dos programas.

De acordo com as respostas dos coordenadores dos programas sobre quem eles acreditam financiar o atendimento dos pacientes nos programa de RC, encontramos que 40% seria o SUS, 40% os próprios usuários e 40% afirmou que os custos são pagos pelo seguro privado (planos de saúde).

Quando questionados sobre qual a principal barreira para que não haja um número maior de pacientes frequentando o programa de RC, dois deles (40%) disseram que é pela falta de referência a RC e/ou falta de espaço no programa de reabilitação. A maioria dos profissionais, 80% deles, atribuiu a baixa participação dos usuários à falta de indicação do médico cardiologista.

Tabela 6 – Rotatividade dos programas de RC e característica dos pacientes atendidos. Dados apresentados como média \pm desvio padrão (mínimo – máximo)

Nº de pacientes / ano	92,4 \pm 144,7 (12 – 350)
Nº de sessões mensais	222 \pm 162,4 (36 – 432)
Pacientes incluídos	<p>Pós IAM (100% dos programas)</p> <p>Pós-angioplastia (100% dos programas)</p> <p>Insuficiência Cardíaca (100% dos programas)</p> <p>Doença Valvar (100% dos programas)</p> <p>DAP (100% dos programas)</p> <p>Pós-RVM (80% dos programas)</p> <p>DM, HAS, DPOC, DRC (80% dos programas)</p> <p>Pós-transplante cardíaco (40% dos programas)</p> <p>Síncope (40% dos programas)</p> <p>Síndrome Metabólica (20% dos programas)</p>

DAP = Doença arterial periférica; RVM = Revascularização Miocárdica; DM = Diabetes Mellitus; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica, DPOC = Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; DRC = Doença Renal Crônica.

4.3) Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca:

A amostra de usuários foi composta por 87 indivíduos, sendo 50 mulheres e 37 homens com idades entre 28 e 87 anos, 49 deles atendidos pelo sistema público de saúde e 38 deles pelo sistema privado, divididos em: 47 pacientes participantes de Programas de RC ambulatorial (Grupo Reab) e 40 pacientes não participantes (Grupo Não Reab). A comparação entre estes dois grupos quanto às barreiras relatadas para participação na RC encontra-se descrita na tabela 7.

Tabela 7. Comparação da pontuação obtida na EBRC entre os pacientes participantes da RC (Reab) e os pacientes não participantes da RC (Não Reab). Dados apresentados com mediana (25% – 75%); valor obtido pelo Mann-Whitney Rank Sum Test.

Fatores relacionados às barreiras para RC	Grupos		Valor de <i>p</i>
	Reab	Não Reab	
Comorbidades/ estado funcional (0 – 35 pts)	14,0 (7,8 - 15,5)	16,0 (14,0 – 20,0)	<0,001
Necessidades percebidas (0 – 25 pts)	10,0 (5,3 – 10,0)	14,0 (12,0 – 16,0)	<0,001
Problemas pessoais/ familiares (0 – 15 pts)	6,0 (3,0 – 6,0)	6,5 (6,0 – 8,0)	<0,001
Viagem/conflitos trabalho (0 – 10 pts)	4,0 (4,0 – 6,0)	4,0 (4,0 – 4,0)	0,399
Acesso (0 – 20 pts)	8,0 (4,0 – 8,0)	10,0 (8,0 – 12,0)	<0,001

Dados apresentados com mediana (25% – 75%); valor obtido pelo Mann-Whitney Rank Sum Test.

Esta análise revelou que os pacientes que não participam de Programas de RC apresentaram pontuações relacionadas às barreiras para RC estatisticamente maiores em comparação aos pacientes que participam de Programas de RC, exceto para as barreiras decorrentes de viagem e conflitos de trabalho.

5-DISCUSSÃO

De acordo com os resultados deste estudo, encontramos uma inconsonância entre o reconhecimento da importância da RC e a falta de conhecimento sobre seus benefícios por parte dos administradores de hospitais, pois a maioria deles julgou importante o papel dos programas de RC no controle da doença, benéfico no atendimento ambulatorial dos pacientes e também para a diminuição de reinternações. Porém, eles não sabem o que a RC implica e não conhecem programas para encaminhamento dos pacientes. Dos hospitais que possuem Unidade de Internação Cardíaca no município, a maioria não possui um procedimento de encaminhamento dos pacientes para um programa de RC e, por isso, julgam o acesso de seus pacientes à este serviço limitado. Além disso, 60% dos diretores clínicos possuem baixo conhecimento da localização do programa de RC próximo a instituição em que trabalham.

Em um estudo realizado na cidade de Salvador (BA), por Petto et al., 81 médicos cardiologistas responderam à um questionário auto-aplicado, com perguntas sobre os conceitos básicos e a prescrição da RC, com objetivo de identificar e avaliar os motivos que levam a pouca prescrição da reabilitação cardiovascular pelos médicos que lá atuam. Eles concluíram que a principal barreira para o encaminhamento é o desconhecimento por parte dos médicos de programas especializados para referenciar seus pacientes.

Alguns médicos podem ser resistentes a ter seus pacientes uniformemente referidos, como já foi demonstrado em outros estudos nos quais alguns deles têm menos percepções positivas dos benefícios da reabilitação cardiovascular (Petto et al., 2013). Espera-se que um procedimento de encaminhamento pré-estabelecido por profissionais de saúde e administradores hospitalares, tenha a vantagem de tornar-se um hábito o processo de referência e garantir que todos os membros da equipe de cuidados com o paciente estejam em acordo sobre o encaminhamento.

Grace et al. (2012) testaram o efeito de três estratégias: duas da utilização da RC para pacientes hospitalares e uma para pacientes ambulatoriais: a primeira foi aliar a realização de encaminhamento, pré-aprovado pelos chefes de cardiologia; a segunda foi indicação agendada da RC antes mesmo da alta hospitalar; e a terceira foi a realização de educação precoce para o paciente ambulatorial, fornecido pelo programa de RC logo após a alta da internação hospitalar. Ambas foram avaliadas por meio de aplicação de questionários aos pacientes, um ano após a implantação destas estratégias em 11 hospitais de Ontário, no Canadá. Como resultado, este estudo encontrou que a implantação de pelo menos uma dessas estratégias

estava diretamente relacionada a um aumento do encaminhamento e da adesão aos programas de RC. As estratégias resultaram em novas taxas de utilização dos programas de RC, que passaram de 30% para cerca de 65 a 84% dos pacientes elegíveis, o que é aproximadamente de 2 a 5 vezes maior que o usual, o que sugere que a adoção dessas estratégias deveriam ser promovidas. Cabe à comunidade de saúde adotar essas estratégias para garantir o acesso universal a esse cuidado que é baseado em evidências.

Sobre os programas de RC incluídos no presente estudo, identificamos que estes são escassos em vista do número de pacientes que necessitam de prevenção e reabilitação cardiovascular. Há inexistência da Fase I, pois nenhum dos programas participantes relatou realizar a fase hospitalar da RC. Sobre a duração das fases, observamos que 40% dos programas que realizam a fase II tem o tempo de duração dentro do mínimo preconizado pela Diretriz Sulamericana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular, que é de 12 semanas, e que 60% deles realizam 3 sessões de atendimento por semana, sendo que o preconizado pela referida diretriz é de 3 a 5 sessões por semanas. A fase III, que é realizada em 60% dos programas tem duração média de 24 semanas e 40% dos programas com fase III, realizam 3 sessões semanais, o que vai ao encontro do que é previsto na diretriz supracitada. Todos os programas investigados seguem as diretrizes de RC (CONSENSO SUL-AMERICANO DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR, 2014; ARQUIVO BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA, 1997) com respeito a prescrição e aplicação dos exercícios físicos em todas as fases. Por fim, encontramos que faltam profissionais para a composição de equipes, para que estas sejam melhor capacitadas e prestem assistência global aos pacientes, incluindo ações relacionadas à educação em saúde.

Cortes-Bergoderi et al. (2013), realizaram uma pesquisa na qual o mesmo questionário utilizado no presente estudo foi aplicado em programas de reabilitação cardiovascular rastreados em toda a América do Sul. Foram localizados 160 programas em 9 dos 10 países convidados a participar e destes, 116 participaram da pesquisa. Com esse número de programas foi demonstrada uma escassez de programas de reabilitação na América do Sul, pois equivale a uma relação de um programa para cada 2.319.312 habitantes. A média de atendimento anual foi de 180 pacientes, bem maior do que os programas participantes no presente estudo, cuja média foi de 92 pacientes/ano. Ambos os estudos encontraram o fisioterapeuta como profissional que monitora o exercício na maior parte dos programas. Na América do Sul, os 116 programas oferecem 49%, 91%, 89% e 56% das fases I, II, III e IV da RC, respectivamente. Tal achado corrobora os resultados encontrados no presente estudo,

onde há ausência ou menor oferta da Fase I e a maior parte oferece a Fase II. Assim como em nosso estudo, foi perguntado aos coordenadores de programas qual a principal barreira para os pacientes não participarem da reabilitação e houve uma concordância, pois, nos dois estudos, a maior parte dos profissionais indicou a falta de encaminhamento dos médicos cardiologistas como fator principal para a não participação dos pacientes nos programas.

Sendo assim, a principal barreira encontrada nos programas de reabilitação é a baixa oferta de serviços para a população, o que pode influenciar na menor taxa de encaminhamento dos pacientes por parte dos médicos visto que estes já possuem pouco conhecimento acerca do que é a RC e da localização dos programas mais próximos.

Com relação aos usuários, assim como encontrado no estudo de GHISI et al em 2012, onde foi aplicado a EBRC pela primeira vez, a fim de validá-la em português, também encontramos escores totais significativamente maiores entre os pacientes que não participam da RC em comparação aos que participam, demonstrando assim, conforme esperado, que pacientes acompanhados apenas pelo clínico apresentam maiores barreiras para a RC quando comparados àqueles que já estão inseridos em um programa.

Dos cinco fatores analisados, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em quatro deles: Fator 1 – Comorbidades/estado funcional, Fator 2 – Necessidades percebidas, Fator 3 – Problemas pessoais e familiares e Fator 5 – Acesso. Este resultado difere do encontrado no estudo da validação da EBRC, pois neste, dentre os cinco fatores analisados, apenas o Fator 5 não apresentou diferença significativa, não representando uma barreira relevante quando comparados os dois grupos em questão.

De acordo com o estudo de Ghisi et al. (2012), os resultados advindos do Fator 1, indicam que pacientes com maior número de comorbidades e baixo estado funcional, são menos prováveis a participarem da RC. No presente estudo, este foi o fator que mais pontuou, isto pode se dar pelo fato de este abranger o maior número de questões ou das comorbidades e estado funcional possuírem maior relevância na decisão ou na percepção do paciente quanto a sua capacidade de participar de um programa como este, pois o que compõe este fator são questões do tipo: “Porque eu acho exercício cansativo ou doloroso”, “Porque eu sou muito velho”, “Porque eu não tenho energia”, “Por outros problemas de saúde que me impedem de frequentar” e “Porque muitas pessoas com problemas cardíacos não frequentam a reabilitação e estão bem”.

