

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PROGRAMA ATENÇÃO CARDIOVASCULAR

JANAYNA RODEMBUCH BORBA QUADROS

**EFEITO DA ORIENTAÇÃO FORMAL DE EXERCÍCIO FÍSICO SOBRE A
QUALIDADE DE VIDA E O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM PACIENTES
COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA**

Porto Alegre

2018

JANAYNA RODEMBUCH BORBA QUADROS

Efeito da orientação formal de exercício físico sobre a qualidade de vida e o nível de atividade física em pacientes com síndrome coronariana aguda

Trabalho de conclusão de Residência apresentado a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como requisito para obtenção de título de especialista em Atenção Cardiovascular.

Orientadora: Fisioterapeuta Mestre Mauren Porto Haeffner

Co-orientadora: Fisioterapeuta Mestre Fernanda Cecília dos Santos

Colaboradora: Cardiologista Dr^a Mariana Vargas Furtado

Colaboradora: Cíntia Cilene Gonçalves Donat

Porto Alegre

2018

Janayna Rodembuch Borba Quadros

CIP - Catalogação na Publicação

Quadros, Janayna Rodembuch Borba
EFEITO DA ORIENTAÇÃO FORMAL DE EXERCÍCIO FÍSICO
SOBRE A QUALIDADE DE VIDA E O NÍVEL DE ATIVIDADE
FÍSICA EM PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA /
Janayna Rodembuch Borba Quadros. -- 2019.
55 f.
Orientadora: Mauren Porto Haeffner.

Coorientadora: Fernanda Cecília dos Santos.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Fisioterapia, Porto Alegre,
BR-RS, 2019.

1. Síndrome Coronariana Aguda. 2. Qualidade de
vida. 3. Exercício físico. I. Haeffner, Mauren Porto,
orient. II. dos Santos, Fernanda Cecília, coorient.
III. Título.

Efeito da orientação formal de exercício físico sobre a qualidade de vida e o nível de atividade física em pacientes com síndrome coronariana aguda

Trabalho de conclusão de Residência apresentado a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como requisito para obtenção de título de especialista em Atenção Cardiovascular.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o trabalho de conclusão de residência, elaborado por Janayna Rodembuch Borba Quadros, como requisito parcial para obtenção de título de especialista em Atenção Cardiovascular.

Porto Alegre, 27 de dezembro de 2018.

Comissão Examinadora:

Profº Drº Luiz Fernando Calage Alvarenga

Enfermeira Simoni Chiarelli da Silva Pokorski

Fisioterapeuta Mauren Porto Haeffner

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Primeira fase da coleta	20
Figura 2. Segunda fase da coleta	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra.....	22
Tabela 2 – Avaliação do IPAQ pré e pós intervenção em ambos os grupos.....	22
Tabela 3 – Avaliação da qualidade de vida pré e pós intervenção em ambos os grupos	23
Tabela 4 – Associação entre os escores de qualidade de vida com o IPAQ pós intervenção na amostra total.....	23

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Apresentação do tema.....	9
1.2 Justificativa	11
1.3 Hipótese	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 Síndrome Coronariana Aguda	11
2.2 Atividade física.....	13
2.3. Qualidade de vida	14
2.4 Manual de orientação.....	15
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo geral	16
3.2 Objetivos específicos	16
4 METODOLOGIA.....	17
4.1 Tipo de estudo.....	17
4.2 Local	17
4.3 Aspectos éticos	17
4.4 População e amostra	17
4.4.1 Critérios de inclusão	17
4.4.2 Critérios de exclusão.....	18
4.5 Variáveis do estudo.....	18
4.6 Desfecho	18
4.6.1 Primário	18
4.6.2 Secundário	18

4.7 Instrumentos e Procedimentos	18
4.8 Métodos estatísticos	20
RESULTADOS	22
DISCUSSÃO	25
CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICE.....	34
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	34
APÊNDICE B - Manual de orientação de exercício físico.....	38
APÊNDICE C – Instrumento para coleta de dados	41
ANEXO A - Termo de Compromisso para Utilização de Dados	44
ANEXO B – Questionário de qualidade de vida: WHOQOL	45
ANEXO C - Questionário internacional de atividade física (IPAQ).....	47
ANEXO D – Carta de Aprovação do Projeto 16-0302.....	56

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do tema

A síndrome coronariana aguda (SCA) ocorre por meio da ruptura de uma placa coronariana instável, ocasionada pela formação de trombo intraluminal, embolização e obstrução coronária em graus variáveis. (PESARO et al., 2010)

Quando ocorre a obstrução total de um vaso, a apresentação clínica é o infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST). Pode ser que ocorra uma obstrução parcial desse vaso, podendo assim, resultar em um infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST) ou angina instável (AI). Após a estabilização clínica de qualquer um desses eventos, sugere-se uma estratificação de risco criteriosa para a definição das estratégias terapêuticas. (PESARO et al., 2010)

No Brasil, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte (DATASUS, 2017), e também apresentam um alto impacto na qualidade de vida da população. A atenção cardiovascular é responsável por gastos substanciais no Sistema Único de Saúde.

Entende-se também que as doenças cardiovasculares são responsáveis pelo aumento da morbidade da população, gerando internações hospitalares por períodos prolongados, e conseqüentemente danos físicos, como a úlcera de pressão, e psicossociais, como delirium e depressão. Atualmente, é sabido que a inatividade pode causar efeitos negativos em órgãos e sistemas, afetando o sistema osteomioarticular, marcadores bioquímicos, além de descondicionamento cardiovascular. (BOECHAT et al, 2012)

O repouso prolongado no leito pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), principalmente na Unidade de Cuidados Coronarianos (UCC) é habitual, no entanto, para HISS et al., 2012, o protocolo de fisioterapia cardiovascular nesta fase inicial é seguro, podendo ser iniciado de 12 a 24 horas após o evento, se houver estabilidade clínica, devendo ser balanceado entre o risco da mobilização precoce e os efeitos deletérios secundários ao repouso no leito.

Além disso, a longo prazo, o exercício pode ajudar a controlar o hábito de fumar, a hipertensão arterial, a dislipidemia, o DM, a obesidade e a depressão. Há evidências

de que o exercício regular, realizado por longos períodos, associado a uma abordagem multidisciplinar, envolvendo intervenções psicológicas, dietéticas e farmacológicas, pode influenciar na prevenção da aterosclerose e na redução de eventos coronários (BALADY et al., 2010).

A reabilitação cardíaca na fase aguda do infarto agudo do miocárdio (IAM) tem por objetivo reduzir os efeitos deletérios do repouso prolongado no leito, controlar as alterações físicas e/ou psicológicas, e reduzir a permanência hospitalar (FRANKLIN et al., 1996).