O Fator 2 (necessidades percebidas), foi o que apresentou a maior diferença entre as medianas de escore quando comparados os grupos de não participantes e participantes da RC (14 vs. 10 pontos). Algumas questões que compõe este fator são: “Porque eu não sabia da RC, por exemplo o médico não me falou sobre isso”, “Porque eu não preciso de RC, por exemplo, sinto-me bem meu problema cardíaco está tratado, não é grave” e “Porque eu tenho pouco tempo”. O grupo que pontuou mais nestes itens, concorda com as afirmações acima descritas, mostrando que os não participantes percebem menos a necessidade de estar em um programa de RC, não reconhecendo ou subjugando as implicações que este pode trazer em sua saúde. Por outro lado, quem já está inserido em um programa deste tipo apresenta maior reconhecimento da importância e dos benefícios que esta forma de tratamento acarreta em seu estado de saúde. Segundo o estudo de Barros et al, 2014, onde também foram encontradas mais barreiras no grupo de não participantes da RC no que se refere às necessidades percebidas, há uma coerência com os achados da literatura onde tem-se que a falta de orientação com relação aos benefícios da RC, a percepção de que a RC não é necessária, e a ausência de incentivo à participação nos programas aparecem como barreiras expressivas, transcendendo os anseios dos pacientes.

O Fator 3 pontuou como uma barreira entre os grupos de não participantes e participantes da RC, porém a comparação dos escores medianos entre eles apresentou a menor diferença dentre aquelas que foram estatisticamente significativas, sugerindo que esta barreira pode ser menos influenciada por quem já está participando de um programa de RC quando comparado com quem ainda não está.

O último fator que apresentou diferença estatística entre os grupos foi o Fator 5 (acesso). Este fator é composto por questões que abrangem tanto a distância e o custo para o deslocamento até os locais da reabilitação, quanto com relação entre a demora para que fosse realizado o encaminhamento e iniciasse o programa e a falta de contato por parte destes. A maior mediana por parte dos não participantes de RC mostra que aqueles que já estão inseridos superaram estas barreiras. No estudo de Barros et al, 2014, os resultados mostraram que o grupo de não participantes da RC também indicou mais barreiras que os participantes neste fator, demonstrando que a oferta de serviços de RC públicos e privados são insuficientes para atender a demanda da população, o que pode explicar a falta e a demora do encaminhamento para estes programas.

Como limitações deste estudo podemos citar o fato de não encontrar hospitais que realizam a fase I da RC. Também como limitação temos o tamanho da amostra dos hospitais e a não equivalência do número amostral dos participantes com os não participantes da RC. Outra limitação foi a não realização de comparações das barreiras separadas entre sexo, a não correlação entre idade, escolaridade, renda familiar e estado civil, por exemplo, que podem evidenciar barreiras específicas para cada grupo, fornecer uma hierarquização destas, ou justificar as barreiras que já encontramos neste estudo. A dificuldade de caracterizar a amostra de não participantes e participantes da RC com relação ao diagnóstico clínico, comorbidades, fatores de risco, medicamentos, itens estes propostos na caracterização de pacientes para a realização da EBRC, devido ao fato de estas informações terem sido, em sua maioria, coletadas por auto relato.

6- CONCLUSÃO

Os achados deste estudo apontam para uma contradição entre o reconhecimento da importância da RC e a falta de conhecimento sobre seus benefícios pelos administradores de hospitais, bem como barreiras relacionadas à educação em saúde e acessibilidade de pacientes aos programas, indicando a necessidade de ações estratégicas que culminem com o estabelecimento de um fluxo adequado de encaminhamento e atendimento de pacientes em programas de RC em Juiz de Fora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALINE LANGE BARROS, Different Barriers to Cardiac Rehabilitation. **Revista Brasileira de Cardiologia**. 2014;27(4):293-298

Diretriz sul-americana de prevenção e reabilitação cardiovascular, **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. ISSN-0066-782X • Volume 103, Nº 2, 2014

GABRIELA L. M. GHISI, Desenvolvimento e validação da versão em português da Escala de barreiras para a reabilitação cardíaca. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia** 2012,; 98 (4):344-352

GABRIELA L. M. GHISI. Physician Factors Affecting Cardiac Rehabilitation Referral and Patient Enrollment: A Systematic Review. **Clin. Cardiol**. 36, 6, 323–335 (2013)

I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia** volume 69, (nº 4), 1997.

JEFFERSON PETTO. Factors Preventing Referrals to Supervised Cardiac Rehabilitation. **Revista Brasileira de Cardiologia** 2013;26(5):364-68

MERY CORTES-BERGODERI. Availability and Characteristics of Cardiovascular Rehabilitation Programs in South America. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention** 2013;33:33-41

ORNA REGES, Identifying barriers to participation in cardiac prevention and rehabilitation programmes via decision tree analysis:establishing targets for remedial interventions. **OpenHeart** 2014;

SHERRY L GRACE. Effectiveness of inpatient and outpatient strategies in increasing referral and utilization of cardiac rehabilitation: a prospective, multi-site study. **Implementation Science** 7:120, 2012

SHERRY L GRACE. How do hospital administrators perceive cardiac rehabilitation in a publicly-funded health care system?. **BMC Health Services Research** 2013, 13:120

VANESSA MAIR, Evaluating compliance to a cardiac rehabilitation program in a private general hospital . **Einstein**. 2013;11(3):278-84

Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora – 2014-2017

ANEXOS

Percepções de administradores acerca da Reabilitação Cardíaca

Apresentação

Muito obrigada por acessar o link da pesquisa. Sua participação é muito importante para nós.

As instruções para responder as perguntas se encontram no início de cada questão.

Para seu conhecimento, segue abaixo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pedimos que o senhor (a) leia atentamente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título do estudo: "Percepção e Atitudes de Administradores Hospitalares em relação aos Programas de Reabilitação Cardíaca"

O objetivo desse estudo é identificar a percepção e atitudes de administradores clínicos de hospitais que possuem Serviço de Cardiologia em relação aos Programas de Reabilitação Cardíaca.

Sua participação no estudo é voluntária.

Todos os seus dados são confidenciais, sua identidade não será revelada publicamente em hipótese alguma e somente os pesquisadores envolvidos neste projeto terão acesso a essas informações que poderão ser usadas apenas para fins de pesquisa e de publicações científicas.

Além disso, você pode recusar-se a participar ou abandonar o estudo a qualquer momento, sem precisar se justificar.

Você dispõe de total liberdade para esclarecer qualquer dúvida que possa surgir durante o decorrer do estudo com as pesquisadoras Thaianne Cavalcante Sérvio: (31) 7343-5200 (thaiservio@hotmail.com) ou Raquel Rodrigues Britto: (31) 9970-4527 (rbrito@ufmg.br). Você também poderá obter informações sobre os aspectos éticos da pesquisa com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG no telefone (31) 3409-4592 e endereço Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. Andar, sala 2005 – Campus Pampulha, onde esse trabalho foi aprovado (Título mais amplo Identificação de Facilitadores e Barreiras para Prevenção e Reabilitação Cardíaca).

Se o senhor (a) concorda com o que foi exposto acima e aceita, voluntariamente, participar da pesquisa, é só seguir e responder ao questionário.

Seção A - DADOS DEMOGRÁFICOS

*1. Escreva o nome da instituição, estado e cidade

Instituição

Estado

Cidade

Percepções de administradores acerca da Reabilitação Cardíaca

*2. Qual é o seu Cargo / Posição? (Marque a opção equivalente ao seu mais alto cargo)

- Diretor Geral
- Diretor Clínico
- Coordenador do Setor de Cardiologia
- Coordenador de Serviço de Reabilitação Cardíaca
- Coordenador de Clínica Ambulatorial
- Gerente
- Médico Cardiologista
- Outro

Outro, favor especificar:

*3. Anos de serviço na atual função / posição:

- <1 ano
- 1-5 anos
- 6-10 anos
- >10 anos

*4. Qual o seu sexo?

- Masculino
- Feminino

*5. Qual é o nível mais alto de educação que completou?

- Técnico
- Graduação em outro curso de saúde
- Graduação em Medicina
- Especialização ou residência
- Pós Graduação Mestrado ou Doutorado

*6. Em que ano você obteve sua mais alta qualificação acadêmica? (Utilize 4 dígitos)

Percepções de administradores acerca da Reabilitação Cardíaca

*7. Em qual área clínica primária o seu trabalho está focado?

- Cardíaca
- Outra área clínica
- Nenhum foco clínico

Se outra área clínica, favor especificar:

*8. Em que tipo de instituição você trabalha? (marque as opções que se aplicam)

- Hospital Universitário ou Centro de Ciências da Saúde
- Centro Cardíaco ou instituição de atenção terciária/ quaternária
- Hospital comunitário ou filantrópico
- Governo
- Instituição de reabilitação
- Sem enfoque clínico
- Outro

Especifique outro

*9. A instituição que você trabalha é pública ou privada?

- Pública ou filantrópica
- Privada

Percepções de administradores acerca da Reabilitação Cardíaca

***10. Os programas de reabilitação cardíaca ambulatoriais oferecem intervenções abrangentes para pacientes com doenças crônicas, incluindo o exercício. Eles são projetados para otimizar o funcionamento físico, psicológico e social de um paciente cardíaco, além de estabilizar, diminuir ou até mesmo reverter a progressão dos processos ateroscleróticos subjacentes, reduzindo assim a morbidade e mortalidade. Por favor, classifique as seguintes afirmativas (marque apenas uma opção por linha):**

	Baixo	Satisfatório	Bom	Muito bom	Excelente
a. Meu conhecimento do que reabilitação cardíaca implica:	<input type="radio"/>				
b. Meu conhecimento da localização do programa de reabilitação mais próximo à instituição onde estou empregado:	<input type="radio"/>				
c. Na minha opinião, o nível de conhecimento sobre reabilitação cardíaca dos meus colegas:	<input type="radio"/>				
d. Meu conhecimento do uso de reabilitação cardíaca por pacientes na instituição onde estou empregado:	<input type="radio"/>				

Percepções de administradores acerca da Reabilitação Cardíaca

*** 11. Por favor, classifique as seguintes afirmativas:(marque apenas uma opção por linha):**

	Extremamente importante	Importante	Neutro	Não importante	Nem considerado
a. Suas percepções sobre a importância da reabilitação cardíaca para atendimento ambulatorial dos pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Percepções da sua instituição sobre a importância da reabilitação cardíaca para atendimento ambulatorial dos pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Suas percepções sobre o papel dos programas de reabilitação cardíaca na redução das re-internações de pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Suas percepções sobre o papel de programas de reabilitação cardíaca no controle da doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Suas percepções do valor do atendimento de pacientes com outras condições vasculares dentro de programas de reabilitação cardíaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*** 12. Existe uma unidade de internação cardíaca na instituição onde você trabalha?**

- Sim (Favor responder questões 13,14,15 e16)
- Não (passe para a pergunta 17)

13. Se sim para questão 12:

Como você classificaria o acesso desses pacientes aos serviços de reabilitação cardíaca em sua área?

- Excelente
- Limitado
- Ruim

Percepções de administradores acerca da Reabilitação Cardíaca

14. Se sim para questão 12:

Existem processos ou procedimentos para sistematizar encaminhamento desses pacientes para reabilitação cardíaca?

- Sim
- Não

Se sim, descreva:

15. Se sim para questão 12:

Com qual frequência você estima que a transição para o atendimento ambulatorial destes pacientes internados está na agenda ou são discutidos em reuniões internas na sua instituição?

- Frequentemente (ao menos mensalmente)
- As vezes (ao menos anualmente)
- Dificilmente ou nunca

16. Se sim para questão 12:

Os médicos e estudantes em capacitação são encorajados a encaminhar seus pacientes à reabilitação cardíaca?

- Sim, sistematicamente (tem protocolo e instrumento para encaminhar)
- Sim, mas não há uma sistematização para essa ação
- Não

Se sim, como isso acontece? (especifique)

*17. Existe um programa de Reabilitação Cardíaca na instituição que você trabalha?

- Sim (Por favor, responda as questões 18 e 19)
- Não (Passe para a questão 20)

18. Se sim para questão 17:

O programa tem algum financiamento?

- Sim
- Pouco
- Não

Se sim, qual?

Percepções de administradores acerca da Reabilitação Cardíaca

19. Se sim para questão 17:

Como você percebe a perspectiva da sua instituição sobre o alcance e o tamanho do programa?

- Ele é totalmente estruturado e atende a demanda
- Não tem recursos suficientes e tem dificuldade em atender os pacientes encaminhados, mas a instituição iria dar mais apoio se tivesse mais recursos financeiros disponibilizados
- Não tem recursos suficientes e tem dificuldade em atender os pacientes encaminhados, mas a instituição não tem intenção de apoiar o programa

***20. Onde você acha que os programas de reabilitação cardíaca devem se situar: (Marque apenas p uma opção)**

- Hospitais
- Comunidade
- Ambos
- Nenhum
- Outro

Outro (especifique)

***21. O custo médio de um programa completo de reabilitação cardíaca de 36 semanas em países latino-americanos é de US\$ 396 por pessoa, quando pago pelo sistema de saúde pública e de US\$ 576 se é pago de forma particular. Em sua opinião esse é um bom uso dos recursos de saúde pública?**

- Sim
- Moderadamente
- Não

***22. O custo médio para o sistema de saúde pública por sessão de reabilitação cardíaca em países latino-americanos é de US\$ 11 por sessão, se for pago pelo sistema de saúde pública e de US\$16 por sessão se for pago de forma particular. Em sua opinião, esse é um bom uso dos recursos de saúde pública?**

- Sim
- Moderadamente
- Não

Percepções de administradores acerca da Reabilitação Cardíaca

*23. Como você classificaria a responsabilidade de uma instituição de cuidados agudos em relação a continuidade do cuidado ambulatorial especializado?

- Todo o cuidado da saúde deve ser coordenado e incluído no planejamento de atenção ao paciente desde a internação.
- A instituição de cuidados agudos é responsável por fornecer ligações para serviços ambulatoriais para que haja a continuidade dos cuidados para os pacientes atendidos
- Os hospitais devem se concentrar somente em cuidados agudos

*24. Na perspectiva da sua instituição, quem você acha que deveria pagar por serviços de reabilitação cardíaca (marque todos que se aplicam)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hospitais – dentro do orçamento global | <input type="checkbox"/> Fundações |
| <input type="checkbox"/> Hospitais - com recursos específicos destinados pelo Ministério de Saúde | <input type="checkbox"/> Agências comunitárias sem fins lucrativos |
| <input type="checkbox"/> Convênios de Saúde | <input type="checkbox"/> Organizações comunitárias governamentais |
| <input type="checkbox"/> Ministério da Saúde | <input type="checkbox"/> Outro |
| <input type="checkbox"/> Pacientes | |

Outro (especifique)

Percepções de administradores acerca da Reabilitação Cardíaca

***25. Por favor, indique o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações sobre os programas de Reabilitação Cardíaca (RC):
(marque **p** apenas uma opção por linha)**

	Concordo plenamente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo plenamente	Não sei
a. Modelos de financiamento do Ministério são barreiras à oferta de serviços de RC	<input type="radio"/>					
b. Os seguros de saúde pública não devem cobrir os serviços de RC para pacientes cardíacos pós-hospitalização	<input type="radio"/>					
c. Programas de RC multiprofissionais oferecem benefícios além do que os prestadores de cuidados primários podem oferecer	<input type="radio"/>					
d. Eu sou cético sobre os benefícios dos programas de RC	<input type="radio"/>					
e. O programa RC mais próximo disponível é de boa qualidade (incluindo o seu se for o caso)	<input type="radio"/>					
f. O dinheiro destinado a saúde não deve ser gasto em atendimento ambulatorial à custa de cuidados intensivos	<input type="radio"/>					
g. Nós não temos espaço suficiente para executar um programa RC na minha instituição	<input type="radio"/>					
h. Programas de RC promovem mudanças comportamentais sustentáveis que melhoram os resultados em saúde	<input type="radio"/>					
i. Serviços de RC são geralmente um dos primeiros programas a serem cortados quando fazemos reduções orçamentárias.	<input type="radio"/>					
j. Pacientes e suas respectivas famílias devem ser responsáveis por suas próprias mudanças de comportamento de saúde para reduzir os custos pós-	<input type="radio"/>					

Percepções de administradores acerca da Reabilitação Cardíaca

hospitalização

k. O governo deveria fornecer mais fundos para programas de RC

l. É desejável que o financiamento do governo para programas de RC seja sustentado ao longo do tempo

m. Os profissionais de saúde envolvidos com o atendimento em cardiologia têm outras atividades clínicas mais importantes do que encaminhar pacientes para RC

n. É de responsabilidade do hospital fornecer a todos os pacientes elegíveis as informações que eles precisam para começar um programa ambulatorial RC.

*26. Em que região do Brasil você trabalha?

- Norte
- Nordeste
- Sul
- Sudeste
- Centro-oeste

27. Relacione os serviços de Reabilitação Cardíaca que você conhece

28. Como você acredita que pode contribuir para ampliar o acesso dos pacientes a programas de Reabilitação Cardíaca?

29. Obrigado por tomar o seu tempo para concluir esse levantamento.

Se existe alguma coisa que você gostaria de nos dizer sobre esse levantamento, ou sobre suas experiências com a reabilitação cardíaca, faça-o no espaço abaixo:

Apresentação

Olá, estamos realizando uma avaliação do estado atual dos Programas de Reabilitação Cardiovascular (RCV) no Estado de Minas Gerais, Brasil, para identificarmos facilitadores e barreiras relacionadas com a baixa oferta e participação de pacientes em programas dessa natureza. Para cumprir com esse objetivo, solicitamos a gentileza responder às questões que se seguem.

O questionário abaixo foi elaborado para um estudo inicial da Sociedade Latino-Americana de Reabilitação Cardiovascular e possibilitou a publicação do estudo: Cortes-Bergoderi M et al. Availability and characteristics of cardiovascular rehabilitation programs in South America. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2013 Jan-Feb;33(1):33-41.

A presente avaliação é importante para contribuir para o Registro Latinoamericano de Reabilitação Cardiovascular. Sua participação terá o anonimato garantido.

Para seu conhecimento segue abaixo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pedimos que o senhor (a) leia atentamente:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título do estudo: “Estado atual dos Programas de Reabilitação Cardíaca em Minas Gerais”

O objetivo desse estudo é identificar a percepção e atitudes dos profissionais de saúde que coordenam os Programas de Reabilitação Cardíaca.

Sua participação no estudo é voluntária. Todos os seus dados são confidenciais, sua identidade não será revelada publicamente em hipótese alguma e somente os pesquisadores envolvidos neste projeto terão acesso a essas informações que poderão ser usadas apenas para fins de pesquisa e de publicações científicas.

Além disso, você pode recusar a participar ou abandonar o estudo a qualquer momento, sem precisar se justificar.

Você dispõe de total liberdade para esclarecer qualquer dúvida que possa surgir durante o decorrer do estudo com

as pesquisadoras Thianne Cavalcante Sérvio: (31)73435200 (thaiservio@hotmail.com) ou Raquel Rodrigues Britto: (31) 99704527 (rbritto@ufmg.br). Você também poderá obter informações sobre os aspectos éticos da pesquisa com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG no telefone (31)34094592 e endereço Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. Andar, sala 2005 – Campus Pampulha, onde esse trabalho foi aprovado (Título mais amplo Identificação de Facilitadores e Barreiras para Prevenção e Reabilitação Cardíaca).

Se o senhor (a) concorda com o que foi exposto acima e aceita, voluntariamente, participar da pesquisa, é só seguir e responder ao questionário. As instruções para responder às perguntas se encontram no início de cada questão.

Versão Original: Estado atual dos Programas de Reabilitação Cardíaca em Minas Gerais

Identificação

*** 1. Dados de identificação/caracterização:**

Nome do Centro Cardiovascular:	<input type="text"/>
País:	<input type="text"/>
Estado:	<input type="text"/>
Cidade:	<input type="text"/>
Serviço de Saúde (Público, Privado, Misto, Filantrópico ou outro- especifique)	<input type="text"/>
Cargo na Instituição:	<input type="text"/>
Telefone:	<input type="text"/>
e-mail:	<input type="text"/>

Versão Original: Estado atual dos Programas de Reabilitação Cardíaca em Minas Gerais

Parte 1: Características do Serviço de Reabilitação Cardiovascular:

*** 2. Seu centro de Reabilitação Cardiovascular é setor de um hospital ?**

- Sim
- Não

* 3. Especifique os componentes da reabilitação cardíaca disponíveis:

Realiza Fase I:

Sim

Não

4. Se sim para a questão anterior, quem realiza? (marque todos que realizam)

Se sua resposta é não, passe para a questão 5.

Médico

Enfermeiro

Nutricionista

Psicólogo

Fisioterapeuta

Outro

Outro (especifique)

* 5. Realiza Fase II (extrahospitalar individual)?

Se sua resposta é não, passe para a questão 13.

Sim

Não

6. Se realiza Fase II?

	Sim	Não
Inicia em 2 semanas pós alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispõe de monitorização de ECG/ telemetria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Número de sessões semanais da Fase II em média?