Atualmente, busca-se cada vez mais incorporar programas multiprofissionais para indivíduos após eventos cardíacos, a fim de facilitar a recuperação e evitar reinternações, promovendo a prevenção secundária de risco cardiovascular, através da mudança de comportamento, adquirindo hábitos saudáveis, contribuindo para um aumento na qualidade de vida desses pacientes.

Nesse sentido, grandes centros hospitalares vem investindo em programas de melhorias para os cuidados de pacientes com cardiopatia, como o Projeto Boas Práticas Clínicas em Cardiologia (BPC) coordenado pelo Hospital do Coração (HCor).

Esse projeto está sendo realizado em diversos hospitais do Brasil, e tem como objetivo principal avaliar, através da análise de indicadores de desempenho e qualidade, o tratamento oferecido aos pacientes, verificando se a prática clínica da equipe multiprofissional está de acordo com as diretrizes vigentes. Após a análise dos indicadores de desempenho e de qualidade, metas são estabelecidas para a implementação de projetos de melhoria dentro dos hospitais. No acompanhamento pós alta hospitalar, os pacientes são estimulados a manter a sua aderência ao tratamento e promover mudanças saudáveis de hábitos de vida.

Assim, este projeto beneficia diretamente os pacientes, entre eles com síndrome coronariana aguda (SCA), pois analisa continuamente os indicadores da prática clínica, promovendo projetos de melhoria, determinando um cuidado ao paciente de qualidade, integrado e contínuo.

Dentre os indicadores de qualidade estão os registros de ações preventivas e educacionais, incluindo o aconselhamento para o tabagismo, recebimento de material educacional, orientações sobre mudança de estilo de vida, de controle de peso, do uso das medicações prescritas e da prática de exercício físico.

A Organização Mundial de Saúde (Ministério da Saúde 2006) define educação em saúde como: “Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que

visa à apropriação temática” [...]. Ou seja um conjunto de práticas que contribui para a autonomia das pessoas no seu cuidado. As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos principais: os profissionais de saúde; os gestores; e a população, visando ampliar os conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente. (FALKENBERG, 2014)

1.2 Justificativa

Considerando a importância da realização de exercícios físico (reabilitação cardíaca) na prevenção secundária da síndrome coronariana aguda, é fundamental avaliar diferentes estratégias que possam facilitar e estimular a adesão do paciente ao exercício físico após o evento agudo. Através deste projeto, esperou-se realizar a orientação e educação do paciente por meio de material educativo, contendo orientações de exercício físico para pacientes internados com SCA, o que pode corroborar para um aumento no nível de atividade física, por conseguinte, uma melhor qualidade de vida para esses pacientes.

1.3 Hipótese

Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda que recebem orientações de exercício físico através de material educativo tem maior nível de atividade física e qualidade de vida.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Síndrome Coronariana Aguda

A síndrome coronariana aguda (SCA) abrange o infarto agudo do miocárdio com Supradesnível do segmento ST (IAMCSST), infarto agudo do miocárdio sem Supradesnível do segmento ST (IAMSST) e angina instável, dependendo do nível de obstrução da artéria coronária acometida (DOS SANTOS et al., 2006).

A SCA é causada por obstrução das artérias coronárias, determinando sintomas clínicos como dor, aperto, peso ou queimação no peito (angina), podendo irradiar para os braços, pescoço, costas, estômago e queixo, que não alivia com repouso. Pode estar acompanhado de enjoo / vômito, tontura, falta de ar, taquicardia, sudoreses, que são sinais compatíveis com isquemia do miocárdio; os quais levam a necessidade urgente de tratamento da obstrução coronariana, através de angioplastia coronariana, cirurgia de

revascularização do miocárdio e otimização do tratamento medicamento (PESARO et al., 2004).

Como principal abordagem no tratamento das doenças cardiovasculares, destaca-se a prevenção primária e/ou secundária dos fatores de risco, podendo ser classificados como fatores modificáveis e não modificáveis. Considera-se então como fatores de risco não modificáveis a idade, história familiar de doença cardiovascular e sexo masculino. Por outro lado, existem outros fatores de risco que podem ser modificados como tabagismo, dislipidemias, hipertensão arterial, sedentarismo, obesidade diabetes mellitus, etilismo e estresse. Sendo esses passíveis de modificação, tratamento ou controle (NOBRE et al., 2013).

Logo, sabe-se que a maneira mais eficaz de reduzir o impacto da SCA, é através do desenvolvimento de ações que promovam a modificação destes fatores de risco (LEMOS et al., 2010). A alta incidência de SCA ocorre devido inatividade física e no fracasso do controle de fatores de risco clássicos, como tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, estresse, e obesidade. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, 85% da população brasileira não pratica nenhuma atividade física. (MAKDISSE et al., 2005)

Em virtude do elevado impacto associado à síndrome coronariana aguda, estimado em R\$3,88 bilhões para o ano de 2011, torna-se relevante a avaliação e potencial incorporação de medidas que evitem tais eventos no contexto do sistema de saúde brasileiro (TEICH et al., 2011)

Com isso, todas as esferas de diferentes níveis de atenção à saúde, vem trabalhando em busca de melhorar e qualificar a prática assistencial, proporcionando um olhar integral aos usuários. Logo, grandes centros hospitalares têm investido cada vez mais em programas que incentivam a adesão às diretrizes, como prática diária nas ações das equipes multiprofissionais em saúde. Nestes hospitais, nota-se que a adesão às diretrizes melhorou significativamente ao longo do tempo, para ambos os sexos independentemente de sua faixa etária. Tendo com exemplo, a síndrome coronariana aguda, obteve uma adesão aos indicadores de qualidade considerável, onde aumentou de 86,5% para 97,4% (+ 10,9%) em homens e de 84,8% para 96,2% (+ 11,4%) em mulheres (HEIDENREICH,2012).

2.2 Atividade física

Atividade física é entendida como todo e qualquer movimento corporal realizado pelos músculos esqueléticos que resulte em dispêndio energético. Assim, toda atividade física promovida pelo indivíduo cabe nesta abrangência, ou seja, a atividade física utilizada nos deslocamentos, nas tarefas da vida diária, nas atividades de lazer, no trabalho e ou na escola (OLIVEIRA et al, 2001).

A marcha é uma das formas mais comuns de atividade física e muitas vezes a que mais contribui para o gasto energético diário total. É frequentemente usada para o deslocamento de um lado para outro, para as atividades recreativas e para a realização das tarefas da vida diária (OLIVEIRA et al., 2001).