- 1
 2
 3
 >3

8. Duração da fase II em semanas:

9. Utilizam durante o atendimento na Fase II(marque tudo que corresponda):

- Theraband
 Esteira
 Bicicleta ergométrica
 Pesos
 Equipamentos de musculação
 Marcha
 Outro

Outro (especifique)

10. Calcula (prescreve) a intensidade do Exercício durante a Fase II segundo:

- Borg
 MET
 Idade
 VO2 medida direta
 VO2 indireto
 Frequência cardíaca máxima
 Frequência cardíaca de reserva
 Outro

Outro (especifique)

11. Monitora a intensidade do exercício durante a Fase II por meio de:

- Borg
- Frequência cardíaca
- Outro

Outro (especifique)

12. Quem realiza a monitorização do exercício na Fase II:

- Médico
- Enfermeiro
- Fisioterapeuta
- Educador físico
- Outro

* 13. Realiza Fase III (extrahospitalar em grupo)?

Se sua resposta é não, passe para a questão 24.

- Sim
- Não

14. Em relação a Fase III:

	Relação profissional / paciente durante sessão	Dispõe de monitorização por frequencímetro?	Número de sessões semanais em média?
Resposta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

15. Duração da Fase III em semanas?

16. Utilizam durante o atendimento na Fase III (marque tudo que corresponda):

- Theraband
- Esteira
- Bicicleta ergométrica
- Pesos
- Equipamentos de musculação
- Marcha
- Outro

Outro (especifique)

17. Calcula (prescreve) a intensidade do Exercício durante a Fase III segundo:

- Borg
- MET
- Idade
- VO2 medida direta
- VO2 indireto
- Frequência cardíaca máxima
- Frequência cardíaca de reserva
- Outro

Outro (especifique)

18. Monitora a intensidade do exercício durante a Fase III por meio de:

- Borg
- Frequência cardíaca
- Outro

Outro (especifique)

19. Quem realiza a monitorização do exercício durante a Fase III:

- Médico
- Enfermeira
- Fisioterapeuta
- Outro

Outro (especifique)

* 20. Realiza Fase IV (manutenção)?

- Sim
- Não

21. Se não realiza Fase IV?:

	Sim	Não
Encaminha para outro serviço?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orienta para continuidade em domicílio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Se realiza Fase IV, calcula (prescreve) a intensidade do Exercício segundo:
Se não realiza, passe para a questão 29.

- Borg
- MET
- Idade
- VO2 medida direta
- VO2 indireto
- Frequência cardíaca máxima
- Frequência cardíaca de reserva
- Outro

Outro (especifique)

23. Monitora a intensidade do exercício durante a Fase IV por meio de:

- Borg
- Frequência cardíaca
- Outro

Outro (especifique)

24. Quem realiza a monitorização do exercício durante a Fase IV?

- Medico
- Enfermeira
- Fisioterapeuta
- Outro

Outro (especifique)

* 25. Quantos pacientes participam do programa por ano em média?

* 26. Quantas sessões de Reabilitação Cardiovascular realiza mensalmente, em média, considerando todas as fases ?

* 27. São realizados, em seu centro, os seguintes elementos de reabilitação cardiovascular?

	Sim	Não
Avaliação inicial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescrição de exercício	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aconselhamento para a atividade física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Controle de FC durante exercício	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treinamento físico com flexibilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoio psicológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Sim	Não
Teste de depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Questionário de apneia do sono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teste de caminhada de 6 minutos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suttle walking teste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teste ergométrico convencional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teste Cardiopulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros testes de esforço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educação Nutricional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejo dos fatores de risco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clínica de Tabagismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determina o estado de dependência de tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intervenção para tratamento de dependência de tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atenção a familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programa de Saúde cardiovascular da mulher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguimento posterior ao programa com consulta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliação de Fatores de risco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realiza algum programa recreacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se outro teste de esforço, qual?

* 28. São realizadas, em seu centro, atividades adicionais:

- Não
- Tai Chi
- Yoga
- Demonstrações de preparo de alimento
- Outro

Outro (especifique)

Versão Original: Estado atual dos Programas de Reabilitação Cardíaca em Minas Gerais

Parte 2- Características dos pacientes do Serviço de Reabilitação Cardiovascular

* 29. Pacientes incluídos:

- Pós Infarto do Miocárdio
- Pós angioplastia
- Pós Revasc. Miocárdica
- Insuficiência Cardíaca
- Doença Valvular cardíaca
- Doença arterial periférica
- Pós trasplante
- Síncope
- Outro

Outro (especifique)

* 30. Inclui pacientes menores de 18 anos em seu programa de reabilitação cardiovascular?

- Sim
- Não

* 31. Pacientes atendidos, de acordo com a classificação de risco da AHA:

- Sem risco
- Baixo risco
- Moderado risco
- Alto risco

Versão Original: Estado atual dos Programas de Reabilitação Cardíaca em Minas Gerais

Parte 3 - Manejo e avaliação dos fatores de risco

* 32. Seu centro tem atendimento ambulatorial especificamente desenhado para prevenção cardiovascular?

- Sim
- Não

33. Se sim, por favor, especifique:

- Prevenção Primária
- Prevenção secundária
- Ambas

* 34. Seu programa de reabilitação cardiovascular:

	Sim	Não	As vezes
Realiza a medida do Colesterol Total dos pacientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dosa as frações do Colesterol (HDL-C, LDL-C) e Triglicérides?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determina Glicemia dos pacientes não diabéticos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determina a Homocisteína (marcador de risco cardiovascular dos pacientes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determina o Cálcio coronário (marcador de risco cardiovascular dos pacientes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determina a Lipoproteína (a) (marcador de risco cardiovascular dos pacientes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determina a ApoA1 (marcador de risco cardiovascular dos pacientes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determina a ApoB (marcador de risco cardiovascular dos pacientes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determina a PCR us (marcador de risco cardiovascular dos pacientes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 35. Utiliza alguma das seguintes diretrizes de manejo do Colesterol elevado? (selecione somente uma)

- ATP III
- Européia
- Nacional
- Outro

Outro (especifique)

* 36. Determina composição corporal ou gordura corporal nos pacientes do programa de reabilitação cardiovascular?

- Sim
- Não
- As vezes

37. Em caso afirmativo para a questão anterior, que método utiliza?

- Pregas
- Impedância
- Outro

Outro (especifique)

* 38. Faz diagnóstico atualmente de síndrome metabólica nos pacientes do Programa de Reabilitação Cardiovascular?

- Sim
- Não
- As vezes

39. Se a resposta é afirmativa, baseiam-se em qual diretriz?

- ATP III
- OMS
- IDF
- Outro

Outro (especifique)

* 40. Existe uma Clínica de consulta para cessação do Tabagismo?

- Sim
- Não

41. Se a resposta é sim, quem é o responsável?

- Médico
- Psicólogo
- Enfermeiro
- Técnico
- Outro

Outro (especifique)

* 42. Tem programas comunitários (do tipo academia da cidade) para Prevenção Cardiovascular?

- Sim
- Não

Se sim, especifique:

* 43. Parte 4 - Quem paga o Serviço de Reabilitação Cardiovascular?

- Hospital
- SUS
- Paciente
- Seguro Social
- Seguro Privado (planos de saúde)
- Misto
- Outro

Outro (especifique)

* 44. Parte 5 - Recursos Humanos/Pessoal que conta o Serviço de Reabilitação Cardiovascular

- 1. Cardiologista
- 2. Fisiatra
- 3. Médico do esporte
- 4. Clínico general
- 5. Fisioterapeuta
- 6. Enfermeiras treinadas em Reabilitação
- 7. Psiquiatra
- 8. Psicólogo
- 9. Assistente social
- 10. Nutricionista
- 11. Outro

Outro (especifique)

* 45. Dos marcados na questão anterior, especifique quem se encontra presente durante as sessões?

* 46. Os profissionais do serviço de Reabilitação Cardiovascular têm treinamento em reanimação cardiopulmonar?

- Sim, todos
- Sim, alguns
- Não

Especifique qual?

* 47. Parte 6 - Qual é a PRINCIPAL barreira detectada para que não haja mais pacientes frequentando o programa de reabilitação cardiovascular? (Escolha uma)

- Falta de referência a RCV
- Distância do centro de RCV
- Falta de equipamento
- Falta de recursos econômicos
- Falta de recursos humanos
- Problemas músculo-esqueléticos
- Falta de espaço no centro de reabilitação
- Outro

Outro (especifique)

* 48. Parte 7 - Recursos materiais e equipamentos:
Seu centro de Reabilitação Cardiovascular:

	Sim	Não
Dispõe de uma base de dados de seus pacientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem mecanismos de seguimento dos pacientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realiza pesquisas científicas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qual a base de dados utilizada (manual ou eletrônica)?

Versão Original: Estado atual dos Programas de Reabilitação Cardíaca em Minas Gerais

Parte 8-Atividades/serviços prestados pelo hospital/centro médico

* 49. Tem serviço de cardiologia?

Sim

Não

* 50. Seu centro realiza?

	Resposta	Número de casos/ano
Tratamento do Infarto agudo do miocárdio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cirurgia cardiovascular	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cateterismo diagnóstico (CAT)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Angioplastia coronária percutânea (ATC)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* 51. Além disso, seu centro realiza?

	Sim	Não
Exame eletrofisiológico invasivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exame ecocardiográfico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ressonância magnética cardíaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomografia computadorizada para escore de cálcio coronário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 52. Você conhece a existência de outros centros que realizam reabilitação cardiovascular em seu estado além do seu?

Sim

Não

53. Se a resposta é sim, por favor, preencha:

1- Nome do Centro
(Hospital ou clínica):

Diretor:

Telefone:

E-mail:

Cidade:

Endereço:

2- Nome do Centro
(Hospital ou clínica):

Diretor:

Telefone:

E-mail:

Cidade:

Endereço

Obrigado pela colaboração!

PROJETO DE PESQUISA: **Identificação de facilitadores e barreiras para prevenção e reabilitação cardíaca no estado de Minas Gerais, Brasil**

Pesquisador responsável: Raquel Rodrigues Britto

r3britto@gmail.com, (31) 9970-4527

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 independentemente se você já participou ou não de um programa de reabilitação cardíaca.

Eu não participo de um programa de reabilitação cardíaca, ou se participo, eu faltei algumas sessões porque:

	Discordo Plenamente	Discordo	Estou indeciso	Concordo	Concordo Plenamente
1. Por causa da distância (por exemplo, o programa fica muito longe para o seu deslocamento);	<input type="checkbox"/>				
2. Por causa do custo (por exemplo, de combustível, estacionamento, estacionamento, passagens de ônibus);	<input type="checkbox"/>				
3. Por causa de problemas com transporte (por exemplo, não dirijo e não tenho quem me leve, transporte público inacessível ou ineficiente);	<input type="checkbox"/>				
4. Por causa de responsabilidades familiares (por exemplo, cuidar de netos, filhos, marido, tarefas domésticas);	<input type="checkbox"/>				
5. Porque eu não sabia sobre a reabilitação cardíaca (por exemplo, o médico não me falou sobre isso);	<input type="checkbox"/>				
6. Porque eu não preciso de reabilitação cardíaca (por exemplo, sinto-me bem, meu problema cardíaco está tratado, não é grave);	<input type="checkbox"/>				
7. Porque eu me exercito em casa ou na minha comunidade;	<input type="checkbox"/>				
8. Por causa do mau tempo;	<input type="checkbox"/>				
9. Porque eu acho exercício cansativo ou doloroso;	<input type="checkbox"/>				
10. Por motivo de viagem (por exemplo, férias, trabalho);	<input type="checkbox"/>				
11. Por que eu tenho pouco tempo (por exemplo, muito ocupado, horários de reabilitação inconvenientes);	<input type="checkbox"/>				
12. Por causa das responsabilidades do trabalho;	<input type="checkbox"/>				
13. Porque eu não tenho energia;	<input type="checkbox"/>				
14. Outros problemas de saúde me impedem de frequentar (especificar: _____);	<input type="checkbox"/>				
15. Porque eu sou muito velho;	<input type="checkbox"/>				

16. Porque o meu médico não achou que fosse necessário;
17. Porque muitas pessoas com problemas cardíacos não frequentam reabilitação cardíaca, e eles estão bem;
18. Porque eu posso controlar o meu problema de coração;
19. Por que eu acho que fui encaminhado, mas o programa de reabilitação não entrou em contato comigo;
20. Porque demorou muito para que eu fosse encaminhado e iniciar o programa;
21. Porque eu prefiro cuidar da minha saúde sozinho, não em um grupo;
22. Outro(s) motivo(s) para não frequentar um programa de reabilitação cardíaca:
-

APÊNDICES

PROJETO DE PESQUISA

Identificação de facilitadores e barreiras para prevenção e reabilitação cardíaca no estado de Minas Gerais, Brasil

PROJETO DE PESQUISA MULTICÊNTRICO:

Universidade Federal de Minas Gerais (Coordenação)

Universidade Federal de Juiz de Fora

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri

RESUMO

As doenças cardíacas são responsáveis por um grande número de mortes no Brasil e no mundo. Parte destas mortes poderia ser evitada por meio de programas de prevenção primária e secundária. Apesar da pouca disponibilização e utilização, especialmente na rede pública, os programas de Reabilitação Cardíaca (RC) apresentam resultados positivos e comprovados cientificamente no controle de fatores de risco e da doença cardíaca. Estudos internacionais apontam diversos facilitadores e barreiras envolvidos nesse processo, porém há escassez desse tipo de estudo no Brasil. O Estado de Minas Gerais (MG) tem características peculiares que inclui o grande espaço geográfico e a diversidade de serviços de saúde multiprofissionais em cidades de grande, médio e pequeno porte. Não foram identificados dados sobre a quantidade e qualidade dos serviços de RC disponíveis aos usuários do SUS-MG, nem tampouco sobre a satisfação do usuário. Esta proposta tem como objetivo principal realizar diagnóstico quantitativo e qualitativo dos serviços de RC utilizados por usuários do SUS em MG a partir de informações dos administradores, profissionais coordenadores e usuários de serviços de cardiologia. Adicionalmente, incluir a identificação e avaliação de facilitadores e barreiras para implementação e participação em programas de RC e articulação entre os serviços de saúde. A partir dessas informações será elaborada e apresentada proposta para otimizar a articulação entre os serviços de saúde e ampliar a disponibilidade desses programas de preferência na atenção primária, contribuindo para consolidação da linha de prevenção e cuidado das doenças cardíacas em MG e na redução da % de internações sensíveis a atenção primária. **Metodologia:** O estudo será desenvolvido com a participação/coordenação de docentes de universidades federais de 4 regiões de MG, organizadas segundo o mapa do PDR/SUS/MG-2011. Em cada região será realizado o levantamento dos serviços de atendimento a cardiopatas, incluindo hospitais, ambulatórios, clínicas especializadas e serviços de RC. Os serviços serão caracterizados em relação à sua natureza público/privada; existência

ou não de programas de RC; equipe e tipo de programa; demanda/oferta e custo por paciente. Os administradores e coordenadores de serviços identificados serão convidados a responder questionário sobre o conhecimento e percepção sobre a importância da RC na prevenção e controle das doenças cardíacas. Além disso, os usuários que estiverem participando de programas de RC públicos e usuários que fazem somente acompanhamento ambulatorial, responderão a questionário específico para levantamento de barreiras encontradas para sua participação. Os dados coletados alimentarão um banco de dados único, porém codificado por região e participante. Análise descritiva será realizada e comparações relacionadas ao tipo de instituição, função administrativa, população e região serão consideradas utilizando t-tests ou similares se distribuição não-normal. A partir dessas análises e por meio de reuniões com os profissionais do serviço, será formulada proposta de implantação sistematizada dos programas de RC em MG, especialmente na atenção primária.

1 APRESENTAÇÃO

Este projeto é apresentado a fim de considerar: a priorização na agenda da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) do controle dos fatores de risco para doenças cardiovasculares; a possibilidade de prevenção da maioria dos comprometimentos relacionados às doenças coronarianas por meio de programas multiprofissionais de Reabilitação Cardíaca (RC) e controle dos fatores de risco; a escassez de serviços de RC identificada em recentes estudos na América Latina (< 14% da população com demanda) e o aumento da prevalência de fatores de risco como sobrepeso e obesidade na população brasileira, incluindo a população de Minas Gerais (MG).

Nesse sentido, o projeto tem como objetivo principal realizar diagnóstico quantitativo e qualitativo dos serviços de RC disponíveis no SUS em MG, incluindo a identificação e avaliação de facilitadores e barreiras para implementação e participação dos usuários em programas de RC. A intenção final é identificar as facilidades e barreiras encontradas para a oferta de serviços de RC em Minas Gerais (MG) e fazer diagnóstico da articulação entre os serviços de saúde a fim de propor mudanças que possam contribuir para a implementação da linha de prevenção e cuidado das doenças cardiovasculares por meio da RC e a partir da atenção básica de saúde, contribuindo para a redução do índice % de internações sensíveis à atenção primária, segundo o Relatório de Análise Regional da Assistência Regional a Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde de MG (SESMG – 2011).

2 FUNDAMENTAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde incluiu pela primeira vez em sua pauta de prioridades, o controle dos fatores de risco das doenças cardiovasculares (WHO's Prioritized Research Agenda for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases, 2011). Considerando que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e corresponderam a 72% das causas de morte em 2007, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil lançou o *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis* (DCNT) no Brasil 2011-2022 em 2010 (Brasil, 2010). Recentemente, o MS publicou a Portaria no. 252, de 19 de Fevereiro de 2013 (Brasil, 2013) que *Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Este projeto é apresentado em consonância com estas prioridades, podendo-se destacar em relação ao último documento citado, em especial, os seguintes pontos que serão objetos de avaliação por meio desta proposta:

“Art. 2º Para fins do disposto nesta Portaria, consideram-se doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta.

Parágrafo único. As doenças crônicas, em geral, apresentam múltiplas causas e o tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que usualmente não leva à cura.

Art. 3º A finalidade da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é realizar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.....

.....

Art. 4º Constituem-se princípios e diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:

I

V - articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

.....

VII - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

Art. 5º A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas tem por objetivo geral fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

Art. 6º A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas tem por objetivos específicos:

I - ampliar o acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde;

II - promover o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde dos usuários com doenças crônicas, por meio do desenvolvimento de ações coordenadas pela atenção básica, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

III - proporcionar acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno, garantindo a integralidade do cuidado, conforme necessidade de saúde do usuário;

IV - promover hábitos de vida saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, como ações de prevenção às doenças crônicas;

V - ampliar as ações para enfrentamento aos fatores de risco às doenças crônicas, tais como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool;

VI - atuar no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre sua doença e ampliar a sua capacidade de autocuidado e sua autonomia; e

VII - impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas.

Art. 7º A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é estruturada pelos seguintes componentes:

I - Atenção Básica: centro de comunicação da Rede, com papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado;

.....

Art. 10. A implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas se dará por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando os agravos de maior magnitude.....”.

A Reabilitação Cardíaca (RC), reconhecida como recurso essencial na abordagem preventiva e terapêutica do paciente cardíaco, é um conjunto de medidas que tem como objetivo o controle dos fatores de risco para as doenças coronarianas (Balady GJ, 2007; Graham I, 2007). Embora a participação em programa de atividades físicas seja a base da RC, ela contempla o controle de fatores psicológicos envolvidos com a negação da condição de saúde e com a adesão em tratamentos, a educação para saúde com foco nos fatores de risco que levam a doença (incluindo o tabagismo) e suas possíveis complicações. A participação da família é incentivada em todo o processo, considerando o caráter hereditário destas doenças e a importância de aquisição de hábitos de vida saudáveis pelo núcleo familiar. Um dos objetivos dos programas de RC é desenvolver nos indivíduos a capacidade de autocuidado e auto eficácia, por meio de programas educativos, o que reduz o caráter paternalista da atenção a saúde. Estudo brasileiro de Rabelo et al. (2007), identificou efeitos amplos da RC, incluindo o impacto econômico.

Vários consensos, diretrizes, revisões sistemáticas e ensaios clínicos mostram os efeitos positivos desta abordagem (Balady GJ, 2007; Graham I, 2007). Os benefícios da RC nos países desenvolvidos, onde a maioria dos estudos foi realizado, incluem 25% de redução de mortalidade, menores taxas de internação, melhor capacidade funcional. Apesar desses benefícios, os programas de RC são subutilizados principalmente nos países em desenvolvimento (14% na América Latina, por exemplo). Estudo recente identificou que na América Latina (incluindo o Brasil) menos de 60% dos hospitais que possuem facilidades para atendimento a emergências cardiovasculares (como Serviços de Hemodinâmica) possuem Serviço de RC ou fluxo definido de encaminhamento para outros Serviços. Esse estudo indica que existem mais de 3,9 milhões de brasileiros que poderiam ser beneficiados com os

programas de RC (Cortes-Bergoderi et al, 2013). Não existem dados específicos em relação ao estado de MG, o que esperamos gerar a partir desse estudo.

No mundo inteiro vários estudos estão em andamento para identificar as barreiras relacionadas com a implantação e disponibilização de serviços de Reabilitação Cardíaca e com as dificuldades encontradas pelos pacientes para encaminhamento, participação e adesão aos programas (Bunker SJ, 2003; Davies P, 2013). Embora o contexto seja diferente, em todos os países os principais problemas identificados são a disponibilidade de serviços de RC e quando disponíveis, a falta de encaminhamento ou determinação adequada de fluxo pelos profissionais de saúde (Cortes-Bergoderi et al, 2013). Recentemente, foi publicado um estudo que comparou as barreiras para a RC identificadas em uma região do Canadá (Ontario) com uma região do Brasil (Florianópolis). Em relação ao Brasil o estudo chama a atenção para a natureza das barreiras em relação a participação, adesão aos programas de CR, principalmente relacionadas com o sistema de saúde. No caso do Canadá as maiores barreiras possuíam caráter pessoal (relacionados ao paciente) (de Melo Ghisi, 2013).