JORGE et al., 2016, constatou menor número de complicações, durante o período de internação em portadores de SCA, nos pacientes que eram classificados como ativos. Também ressalta que a utilização do IPAQ para caracterizar o nível de atividade física, oferece informações relevantes quanto ao prognóstico intra-hospitalar de portadores de SCA.

O IPAQ versão curta é um instrumento validado no Brasil que permite identificar o tempo semanal gasto na realização de caminhada e atividade física de intensidade física de moderada a vigorosa. Através da sua pontuação, este instrumento possibilita classificar os indivíduos em quatro categorias: sedentário, irregularmente ativo, ativo e muito ativo (MATSUDO et al., 2012).

De acordo com as Diretrizes de Reabilitação cardíaca de 2005, estão entre os benefícios fisiológicos proporcionados pelo exercício em pacientes com doença arterial coronariana estável, a melhora da angina em repouso, a atenuação da gravidade da isquemia induzida pelo esforço, a melhora da capacidade funcional e o controle de alguns dos fatores de risco para doença cardiovascular.

Dentre os fatores de risco modificáveis na prevenção secundária da SCA, destaca-se o sedentarismo. As evidências na literatura mostram que as condutas não-medicamentosas devem ser a estratégia inicial. Nesse sentido, o exercício físico têm um papel de destaque.

Os estudos que avaliaram os efeitos benéficos do exercício físico em pacientes após evento cardíaco, restringem-se aos programas de condicionamento físico supervisionados ou programas de reabilitação cardiovascular, os quais requerem alto custo para sistema de saúde, desprendimento de tempo, e ainda adesão do paciente.

Portanto, o impacto de um programa de condicionamento físico não-supervisionado ainda é pouco conhecido (NUNES et al, 2005).

Programa de condicionamento físico não-supervisionado e acompanhado a distância, via internet, por um período de seis meses, promove: 1) redução no peso corporal e IMC em indivíduos pré- hipertensos; 2) redução na circunferência da cintura em indivíduos normotensos e indivíduos pré-hipertensos; e 3) redução significativa e progressiva na pressão arterial sistólica e diastólica em indivíduos pré-hipertensos. (NUNES 2005)

No entanto, faz-se necessário ser conduzido com uma estrutura de retaguarda para eventuais situações. Nesse sentido, é fundamental o apoio e retaguarda hospitalar, com a equipe assistente em cardiologia, podendo oferecer suporte adequado e sanar dúvidas a qualquer momento (NUNES et al, 2005).

2.3. Qualidade de vida

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), Qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”(WHOQOL GROUP et al., 1995).

Estudos recentes sinalizam que cerca de 20% dos pacientes submetidos à coronariografia sofrem de depressão. Pacientes acometidos de IAM ou angina instável (AI) também apresentam depressão nos mesmos percentuais (Oliveira Jr.,2005).

O questionário “World Health Organization Quality of Life - Versão Breve” (WHOQOL-Breve) é um instrumento genérico, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, numa versão abreviada do WHOQOL-100, que mede a percepção dos indivíduos a respeito do impacto que as doenças causam em suas vidas. Sendo assim o WHOQOL-Breve é composto por 26 questões fechadas, que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos do WHOQOL-100, sendo duas perguntas gerais de qualidade de vida e outras 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Essas 24 questões são agrupadas em 4 domínios: físico (7 itens), psicológico (6 itens), relações sociais (três itens) e meio ambiente (8 itens).

A aplicação deste instrumento visa mensurar aspectos da qualidade de vida de pacientes, considerando o impacto e os efeitos do tratamento cardiológico em suas várias dimensões.

O projeto WHOQOL desenvolve uma escala dentro de uma perspectiva transcultural, para medir qualidade de vida em adultos, com características fundamentais de subjetividade (LEMOS et al., 2008).

BORGES et al., 2006, aponta que o impacto do treinamento físico associado à mudança de estilo de vida diminuiu a mortalidade cardíaca de 20 a 35%. É sabido, que o hábito de praticar regularmente atividade física, constitui uma estreita relação com a prevenção de problemas de saúde. O sedentarismo, por sua vez, torna-se um fator de risco para doenças cardiovasculares, sendo, o exercício físico, um componente inerente aos Programas de Reabilitação Cardiovascular (PRC), gerando um potencial impacto positivo na qualidade de vida (DE LIMA et al., 2014).

De acordo com a American Heart Association (AHA), indivíduos de 18 a 65 anos devem manter um estilo de vida ativo, realizando atividade física com intensidade moderada por, no mínimo, 30 minutos, por cinco vezes na semana (acumulando 150 minutos) ou intensidade vigorosa por, no mínimo, 20 minutos, pelo menos, três dias na semana (AGUIAR et al., 2011).

2.4 Manual de orientação

A utilização de material escrito para a educação em saúde é um recurso relevante, permitindo uma leitura posterior, possibilitando o reforço de informações orais, sendo também úteis para que o paciente consulte frente a posteriores dúvidas em seu cotidiano (FREITAS, 2008).

Na área da saúde, as orientações devem ser uma das atividades mais frequentes e eficazes. Devem focar desde as formas de prevenção (seja ela primária ou secundária), as formas de seguimento do tratamento vigente, a importância da aderência à terapêutica indicada, o esclarecimento das dúvidas acerca de cada processo, o incentivo ao autocuidado, dentre outras (CARVALHO et al., 2008).

Para (REMONATO, 2012), profissionais de saúde devem buscar maneiras de melhorar o entendimento, e conseqüentemente a adesão do paciente e seus familiares, quanto à adaptação e tratamento a mudança no estilo de vida.

Assim, utilização de manuais vem ocorrendo para facilitar o trabalho da equipe multidisciplinar na orientação de pacientes e familiares no processo de tratamento, recuperação e autocuidado. Trabalhar a educação do paciente através de um material

educativo e instrutivo facilita as orientações necessárias para adesão do paciente ao seu tratamento. Por outro lado, é também uma forma de ajudar os indivíduos no sentido de melhor entender o processo de saúde-doença e trilhar os caminhos da recuperação. (ECHER, 2005)

No entanto, há uma escassez de estudos disponíveis na literatura, que avaliem os efeitos da orientação formal de exercício físico realizada pelo profissional fisioterapeuta, em especial na atenção cardiovascular.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Verificar a qualidade de vida e o nível de atividade física em pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA) que não receberam e que receberam intervenção de educação através de material educativo sobre prática de exercício físico.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar o perfil dos pacientes com SCA que internam no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
- Verificar o nível de atividade física em pacientes orientações de exercício físico com SCA que foram internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
- Verificar o impacto de orientações de exercício físico na qualidade de vida em pacientes com SCA que foram internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo longitudinal experimental, prospectivo, do tipo antes e depois da implementação de orientações sistematizadas, através de um manual de exercício físico para pacientes com SCA.