Dessa forma, a presente proposta tem como objetivos principais:

- 1) realizar diagnóstico sobre o conhecimento e percepção de administradores de hospitais e serviços de cardiologia públicos e privados em relação a Reabilitação Cardíaca;
- 2) caracterizar os serviços de RC disponíveis no SUS e na rede privada em MG; e
- 3) identificar, a partir da visão do usuário, as barreiras encontradas para participação e adesão nesse tipo de programa;
- 4) com base nas informações levantadas propor modelo de atenção que viabilize o aumento da oferta e participação dos usuários em programas dessa natureza.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional e transversal já aprovado nos diferentes departamentos e Pró-reitorias de Pesquisa das diferentes universidades envolvidas e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (registrado na Plataforma Brasil). Esse estudo é baseado em estudo Canadense realizado em Toronto, que a coordenadora do projeto teve oportunidade de acompanhar durante todo o ano 2013 com bolsa da CAPES.

As regiões de Minas Gerais (Figura 1A) serão agrupadas de acordo com o Mapa das Macro Regioes de Saúde da SES-MG – PDR-MG/2011 a fim de determinar área de responsabilidade de cada coordenador-docente, da seguinte forma:

- 1) Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG): Centro, Oeste, Leste e Leste do Sul

- Profa Dra Danielle Aparecida Gomes Pereira
- 2) Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF): Centro-sul, Sul e Sudeste
Profa Dra Lilian Pinto da Silva
 - 3) Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM): Noroeste, Triangulo do Norte e Triangulo do Sul
Profa Dra Luciana Duarte Novais Silva
 - 4) Universidade Federal Vale do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM): Norte, Jequitinhonha, Nordeste
Profa Dra Marcia Maria Oliveira Lima

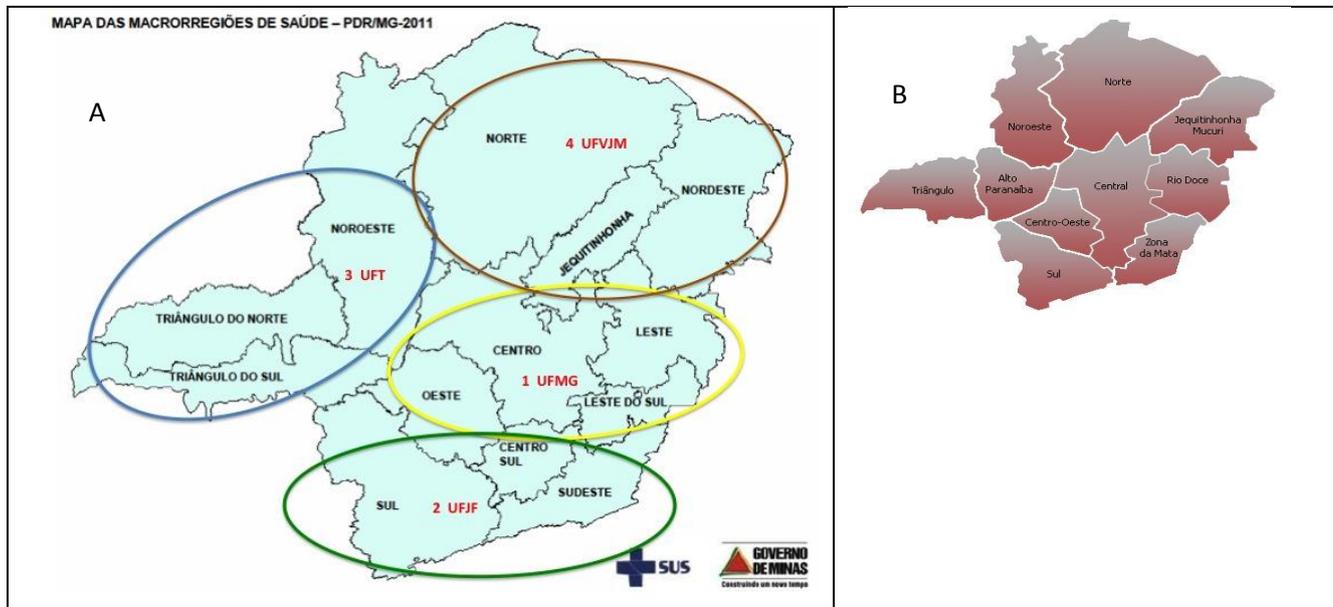


Figura 1 – A) Definição de áreas de coordenação por UF conforme Macrorregiões de saúde (Adaptado de PDR/MG-2011).; B) Regiões geográficas do Estado Minas Gerais

Em cada região, os coordenadores farão o levantamento dos serviços públicos e privados de cardiologia, incluindo hospitais, ambulatórios e serviços de RC, e nas cidades menores, Centros de Saúde que atendem demanda de Cardiologia. Os administradores e profissionais envolvidos diretamente no atendimento desses pacientes serão contatados por telefone ou email e convidados a participar do estudo. Em caso afirmativo (participação voluntária), receberão o termo de consentimento para assinatura. Nos serviços de RC será aplicado o questionário pré-estruturado (Anexo I) para identificação das características dos serviços ofertados. Nos demais serviços, será aplicado o questionário pré-estruturado baseado (traduzido e adaptado para a realidade brasileira) no Anexo II. Esse questionário foi utilizado em estudo anterior desenvolvido no Canadá ([J Cardiopulm Rehabil Prev;2012;32:135-40; BMC Health Serv Res;2013;12:120-8]). Os dois questionários contém alternativas do tipo múltipla escolha em formato sim/não ou como escala de Likert (1 a 5), assim como algumas questões abertas. Os documentos serão prioritariamente respondidos por internet (sistema Survey Monkey®), mas se necessário por impresso. Será criado um banco de dados único, por meio de códigos para evitar a identificação do informante, com acesso por todos os pesquisadores envolvidos, porém gerenciado pelo pesquisador principal.

Os usuários de programas de RC, bem como aqueles não inseridos na RC mas que realizam tratamento ambulatorial (pós-alta), de serviços públicos serão identificados e convidados a participar do estudo, e em caso afirmativo e depois de assinatura do termo de consentimento, responderão ao questionário de levantamento de barreiras encontradas para participação e adesão aos programas. Esse questionário (Anexo III) foi traduzido e validado para o português do Brasil por uma das colaboradoras do presente estudo (Ghisi et al, 2012). Para os usuários o questionário será aplicado em formato impresso.

Será realizado um estudo piloto na cidade de Belo Horizonte, posteriormente expandido para a região da Grande BH e então para as demais cidades-sede e suas regiões.

A fim de padronizar as coletas e registros dos dados, será criado um guia semi-estruturado do tipo passo-a-passo (Manual de coletas) a ser seguido por todas as regiões. Reuniões periódicas via Skype e no mínimo duas reuniões presenciais por ano entre os coordenadores, estão previstas para avaliações parciais dos resultados e apresentação aos setores interessados.

Os dados serão organizados e analisados estatisticamente e apresentados em Workshops aos administradores e profissionais dos serviços do estado de MG, para em conjunto, e com base nos dados identificados, formularem proposta de organização da oferta e fluxo de encaminhamentos de pacientes na rede SUS-MG, para serviços de RC, preferencialmente a partir da atenção básica a saúde.

Análise estatística

Serão conduzidas utilizando o software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. Análise descritiva de todas as variáveis, seguida por análises quantitativas serão realizadas de acordo com o comportamento das variáveis e distribuição dos dados. Valores de $p < 0.05$ serão considerados como significativos.

4 CRONOGRAMA

Periodo	Atividade
Outubro a dezembro/2013	Desenvolvimento do projeto, submissão aos departamentos e reitorias. Seleção de um aluno de doutorado e um de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da UFMG (ETAPA CONCLUÍDA)
março a maio/2014	Tradução e adaptação dos instrumentos de pesquisa. Contato inicial com secretarias municipais e estaduais de Saúde-MG para apresentação do projeto e solicitação de termos de consentimento.

	Preparação Manual de Coletas, planilhas de registro de dados, seleção de alunos de iniciação científica, definição da equipe em cada universidade.
Julho/2014 a dezembro/2014	<p>Estudo piloto em Belo Horizonte: levantamento dos hospitais e serviços públicos de cardiologia e de Reabilitação Cardíaca.</p> <p>Preparação dos questionários no sistema SurveyMonkey.</p> <p>Submissão ao COEP via Plataforma Brasil</p> <p>Início de coleta de dados em Belo Horizonte, assim que aprovado por COEP.</p>
Janeiro/ 2015 a julho /2015	<p>Levantamento, nas demais cidades, das regiões dos hospitais e serviços públicos de cardiologia e de Reabilitação Cardíaca.</p> <p>Finalização da coleta de dados nas cidades sede.</p> <p>Início de coleta nas demais cidades.</p> <p>Reunião de coordenadores das diferentes regiões para organização e discussão de dados. Análise estatística.</p>
Agosto/2015 a Jan/2016	<p>Participação de parceiros da York University – Canadá. Definição de veículos de divulgação e elaboração de propostas para a rede pública. Organização dos dados para publicação e apresentação da proposta a Secretaria Estadual de Saúde de MG.</p> <p>Elaboração de proposta de Reabilitação Cardíaca na rede pública e de projeto de pesquisa para avaliar os efeitos no controle de fatores de risco, nas taxas de internação e consultas médicas e na mortalidade em uma determinada região do estado de MG.</p>

* dependendo do fluxo de coletas o cronograma poderá ser alterado

5 RESULTADOS ESPERADOS – POSSÍVEIS LIMITAÇÕES

O principal resultado esperado é contribuir para a disponibilização de programas de prevenção e reabilitação das doenças cardíacas em Minas Gerais e ampliar a participação dos usuários nesses programas. O levantamento dos dados permitirão caracterizar a oferta de programas de prevenção e reabilitação em Minas Gerais, identificar as facilidades e dificuldades para oferta e encaminhamento de pacientes para esses programas e formular proposta de ampliação e otimização dos serviços de RC no estado. Esperamos também aproximar os serviços de atendimento dos diferentes municípios incentivando a definição de linha de prevenção e cuidado a partir da atenção básica.

Em termos de pesquisa, esperamos que o projeto, pioneiro em termos de abrangência do estado, contribua para a caracterização dos programas de RC no Brasil e acrescente informação aos estudos internacionais, carentes de resultados latino-americanos, especialmente Brasileiros. Existe a intenção e articulação (já em andamento) com o Coordenador do Departamento de Reabilitação da Sociedade Brasileira de Cardiologia para

ampliar esse estudo para outros estados a partir da experiência pioneira de Minas Gerais. Esperamos contribuir, assim para a caracterização dos serviços de RC no Brasil.

Em termos acadêmicos, envolver residentes das Residências Multiprofissionais em Saúde das diferentes universidades, assim como alunos de programas de graduação e pós-graduação, culminando com produção de trabalhos acadêmicos, apresentações em eventos científicos e publicações nacionais e internacionais.

As limitações inerentes a este tipo de estudo envolvem especialmente a não adesão de profissionais à proposta ou mesmo dificuldades de acesso a informações que fogem ao controle dos pesquisadores, o que provavelmente não possibilitará a cobertura de 100% dos serviços e usuários. Entretanto, todo esforço será feito para controlar estas limitações e quando presentes serão consideradas na avaliação final.

6 EQUIPE

A equipe, a princípio, é formada por professores e estudantes das universidades citadas anteriormente e da York University, Toronto. Contaremos com a participação das pesquisadoras Dra. Sherry Grace (www.yorku.ca/sgrace/), pesquisadora com experiência e produção neste tipo de estudo, além de ser membro da Comissão de Prevenção de Doenças Coronarianas da Organização Mundial em Saúde) e Gabriela Melo Ghisi (fisioterapeuta, brasileira, atua em Toronto como pesquisadora e também possui autoria de diversos trabalhos na área).

A Coordenação do projeto será da Profa. Dra. Raquel Rodrigues Britto, da Universidade Federal de Minas Gerais e os Coordenadores das regiões serão: Profa. Dra. Marcia Maria Oliveira Lima da Universidade Federal Vale do Jequitinhonha e Mucuri, Profa. Dra. Luciana Duarte Novais Silva da Universidade Federal de Uberaba, Profa. Dra. Danielle Aparecida Gomes Pereira da Universidade Federal de Minas Gerais e Profa. Dra. Lilian Pinto da Silva da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Vale ressaltar que todos os coordenadores tem experiência na área, pois atuam no ensino teórico e principalmente prático, desenvolvido em serviços públicos de prevenção e reabilitação em cardiologia em MG. Todos participam como tutores de residentes em programas de cardiologia.

Considerando a grande abrangência do projeto, outros colaboradores serão convidados a participar. Já temos a confirmação de colaboração do Dr. Marconi Gomes da Silva que atualmente é o Diretor Científico da Sociedade Mineira de Medicina do Exercício (SMEXE), Cardiologista e ecocardiografista do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) e coordenador do Programa de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica do HC-UFMG.

O projeto será apresentado a Secretaria Estadual de Saúde-MG, pois pode haver interesse de envolver outros profissionais que já trabalham com o tema no âmbito da SES-MG, o que sem dúvida contribuirá para execução do projeto.

7 INFRA-ESTRUTURA DISPONÍVEL e ORÇAMENTO

O projeto demandará:

a) Recursos Humanos

Os docentes participantes possuem regime de Dedicção Exclusiva e contarão com a participação de alunos de graduação e pós-graduação nas coletas, além de residentes. As universidades assumiram o compromisso de disponibilizar horas do trabalho dos docentes e infraestrutura para coordenação da pesquisa.

Está planejado o envolvimento de ao menos 1 aluno bolsista em cada região. Como na UFMG a Profa. Raquel Britto já tem 1 bolsista envolvido no projeto, solicitaremos bolsa para mais 3 bolsistas de IC, um para cada universidade parceira. Como nessas universidades ainda não há programa de pos-graduação *latu-sensu*, a colaboração de bolsistas de IC será essencial.

b) Capital

Os recursos de informática e telefonia locais serão disponibilizados pelas instituições (computadores desktop, rede internet, impressoras). Será necessário a aquisição de um notebook por região para uso exclusivo na pesquisa em diferentes municípios.

c) Custeio

Parte dos suprimentos de papelaria será fornecida pelas instituições como contrapartida, assim como cópias xerográficas dos questionários, que é uma quantidade considerável devido ao volume de questionários e sujeitos. Será necessário adquirir:

- HD externo para backup dos notebooks de cada região
- Aquisição da assinatura do Sistema Survey Monkey® de coleta eletrônica de dados
- Impressão gráfica das apostilas – *handbook* – Manual de pesquisa para cada região
- Pastas para arquivo dos termos de consentimento e questionários para cada região
- Pastas para organização dos protocolos (binder) para cada região: documentos de pesquisa como autorização comitê de ética e demais documentações.
- Outros materiais de papelaria como: pranchetas, agendas, etc.

d) Passagens e diárias

Será feito todo esforço para identificação de parceiros nos municípios que possam contribuir na coleta de dados, como profissionais dos serviços ou do próprio município. Entretanto, existe a expectativa de necessidade de deslocamento dos pesquisadores para apresentação da proposta de forma presencial, ao menos em algumas cidades, além de deslocamento para coleta de dados com usuários, onde houver os serviços de prevenção e reabilitação estruturado. Dentro das regiões parte desse deslocamento será viabilizado por transporte público rodoviário.

As reuniões entre os pesquisadores das diferentes reuniões estão programadas para acontecerem por vídeo ou teleconferência dentro do possível e em eventos da área. No entanto, há previsão de ao menos uma reunião presencial dos coordenadores por semestre, em uma das universidades (custo de deslocamento mais diárias). Previsão de participação de um dos parceiros do Canadá em reunião anual de avaliação e discussão dos dados (custo de passagem internacional mais diárias).

Fontes de financiamentos e apoio: o projeto está sendo e será submetido a todas as chamadas relacionadas ao tema no CNPq, FAPEMIG e também no Canadá. Até o momento (dezembro de 2013, última atualização), ainda não temos nenhuma confirmação de financiamento.

ORÇAMENTO DETALHADO

Material	Quantidade	Valor (em real)
<i>Serviços de terceiros:</i> material gráfico para montagem das apostilas de orientação dos procedimentos de pesquisa, incluindo todos os documentos que serão utilizados. Número de páginas: 200 Capa: 21,0 x 27,5 cm, 2 x 0 cores, laminação fosca em capa dura; Miolo: 21,0 x 27,5 cm, 1 x 1 cor, em papel 75 g; Detalhe complementar: costurado e colado; Fotos: 20 páginas com fotos e legenda, todas em preto e branco, podendo ter 1 ou 2 fotos por página, mantendo a área de imagem. Boneca para aprovação final	1 serviço (6 apostilas por região, mais 1 para coordenação geral, total = 25)	1.300,00
<i>Serviços de terceiros:</i> impressão dos questionários	indeterminada	Contrapartida das instituições de pesquisa
<i>Consumo importado:</i> Assinatura sistema Survey Monkey de pesquisa -		700,00
<i>Passagens</i>	32 passagens ida-	4480,00

PROJETO DE PESQUISA – BARREIRAS REABILITAÇÃO CARDÍACA MINAS GERAIS

Coordenação: Profa. Dra. Raquel Rodrigues Britto

(para coordenadores da pesquisa (3 coordenadores, pois 1 já estará na cidade da reunião) para participação em duas reuniões de monitoramento do projeto/ano. Total 4 reuniões x 3 x 2 –ida e volta) , mais 5 cidades por região (20x2 – ida e volta). 24 + 40 = 64, ou 32 ida-volta	volta entre regiões de MG Preço médio unitário: 140,00	
<i>Diárias</i> (para participação em reuniões semestrais em Belo Horizonte, para cada coordenador não residente em BH, 3 coord x 4 reun x 2dias)	24 diárias Valor FAPEMIG FAIXA II PARA BH: 273,00	6552,00
<i>Passagem internacional</i> para participação de pesquisador – 1 reunião ao longo do projeto	1 passagens ida-volta Toronto-BH Valor:\$1000.00 dols	2.300,00
<i>Diárias</i> (para participação de pesquisador internacional em reunião anual de avaliação do projeto)	10 diárias Valor FAPEMIG FAIXA II PARA BH: 273,00	2730,00
<i>Diárias</i> (para visitas municípios, ao menos 5 por área, 2 dias cada)	40 diárias Valor FAPEMIG FAIXA II PARA DEMAIS MUNICÍPIOS ESTADO 150,00; ALGUNS 210,00	8400,00
<i>Material Permanente</i> Notebook para armazenamento e banco de dados do projeto	1 por região: total 4	8.000,00
<i>Material de Consumo</i> HD externo 500 GB para backup dos dados	1 por região: total 4 Preço unitário: 190,00	760,00
<i>Material de Consumo</i> Materiais gerais de papelaria para organização documentos e armazenamento termos de compromisso e dados.		1.000,00
TOTAL SEM BOLSAS DE IC		36.252,00
<i>Bolsas de IC</i> (durante 24 meses)	2 bolsas* (ideal seriam 3) Valor: 400,00 mensais	19.200,00
TOTAL GERAL COM BOLSAS DE IC		55.422,00

* Demais contrapartidas das instituições: correio, salários dos pesquisadores, pagamento de tradução de artigos para publicação, espaços e suporte para workshops e reuniões, parte de viagens entre os municípios com veículo da instituição e motorista

8 REFERENCIAS

Balady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V, Comoss P, Foody JM. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2007;115:2675-82.

Brasil. 2010. PORTARIA No 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. *DOU de 31/12/2010, Seção I, Página 89*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. 2013. Portaria 252 do Ministério da Saúde, de 19 de fevereiro de 2013.

Bunker, S.J. and Goble, A.J. 2003. Cardiac rehabilitation: under referral and underutilisation [Editorial]. *Medical Journal of Australia*, 179(7):332–333.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos WS, Meinão I, Quaresma MR. 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; 39(3):143-150.

Cortes-Bergoderi M et al. Availability and characteristics of cardiovascular rehabilitation programs in South America. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2013 Jan-Feb;33(1):33-41.

Davies Philippa, Taylor Fiona, Beswick Andrew, Wise Frances, Moxham Tiffany, Rees Karen, Ebrahim Shah. Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, 2013

de Melo Ghisi GL, Oh P, Benetti M, Grace SL. Barriers to cardiac rehabilitation use in Canada versus Brazil. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2013 May-Jun;33(3):173-9.

Ghisi GL, dos Santos RZ, Schweitzer V, Barros AL, Recchia TL, Oh P, Benetti M, **Grace SL**. Development and validation of the Brazilian Portuguese version of the Cardiac Rehabilitation Barriers Scale. *Arq Bras Cardiol*. 2012 Apr;98(4):344-51.

Ghisi GL, Durieux A, Manfroi WC, Herdy AH, Carvalho Td, Andrade A, Benetti M. [Construction and validation of the CADE-Q for patient education in cardiac rehabilitation programs]. *Arq Bras Cardiol*. 2010 Jun;94(6):813-22. Epub 2010 May 7.

Goble, A.J. and Worcester, M.U.C. 1999. *Best practice guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention*. Melbourne: Heart Research Centre, on behalf of the Department of Human Services Victoria. Available from: <http://www.health.vic.gov.au/nhpa/downloads/bestpracticecardiacrehab.pdf> (accessed May 2010).

Godin G, Shephard RJ. A simple method to assess exercise behavior in the community. *Can J Appl Sport Sci*. 1985 Sep;10(3):141-6.

Grace SL, Scarcello S, Newton J, O'Neill B, Kingsbury K, Rivera T, Chessex C. [How do hospital administrators perceive cardiac rehabilitation in a publicly-funded health care system?](#) BMC Health Serv Res. 2013 Mar 28;13:120.

Grace SL, Warburton DR, Stone JA, Sanderson BK, Oldridge N, Jones J, Wong N, Buckley JP. International Charter on Cardiovascular Prevention and Rehabilitation: A CALL FOR ACTION. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2013 Mar;33(2):128-131.