4.2 Local

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), uma instituição pública e universitária. Os pacientes com SCA estavam em acompanhamento pelo serviço de Cardiologia e podem estar internados em diferentes unidades: Emergência, Unidade de Cuidados Coronarianos (UCC) ou nas Unidades de Internação.

4.3 Aspectos éticos

Este estudo está alinhado ao projeto maior intitulado “Boas Práticas Clínicas em Cardiologia”, aprovado pelo comitê de Ética e Pesquisa do HCPA segundo parecer nº 16-0302.

O projeto foi realizado de acordo a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013) e será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.

A coleta de dados foi autorizada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e pelo Termo de Compromisso para Utilização de Dados de Prontuários (ANEXO A).

4.4 População e amostra

A população foi constituída por pacientes internados com SCA pelo serviço de Cardiologia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

4.4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos pacientes com idade acima ou igual de 18 anos, com diagnóstico primário de Síndrome Coronariana Aguda na admissão hospitalar e que concordem com o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.4.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da amostra os pacientes que apresentaram: estenoses e/ou insuficiências valvares graves; obstrução arterial periférica; lesões ósteo-articulares e/ou musculares; amputações; polineuropatias ou qualquer indicação absoluta pela equipe médica de realizar exercícios físico.

4.5 Variáveis do estudo

- Variáveis demográficas, educacionais e socioeconômicas
- Variáveis clínicas
- Procedimentos realizados na fase intrahospitalar e no seguimento de 30 dias
- Nível de atividade física através do IPAQ (ANEXO C)
- Qualidade de vida através WHOQOL (ANEXO B)

4.6 Desfecho

4.6.1 Primário

Aumento no nível de atividade física em pacientes com SCA que receberam orientações de exercício físico quando internados no HCPA.

4.6.2 Secundário

Melhora da qualidade de vida em pacientes com SCA que receberam orientações de exercício físico quando internados no HCPA.

4.7 Instrumentos e Procedimentos

Este estudo se desenvolveu através da avaliação do paciente em dois momentos sendo o primeiro durante a internação hospitalar de forma presencial e o segundo, através do contato telefônico após trinta dias após a alta hospitalar. Todos os pacientes que preencheram os critérios de elegibilidade, forem incluídos no estudo nas primeiras 24h do diagnóstico clínico de SCA. Neste momento foram coletados dados demográficos, sociais e história clínica.

Para a avaliação do nível de atividade física prévia ao evento de SCA, foi utilizado o instrumento IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) versão curta, validado para o português por Matsudo (2001). Através da frequência semanal, a

duração e a intensidade da atividade física em contextos como trabalho, meio de transporte, atividades domésticas e lazer, é possível classificar nível de atividade física em quatro categorias: Sedentário (nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos em nenhum dia da semana), Irregularmente ativo (atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos em algum dia da semana sem atingir o critério para ser classificado como ativo), Ativo (atividades vigorosas ao menos 3 dias por semana e por pelo menos 20 minutos em cada sessão - atividade moderada ou caminhada ao menos 5 dias por semana e ao menos por 30 minutos ou - qualquer atividade ao menos 5 dias por semana perfazendo no total pelo menos 150 minutos), Muito ativo (atividades vigorosas ao menos 5 dias por semana por no mínimo 30 minutos - vigorosas ao menos 3 dias por semana, com 20 ou mais minutos por sessão, acrescidas de atividade moderada ou caminhada ao menos 5 dias por semana e com ao menos 30 minutos por sessão).

Para avaliação da qualidade de vida nas duas semanas anteriores ao evento de SCA, foi utilizado o instrumento WHOQOL-Breve, validado para o português por Fleck e colaboradores (2000). Este questionário consiste de 26 questões, ao qual a primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. As demais estão divididas nos domínios físico, psicológico, além das relações sociais e meio ambiente. Vale ressaltar que este instrumento vem sendo utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas. Além do caráter transcultural, o instrumento valoriza a percepção individual da pessoa.

Após a entrevista inicial, o Grupo 2 (recebeu orientação formal de exercício físico), recebeu a orientação formal de exercícios pela pesquisadora, através da entrega do manual de Cardiopatia isquêmica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que foi revisado em 2017 pela equipe multiprofissional da Cardiologia (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas). O paciente foi orientado entrar em contato com a equipe através dos telefones que constam no manual em caso de dúvida, desconfortos ou até mesmo sintomas como dor e mal estar.

Após trinta dias após a alta hospitalar, todos os participantes da pesquisa foram contatados através do telefone a fim de obter informações referentes ao estado de saúde, possíveis reinternações e novamente foram aplicados os questionários de qualidade de vida e nível de atividade física. No Grupo 2 (recebeu orientação formal de exercício físico), também foram reforçadas as orientações que constam no manual no que se refere a prática de exercício físico.

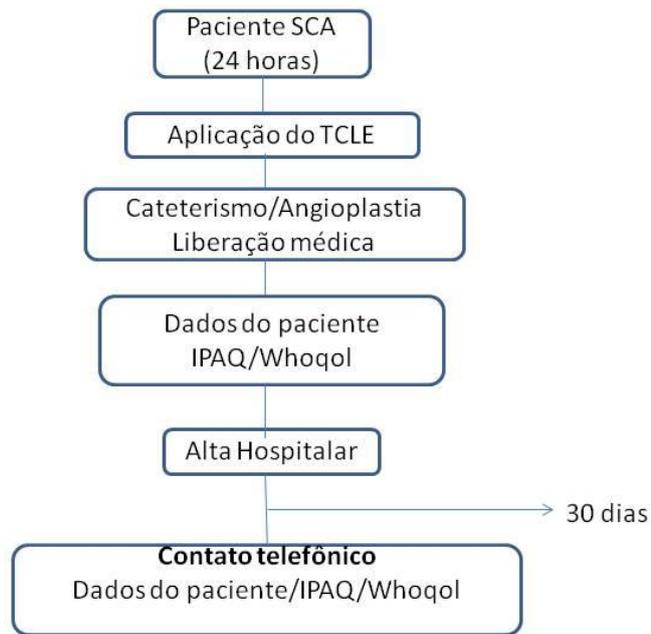


Figura 1. Primeira fase da coleta

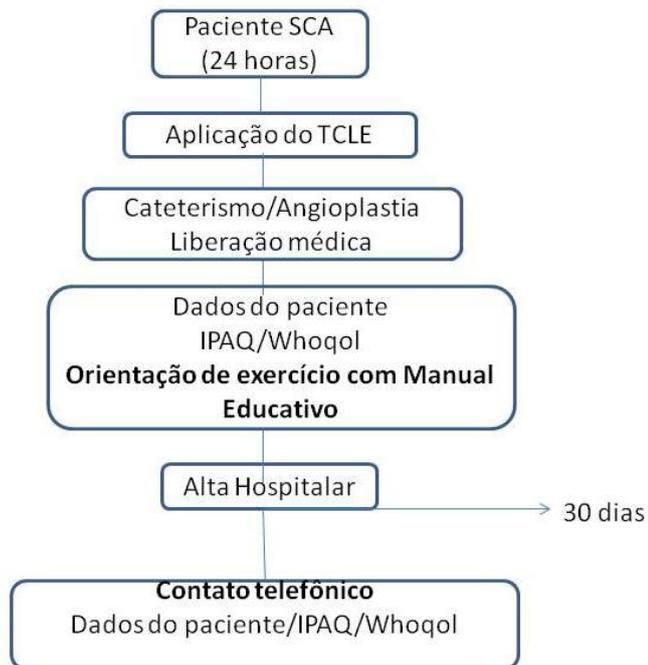


Figura 2. Segunda fase da coleta

4.8 Métodos estatísticos

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram aplicados. Na comparação de médias, o teste t-student foi aplicado. Em caso de assimetria, o teste de Mann-Whitney foi utilizado.

Na comparação pré e pós intervenção em cada grupo, os testes t-*student* para amostras pareadas (WHOQOL-BREF) e McNemar (IPAQ) foram aplicados. Para avaliar a associação entre os escores de qualidade de vida e o nível de atividade física, o coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

RESULTADOS

Os dados referentes à caracterização da amostra são apresentados, de forma descritiva, na Tabela 1. Com relação aos principais desfechos hospitalares após trinta dias de internação, não houve diferença estatisticamente significativa na taxa de reinternação hospitalar, atendimento na unidade de emergência e serviço ambulatorial ($p=1,000$).

Na tabela 2, são apresentados os dados da avaliação do nível de atividade física prévia ao evento de SCA comparado com após trinta dias da alta hospitalar para ambos os grupos. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativa entre os grupos, entretanto, observou-se que o grupo que recebeu orientações formais apresentou mudança na classificação de atividade física para um nível mais ativo.

Na tabela 3, estão as informações relativas a qualidade de vida nas duas semanas anteriores ao evento de SCA comparada com após trinta dias da alta hospitalar para ambos os grupos. Observa-se que o Grupo 2 (recebeu orientação formal de exercício físico), apresentou melhora estatisticamente significativa nos domínios físico ($p=0,010$) e ambiental ($p=0,008$) quando comparado ao Grupo 1 (recebeu os cuidados usuais da equipe assistencial) após trinta dias de alta hospitalar.

Além disso, para o grupo 2, observou-se que houve aumento estatisticamente significativo dos escores gerais de qualidade de vida ($p=0,031$), assim como nos domínios físico ($p=0,024$), psicológico ($p<0,001$) e ambiental ($p=0,001$) ao comparar seu status na avaliação inicial e após trinta dias da alta hospitalar. Para o grupo 1, verificou-se melhora estatisticamente significativa no domínio psicológico ao comparar seu status na avaliação inicial e após trinta dias da alta hospitalar ($p=0,020$).

Na tabela 4, refere-se a associação entre os escores de qualidade de vida com o nível de atividade física após trinta dias da alta hospitalar para todos os participantes da pesquisa (Grupo 1 e Grupo 2). Houve associação positiva entre a atividade física e os escores psicológico ($p=0,043$) e social ($p=0,038$) do WHOQOL-BREF, ou seja, quanto mais ativo, maiores os escores de qualidade de vida nesses domínios.

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Variáveis	Grupo Controle	Grupo Intervenção	p
Idade (anos) – média ± DP	62,5 ± 12,0	63,8 ± 8,1	0,758
Sexo – n(%)			0,183
Masculino	9 (81,8)	5 (45,5)	
Feminino	2 (18,2)	6 (54,5)	
Unidade – n(%)			0,214
CTI	3 (27,3)	0 (0,0)	
UCC	8 (72,7)	11 (100)	
Tipo SCA – n(%)			0,361
Com supra	5 (45,5)	2 (18,2)	
Sem supra	6 (54,5)	9 (81,8)	
DAC – n(%)	9 (81,8)	11 (100)	0,333
IC – n(%)	0 (0,0)	3 (27,3)	0,214
IAM – n(%)	10 (90,9)	11 (100)	1,000
HAS – n(%)	9 (81,8)	11 (100)	0,476
AVC – n(%)	1 (9,1)	1 (9,1)	1,000
DPOC – n(%)	2 (18,2)	1 (9,1)	1,000
DVP – n(%)	1 (9,1)	1 (9,1)	1,000
Obesidade – n(%)	3 (27,3)	4 (36,4)	1,000
Doença renal – n(%)	3 (27,3)	2 (18,2)	1,000
DM – n(%)	3 (27,3)	6 (54,5)	0,387
Tabagismo – n(%)	6 (54,5)	3 (27,3)	0,405
Alcoolismo – n(%)	4 (36,4)	0 (0,0)	0,090
Nova internação – n(%)	3 (27,3)	2 (18,2)	1,000
Emergência – n(%)	2 (18,2)	2 (18,2)	1,000
Ambulatório – n(%)	2 (18,2)	2 (18,2)	1,000
FE (%) – média ± DP	50,0 ± 12,3	53,1 ± 10,8	0,537
Grau da FE – n(%)			0,912
Normal	2 (18,2)	3 (27,3)	
Leve	6 (54,5)	6 (54,5)	
Moderada	1 (9,1)	1 (9,1)	
Grave	2 (18,2)	1 (9,1)	

Tabela 2 – Avaliação do IPAQ pré e pós intervenção em ambos os grupos

IPAQ	Grupo Controle	Grupo Intervenção	P
	n (%)	n (%)	
Pré			0,740
Muito ativo	3 (27,3)	1 (9,1)	
Ativo	1 (9,1)	1 (9,1)	
Irregularmente ativo	4 (36,4)	5 (45,5)	
Sedentário	3 (27,3)	4 (36,4)	
Pós			0,845
Muito ativo	2 (18,2)	3 (27,3)	
Ativo	1 (9,1)	2 (18,2)	

Irregularmente ativo	4 (36,4)	3 (27,3)
Sedentário	4 (36,4)	3 (27,3)
P	0,506	0,549

Tabela 3 – Avaliação da qualidade de vida pré e pós intervenção em ambos os grupos