Grace SL, Scarcello S, Newton J, O'Neill B, Kingsbury K, Rivera T, Chessex C. How do hospital administrators perceive cardiac rehabilitation in a publicly-funded health care system? BMC Health Serv Res. 2013 Mar 28;13:120.

Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2007;14:S1-113.

Hickey ML, Owen SV, Froman RD. Instrument development: cardiac diet and exercise self-efficacy. Nurs Res. 1992 Nov-Dec;41(6):347-51.

[Jolly K](#), [Taylor RS](#), [Lip GY](#), [Singh S](#); [BRUM Steering Committee](#). Reproducibility and safety of the incremental shuttle walking test for cardiac rehabilitation. Int J Cardiol. 2008 Mar 28;125(1):144-5. Epub 2007 Apr 3.

[Marcolino MS](#), [Brant LC](#), [de Araujo JG](#), [Nascimento BR](#), [Castro LR](#), [Martins P](#), [Lodi-Junqueira L](#), [Ribeiro AL](#). Implementation of the myocardial infarction system of care in city of Belo Horizonte, Brazil. [Arq Bras Cardiol](#). 2013 Apr;100(4):307-14. Epub 2013 Apr 2.

Mendes, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

[Mezzani A](#) et al. Aerobic exercise intensity assessment and prescription in cardiac rehabilitation. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2012 Nov-Dec;32(6):327-50.

[Oliveira-Campos M](#), [Rodrigues-Neto JF](#), [Silveira ME](#), [Neves DM](#), [Vilhena JM](#), [Oliveira JF](#), [Magalhães JC](#), [Drumond D](#). The impact of risk factors of non-communicable chronic diseases on quality of life. [Cien Saude Colet](#). 2013 Mar;18(3):873-82.

[Rebello FP](#), [Garcia Ados S](#), [Andrade DF](#), [Werner CR](#), [Carvalho Td](#). Clinical and economic outcome of a cardiopulmonary and metabolic rehabilitation program. [Arq Bras Cardiol](#). 2007 Mar;88(3):321-8.

Shanmugasegaram S, Perez-Terzic C, Jiang X, Grace SL. Cardiac Rehabilitation Services in Low- and Middle-Income Countries: A Scoping Review. J Cardiovasc Nurs. 2013 Jul 8. [Epub ahead of print]

Singh SJ, Morgan MD, Scott S, Walters D, Hardman AE. Development of a shuttle walking test of disability in patients with chronic airways obstruction. Thorax. 1992 Dec;47(12):1019-24.

Stone JA, Arthur HM. Canadian guidelines for cardiac rehabilitation and cardiovascular disease prevention, second edition, 2004: executive summary. Canadian Journal of Cardiology 2005;21:3D-19D.

WHO - The World Health Organization' s (WHO) Prioritized Research Agenda for prevention and control of noncommunicable diseases (NCD)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Identificação de facilitadores e barreiras para prevenção e reabilitação cardíaca no estado de Minas Gerais, Brasil - PrevencardioMG

Pesquisador: Raquel Rodrigues Britto

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 37156614.8.1001.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.030.424

Data da Relatoria: 17/04/2015

Apresentação do Projeto:

Estudo observacional e transversal já aprovado nos Departamentos e Pró-Reitorias de Pesquisa das Universidades envolvidas. As regiões geográficas de Minas Gerais (Figura 1) serão agrupadas a fim de determinar área geográfica de responsabilidade de cada coordenador-docente, totalizando 4 áreas de responsabilidade. As regiões geográficas estão organizada da seguinte forma: 1) Rio Doce, Central e Centro Oeste Profa Dra Danielle Aparecida Gomes Pereira da Universidade Federal de Minas Gerais 2) Sul e Zona da Mata Profa Dra Lilian Pinto da Silva da Universidade Federal de Juiz de Fora 3) Alto Paranaíba e Triângulo Profa Dra Luciana Duarte Novais Silva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro 4) Norte, Jequitinhonha-Mucuri e Noroeste Profa Dra Marcia Maria Oliveira Lima da Universidade Federal Vale do Jequitinhonha e Mucuri O projeto piloto será realizado nas cidades/Sede, iniciando por Belo Horizonte. Participantes do estudo 1) PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE Em cada região, os coordenadores farão o levantamento dos serviços públicos de cardiologia, incluindo hospitais, ambulatórios e serviços de RC, e nas cidades menores, Centros de Saúde que atendem demanda de Cardiologia. Os administradores e profissionais envolvidos diretamente no atendimento destes pacientes serão contatados por telefone ou email e convidados a participar do estudo. Em caso afirmativo (participação voluntária), receberão o termo de consentimento para assinatura. Nos serviços de RC será aplicado o

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.030.424

questionário pré-estruturado (Anexo I) para identificação das características dos serviços ofertados. Nos demais serviços, será aplicado o questionário pré-estruturado baseado (traduzido e adaptado para a realidade brasileira) no Anexo II. Esse questionário foi utilizado em estudo anterior desenvolvido no Canadá ([J Cardiopulm Rehabil Prev;2012;32:135-40; BMC Health Serv Res;2013;12:120-8]). Os dois questionários contêm alternativas do tipo múltipla escolha em formato sim/não ou como escala de Likert, assim como algumas questões abertas. Os documentos serão prioritariamente respondidos por internet (sistema Survey Monkey®), mas se necessário por impresso. Será criado um banco de dados único, por meio de códigos para evitar a identificação do informante, com acesso por todos os pesquisadores envolvidos, porém gerenciado pelo pesquisador principal. 2) USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO Os usuários de programas de RC públicos identificados serão convidados a participarem do estudo, e em caso afirmativo e depois de assinatura do termo de consentimento, responderão a questionário de levantamento de barreiras encontradas para participação no programa. Esse questionário (Anexo III) foi traduzido e validado para o português do Brasil por uma das colaboradoras do presente estudo (Ghisi et al, 2012). OBSERVAÇÃO: o tamanho da amostra apresentado abaixo é fictício, pois o número exato irá depender do levantamento realizado e da realidade encontrada. A fim de padronizar as coletas e registros dos dados nos diferentes centros, será criado um guia semiestruturado do tipo passo-a-passo a ser seguido por todas as regiões.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar e caracterizar os serviços de RC ofertados em Minas Gerais;

Objetivo Secundário:

- 1) caracterizar o conhecimento e percepção dos administradores e profissionais coordenadores de serviços de atendimento de cardiologia em MG;
- 2) identificar a partir da visão do usuário, as barreiras encontradas para participação nesse tipo de programa;
- 3) identificar, a partir dos objetivos anteriores, facilidades e barreiras para que os usuários do sistema de saúde de MG participem de programas de RC, com ênfase especial na rede pública de saúde
- 4) com base nas informações levantadas propor modelo de atenção que viabilize o aumento da oferta e participação dos usuários em programas dessa natureza.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.030.424

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Justificativa da emenda: Inclusão da instituição coparticipante HU-CAS/UFJF, Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG, tendo como responsável Dr. Dimas Augusto Carvalho de Araújo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação anterior adequada e solicitação de emenda ao projeto.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação da emenda ao projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação da emenda ao projeto "Identificação de facilitadores e barreiras para prevenção e reabilitação cardíaca no estado de Minas Gerais, Brasil - PrevencardioMG" da Pesquisadora Profa. Dra. Raquel Rodrigues Britto, com a inclusão da instituição coparticipante HU-CAS/UFJF, Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG, tendo como responsável Dr. Dimas Augusto Carvalho de Araújo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovada a emenda ao projeto conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 22 de Abril de 2015

Assinado por:
Telma Campos Medeiros Lorentz
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.030.424

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título do estudo: “Identificação de facilitadores e barreiras para prevenção e reabilitação cardíaca no estado de Minas Gerais, Brasil”

Este estudo tem o objetivo de realizar diagnóstico quantitativo e qualitativo dos serviços de Reabilitação Cardíaca (RC) utilizados por usuários do SUS em MG a partir de informações dos administradores, profissionais coordenadores e usuários de serviços de cardiologia e/ou de reabilitação cardíaca. Adicionalmente, busca identificar e avaliar facilitadores e barreiras para implementação e participação em programas de RC e articulação entre os serviços de saúde. A partir dessas informações pretendemos elaborar e apresentar proposta para otimizar a articulação entre os serviços de saúde e ampliar a disponibilidade desses programas de preferência na atenção primária, contribuindo para consolidação da linha de prevenção e cuidado das doenças cardíacas em MG e na redução da % de internações sensíveis a atenção primária.

Sua participação no estudo é voluntária.

Todos os seus dados são confidenciais, sua identidade não será revelada publicamente em hipótese alguma e somente os pesquisadores envolvidos neste projeto terão acesso a essas informações que poderão ser usadas apenas para fins de pesquisa e de publicações científicas.

Além disso, você pode recusar a participar ou abandonar o estudo a qualquer momento, sem precisar se justificar. Caso você opte por não participar deste projeto de pesquisa, isso não irá comprometer seu cargo ou função na sua Instituição de trabalho. Os pesquisadores também podem decidir sobre a sua saída do estudo por razões científicas, sobre as quais você será devidamente informado.

Os riscos decorrentes de sua participação nesse estudo são mínimos, uma vez que consiste apenas na aplicação de um questionário sobre a sua percepção sobre os serviços de Reabilitação Cardíaca. Nenhuma remuneração está prevista e todas as despesas relacionadas com o estudo são de responsabilidade dos pesquisadores, havendo garantia de reparação caso ocorram danos causados ao senhor(a) durante a execução da pesquisa e reembolso no caso de gastos em decorrência de sua participação na pesquisa, segundo a Resolução 466/12:IV.3.

Segue abaixo o Termo de Consentimento que será assinado por você e pelo pesquisador, ficando cada um com uma via.

1 Em cada região onde o estudo será aplicado os dados acima serão substituídos pelo telefone da coordenadora local

Você dispõe de total liberdade para esclarecer qualquer dúvida que possa surgir durante o decorrer do estudo com as pesquisadoras *Thianne Cavalcante Sérvio*: (31) 7343-5200 (*thaiservio@hotmail.com*) ou *Danielle Gomes* (31) 9103-7415 (*d.fisio@ig.com.br*)¹ ou Raquel Rodrigues Britto: (31) 9970-4527 (*rbrito@ufmg.br*). Você também poderá obter informações sobre os aspectos éticos da pesquisa com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG no telefone (31) 3409-4592 e endereço Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. Andar, sala 2005 – Campus Pampulha, onde esse trabalho foi aprovado.

TERMO DE CONSENTIMENTO

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

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura do voluntário: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Testemunha

Testemunha

Termo registrado nos Comitês de Ética em Pesquisa

Da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II 2º andar/Sala 2005 - Campus Pampulha - Belo Horizonte/MG

Telefone: (31) 3409-4592

Da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000

Telefone: (31) 3277-5309.

1 Em cada região onde o estudo será aplicado os dados acima serão substituídos pelo telefone da coordenadora local