WHOQOL-BREF	Grupo Controle	Grupo Intervenção	P
	Média ± DP	Média ± DP	
Pré			
Físico	57,5 ± 16,5	59,7 ± 12,5	0,719
Psicológico	58,6 ± 6,7	58,6 ± 8,1	1,000
Social	73,5 ± 10,4	72,7 ± 13,5	0,884
Ambiente	59,7 ± 8,9	62,5 ± 9,3	0,472
Geral	59,1 ± 12,6	61,4 ± 16,3	0,718
Pós			
Físico	55,8 ± 13,8	72,7 ± 14,1	0,010
Psicológico	71,4 ± 13,9	79,5 ± 6,9	0,097
Social	74,2 ± 14,7	78,0 ± 12,5	0,522
Ambiente	61,6 ± 11,9	74,7 ± 8,7	0,008
Geral	62,5 ± 20,2	77,3 ± 16,6	0,075
Entre os momentos (p)			
Físico	0,681	0,024	
Psicológico	0,020	<0,001	
Social	0,863	0,319	
Ambiente	0,536	0,001	
Geral	0,645	0,031	

Tabela 4 – Associação entre os escores de qualidade de vida com o IPAQ pós intervenção na amostra total

WHOQOL-BREF	IPAQ	
	Coefficiente de correlação de Spearman	P
Físico	0,386	0,076
Psicológico	0,435	0,043
Social	0,444	0,038
Ambiente	0,293	0,186
Geral	0,382	0,080

Houve associação positiva entre a atividade física e os escores psicológico e social do WHOQOL-BREF, ou seja, quanto mais ativo, maiores os escores de qualidade de vida nesses domínios pós intervenção.

DISCUSSÃO

A SCA está associada à fatores de risco comuns e pode ser entendida como componente presente no paciente, possibilitando uma situação que aumente a probabilidade de ocorrência de uma doença ou agravo à saúde (DE LIMA, 2010). No presente estudo, o qual inclui 22 participantes admitidos por SCA, demonstrou maior prevalência dos seguintes fatores de risco: hipertensão arterial (90,9%), obesidade (31,8%) e tabagismo (40,9%). O baixo nível de atividade física também foi evidenciado nas tabelas 1 e 2.

Conforme a diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular (2013), a obesidade é classificada como epidemia mundial, atingindo um terço da população afetando indivíduos de diferentes faixa etárias. Neste mesmo estudo a hipertensão arterial é mostrado como um dos problemas mais corriqueiros e de maior impacto nas doenças cardiovasculares. O terceiro fator de risco de maior prevalência neste estudo é o tabagismo, em estudos anteriores é classificado como uma das principais causas de mortalidade evitável no mundo.

Estudos que relacionam SCA com fatores de risco para desenvolvimento dessa doença demonstram o alto custo no cuidado desses pacientes, que vai desde as internações hospitalares, intervenções clínicas e tratamento farmacológico e não farmacológico. As doenças cardiovasculares têm papel importante na morbimortalidade da população. Nesse sentido, faz-se necessário conhecer e traçar o perfil dos indivíduos para que seja possível atuar na prevenção primária e secundária dessas doenças, bem como para contribuir no desenvolvimento de novas medidas e políticas públicas de saúde com vistas ao melhor controle do risco cardiovascular da população (De Lima, 2010).

Apesar de amplamente discutidos, os fatores comportamentais como hábitos alimentares, atividade física e tabagismo, não são bem compreendidos e apreciados no espectro da prevenção secundária da SCA (Notara, 2014). Nesse contexto, cabe reforçar a importância do trabalho da equipe multiprofissional em saúde, que inclui fisioterapeutas, médicos, enfermeiros, nutricionistas e demais profissionais, que atuam não somente na promoção da saúde, mas também na prevenção primária e secundária

das doenças cardiovasculares. Também, segundo Notara 2014, deve-se reconhecer que os pacientes não seguem as orientações realizadas pelos profissionais, mesmo logo após um evento de SCA, justificando a reflexão sobre novas estratégias de adesão ao tratamento e mudanças de estilo de vida.

O presente estudo evidenciou uma melhora nos padrões de comportamento, no que se refere a atividade física, na medida que observou-se mudanças positivas na classificação do nível da mesma. No qual os pacientes que receberam orientação formal de exercício físico, se tornaram mais ativos, embora não seja estatisticamente significativa, como mostramos na tabela 2. Sendo assim, podemos inferir uma provável melhora nos demais aspectos comportamentais, contribuindo para a sensibilização de uma mudança geral no estilo de vida, tornando-os mais saudáveis.

Na amostra estudada, também pode-se observar que o nível de atividade física no cotidiano dos pacientes é baixo, pois 72,2% eram considerados insuficientemente ativos ou sedentários segundo a classificação do IPAQ, do mesmo modo, no estudo de DE MACEDO em 2015, foram observados resultados equivalentes, sendo 81,11% de amostra total composta por sujeitos sedentários ou irregularmente ativos. Este cenário indica os seguintes problemas: a não realização de atividade física, pela maioria das pessoas, e que, mesmo informados sobre sua importância e sobre os riscos do sedentarismo, o exercício físico não faz parte da rotina de vida dos pacientes, corroborando como fator de risco para doenças cardiovasculares. (SILVA, 2018)

Considerando que as Diretrizes de Doença Coronária Estável (2014) recomenda como ideal, o período de 150 minutos de atividade física por semana para prevenção de doenças cardiovasculares, torna-se fundamental novas estratégias de educação para a prática de exercício físico como forma de prevenção primária e secundária.

Assim, por meio da educação, busca-se encontrar uma forma efetiva de adesão ao tratamento não farmacológico. Tendo em vista que após um evento de SCA, e estar diante de uma situação nova, que pode gerar medo e ansiedade, e por vezes uma transformação na vida do paciente, faz-se necessárias orientações para o domicílio e ajustes na rotina. Logo, tendo por base a importância que um manual de orientação formal oferece para o paciente, a fim de facilitar a adesão aos cuidados a serem realizados, o mesmo torna-se uma relevante ferramenta educativa. (Oliveira 2014)

Como já explanado anteriormente, as doenças cardiovasculares tem um alto impacto tanto para sociedade (gerando custos elevados por meio de tratamentos complexos e possíveis reinternações), quanto no que se refere a qualidade de vida auto

relatada pelos pacientes. Assim, a educação do paciente vem sendo um grande desafio encontrado pelos profissionais da saúde nos diversos centros. Considerando que quanto melhores forem as estratégias de prevenção secundária, menor o índice de reinternações hospitalares e morbidades por SCA.

Nesse sentido, o presente estudo faz parte do “Programa Boas Práticas Clínicas em Cardiologia” que se desenvolve em diversos hospitais brasileiros, contemplando intervenções direcionadas para as barreiras identificadas nas instituições focando na mudança comportamental com objetivo de melhorar a qualidade assistencial e preparar o paciente para o seu retorno à sociedade através da educação em saúde.

Este presente estudo reforça os benefícios da orientação formal de exercício físico para pacientes após um evento de SCA, como parte do trabalho do fisioterapeuta, que está inserido na equipe multidisciplinar em saúde. Semelhante ao estudo de WEIBEL et al (2016), no qual descreveram, que a educação precoce beneficia esses pacientes, melhorando a adesão dos mesmos às orientações propostas, através da educação realizada pela equipe assistencial associado a entrega de material informativo.

Foi realizado no presente estudo, o acompanhamento periódico, durante a internação através do manual de orientação formal de exercício físico e via contato telefônico 30 dias após a alta hospitalar. Contudo, no grupo 2 por ter sido estimulado a prática de exercício físico, observou-se uma mudança positiva no nível de atividade física associada a uma melhora na qualidade de vida. Assim como refere La Torre (2018) é efetivamente possível intervir na educação do paciente no período pós-agudo da doença, através do aconselhamento realizado por contato telefônico.

Durante a fase da coleta após trinta dias da alta hospitalar, pudemos observar que a atividade mais referida pelos pacientes foi a caminhada. Acreditamos que seja em virtude do mínimo custo e por não haver necessidade de aprendizado motor. Segundo o estudo de De Bacquer (2013), andar é a forma mais comum de atividade física de lazer. Além de poder ser realizada de maneira coletiva, levando o paciente a um convívio social, o que por sua vez pode contribuir no bem estar biopsicossocial e qualidade de vida. Contudo observou-se nesse estudo, que o Grupo 2 (recebeu orientação formal de exercício físico), apresentou melhora estatisticamente significativa nos domínios físico ($p=0,010$) e ambiental ($p=0,008$) quando comparado ao Grupo 1 (recebeu os cuidados usuais da equipe assistencial) após trinta dias de alta hospitalar.

Ao passo que, observamos também em nosso estudo, que no grupo 2, houve aumento estatisticamente significativo dos escores gerais de qualidade de vida

($p=0,031$) , assim como nos domínios físico ($p=0,024$) , psicológico ($p<0,001$) e ambiental ($p=0,001$) ao comparar seu status na avaliação inicial e após trinta dias da alta hospitalar. Nesse contexto, os nossos achados vão ao encontro ao estudo de Bacquer (2013) e Silva (2010) em que observamos uma associação positiva entre o nível de atividade física e os escores nos domínios: psicológico e social do instrumento WHOQOL-BREF. Assim, quanto mais ativo o paciente, maiores os escores de qualidade de vida, após intervenção, como podemos observar na tabela 4.

Como limitações do estudo podemos citar que o tempo de seguimento de trinta dias pode ser considerado como muito breve para considerar mudanças de estilo de vida que se sustentem por um maior período. Percebe-se a necessidade da continuidade da avaliação para perceber melhor a mudança do comportamento como fator de proteção. Outro fator importante a ser considerado ao nosso estudo no que se referente ao método ofertado de orientações de exercício, que se deram de forma geral, sem considerar os objetivos do paciente. Sabe-se que o exercício físico ter caráter de lazer e a adesão à prática está diretamente ligado à bem estar e a identificação com a atividade desenvolvida.

CONCLUSÃO

O presente estudo foi realizado com o intuito de responder se a orientação formal de exercício físico em pacientes com SCA tem impacto na qualidade de vida e nível de atividade física dos pacientes, uma vez que o sedentarismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento da doença.

Observou-se que a melhora na qualidade de vida está diretamente proporcional ao nível de atividade física. O uso do manual de orientação formal de exercício físico, como estratégia de prevenção secundária, demonstrou ser uma estratégia positiva na educação do paciente com SCA.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Maria Isis Freire de et al. Qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante cardíaco: aplicação da escala Whoqol-Bref. **Arq Bras Cardiol**, v. 96, n. 1, p. 60-67, 2011.

AVEZUM JÚNIOR, Álvaro et al. Diretriz sul-americana de prevenção e reabilitação cardiovascular. **Arquivos brasileiros de cardiologia**. São Paulo. Vol. 106, n. 2, supl 1 (ago. 2014), p. 1-31, 2014.

BALADY, Gary J. et al. American heart association exercise, cardiac rehabilitation, and prevention committee of the council on clinical cardiology; council on epidemiology and prevention; council on peripheral vascular disease; interdisciplinary council on quality of care and outcomes research. Clinician's guide to cardiopulmonary exercise testing in adults: a scientific statement from the American heart association. **Circulation**, v. 122, n. 2, p. 191-225, 2010.

BOECHAT, J. C. S. et al. A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. **Rev Cient Intern**, v. 22, n. 1, p. 89-193, 2012.

BORGES, Juliana Bassalobre Carvalho et al. Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 21, n. 4, p. 393-402, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde . Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. **DATASUS**. Informações de saúde: informações epidemiológicas e morbidade. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> . Acesso em: 1 out. 2017.

CARVALHO, Ariana Rodrigues Silva et al. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, 2008.

CESAR, L. A. et al. Diretriz de doença coronária estável. **Arquivos Brasileiros De Cardiologia**, v. 103, n. 2, p. 1-56, 2014.

DE LIMA, Bruna Adriene Gomes; SILVA, Mércia Aleide Ribeiro Leite. Fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes internados na terapia intensiva de um hospital em Contagem, MG. **CEP**, v. 30855, p. 340.2010.

DE BACQUER, Dirk et al. Residual risk of cardiovascular mortality in patients with coronary heart disease: the EUROASPIRE risk categories. **International journal of cardiology**, v. 168, n. 2, p. 910-914, 2013.

DE LIMA, Pollyana Barbosa; DE MORAIS, Elizabeth Rodrigues. Qualidade de vida e nível de atividade física de pacientes portadores de insuficiência cardíaca crônica. **ASSOBRAFIR Ciência**, v. 5, n. 1, p. 27-39, 2014.

DE MACEDO, Rafael Michel et al. Nível de atividade física de idosos participantes de um programa de prevenção de doença cardiovascular. **ASSOBRAFIR Ciência**, v. 6, n. 3, p. 11-20, 2015.

DOS SANTOS, Elizabete Silva et al. Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, v. 87, n. 5, p. 597-602, 2006.

ECHER, Isabel Cristina. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo**. v. 13, n. 5, p.754-757, out. 2005.

FERREIRA, Glória Menz et al. Espirometria de incentivo com pressão positiva expiratória é benéfica após revascularização miocárdio. **Arquivos brasileiros de cardiologia. São Paulo**. Vol. 94, no. 2 (2010), p. 230-235, 2010.

FLECK, MP de A. WHOQOL abreviado: versão em português. **Programa de saúde mental organização mundial da saúde Genebra. Rio Grande do Sul**, 1998.

FRANKLIN, Barry A.; KAHN, Joel K. Delayed progression or regression of coronary atherosclerosis with intensive risk factor modification. **Sports medicine**, v. 22, n. 5, p. 306-320, 1996.

FREITAS, Ana Angélica de Souza; CABRAL, Ivone Evangelista. O cuidado à pessoa traquesotomizada: Análise de um folheto educativo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.84-89, mar. 2008.

HEIDENREICH, Paul A. et al. Get With The Guidelines program participation, process of care, and outcome for Medicare patients hospitalized with heart failure. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**, v. 5, n. 1, p. 37-43, 2012.

HISS, Michele Daniela Borges Santos et al. Segurança da intervenção fisioterápica precoce após o infarto agudo do miocárdio. **Fisioterapia em Movimento**, v. 25, n. 1, p. 153-163, 2012.

JORGE, Juliana de Goes et al. Level of Physical Activity and In-Hospital Course of Patients with Acute Coronary Syndrome. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 106, n. 1, p. 33-40, 2016.

LA TORRE, G. et al. Counseling intervention to improve quality of life in patients with pre-existing acute myocardial infarction (AMI) or chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a pilot study. **Journal of preventive medicine and hygiene**, v. 59, n. 2, p. E153, 2018.

LAPORTE, Ronald E.; MONTOYE, Henry J.; CASPERSEN, CARL J. Assessment of physical activity in epidemiologic research: problems and prospects. **Public health reports**, v. 100, n. 2, p. 131, 1985.

LEMOS, Conceição et al. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 471-6, 2008.

LEMOS, Karine Franke et al. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 129, 2010.

MAKDISSE, M.; PEREIRA, A. C. Projeto corações do Brasil. **Arq Bras Cardiol**, v. 85, n. 3, p. 218-21, 2005.

MATSUDO, Sandra et al. Questionário Internacional De Atividade Física (Ipaq): Estupo De Validade E Reprodutibilidade No Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2012.

MORAES, Ruy Silveira et al. Diretriz de reabilitação cardíaca. **Arq Bras Cardiol**, v. 84, n. 5, p. 431-40, 2005.

NOBRE, Luciana Neri et al. FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES: EFEITO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO Changeable risk factors for cardiovascular disease: effect of an education program. **Alimentos e Nutrição Araraquara**, v. 23, n. 4, p. 680, 2013.

NOTARA, Venetia; PANAGIOSTAKOS, Demosthenes B.; PITSAVOS, Christos E. Secondary prevention of acute coronary syndrome. Socio-economic and lifestyle determinants: a literature review. **Central European journal of public health**, v. 22, n. 3, p. 175, 2014.

NUNES, A. P. O. B. et al. Efeitos de um programa de exercício físico não-supervisionado e acompanhado a distância, via internet, sobre a pressão arterial e composição corporal em indivíduos normotensos e pré-hipertensos. **Arq Bras Cardiol**, v. 86, n. 4, p. 289-96, 2006.

OLIVEIRA, Magáli Costa; LUCENA, Amália de Fátima; ECHER, Isabel Cristina. Sequelas neurológicas: elaboração de um manual de orientação para o cuidado em saúde. **Revista de Enfermagem UFPE On Line. Recife. Vol. 8, n. 6 (jun. 2014), p. 1597-1603**, 2014.

OLIVEIRA JR, W. Relação médico-paciente em cardiologia: um olhar psicossomático. **Revista de Medicina Psicossomática Sul Mineira**, v. 4, p. 41-46, 2005.

PESARO, Antonio Eduardo Pereira; SERRANO, C. V.; NICOLAU, José Carlos. Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 2, p. 214-20, 2004.

PIEGAS, Luís Soares et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 105, n. 2, p. 1-121, 2015.

REMONATTO, Axilene Remonato; COUTINHO, Andreia Orjana Ribeiro; DE SOUZA, Emiliane Nogueira. Dúvidas e expectativas de pacientes no pós-operatório de revascularização do miocárdio quanto à reabilitação pós-alta hospitalar: implicações para a enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 1, p. 39-48, 2012.

SILVA, Rodrigo Sinnott et al. Atividade física e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 115-120, 2010.

SILVA, Diego Augusto Santos et al. Burden of ischemic heart disease mortality attributable to physical inactivity in Brazil. **Revista de saude publica**, v. 52, p. 72, 2018.

TEICH, Vanessa; ARAUJO, Denizar Vianna. Estimativa de custo da síndrome coronariana aguda no Brasil. **Rev Bras Cardiol**, v. 24, n. 2, p. 85-94, 2011.

WEIBEL, Lukas et al. Early education and counselling of patients with acute coronary syndrome. A pilot study for a randomized controlled trial. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 15, n. 4, p. 213-222, 2016.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Número ou Acrônimo do Estudo: Boas Práticas Clínicas em Cardiologia (BPC)

Título do Estudo: Adesão às Diretrizes Assistenciais de Insuficiência Cardíaca, Fibrilação Atrial e Síndrome Coronariana Aguda: um Programa de Boas Práticas Clínicas em Cardiologia

O(a) Sr(a) está sendo convidado a participar de um estudo. Antes de concordar em participar, é importante que o(a) Sr(a) entenda os objetivos deste estudo e esclareça todas as suas dúvidas. Caso o(a) Sr(a) aceite participar deste estudo, será necessário que o(a) Sr(a) e o pesquisador assinem duas vias deste documento, em todas as páginas. Nas primeiras páginas, a assinatura pode ser abreviada (rubrica). Uma via assinada deste termo será entregue a(o) Sr(a) e a outra ficará arquivada com o pesquisador.

Quais são os objetivos deste estudo?

Este estudo coletará e analisará informações médicas de pacientes internados com Insuficiência Cardíaca e Infarto do Miocárdio ou Angina Instável. Assim como em pacientes internados ou em tratamento ambulatorial por Fibrilação Atrial (um tipo de arritmia cardíaca). Como o Sr.(a) tem um destes problemas do coração, o Sr(a) está sendo convidado para participar. A Sociedade Brasileira de Cardiologia e a Sociedade Americana de Cardiologia e o Hospital do Coração de São Paulo estão desenvolvendo esta pesquisa porque existem poucas informações de como os pacientes com doença cardíaca são atendidos no Brasil. Esta análise ajudará na realização de um levantamento das características dos pacientes que internam com estas doenças em hospitais brasileiros da rede pública, assim como na avaliação do tratamento que os mesmos vêm recebendo. Os resultados deste trabalho poderão ajudar no aprimoramento do atendimento médico oferecido no contexto nacional.

Qual é o número de participantes no estudo e qual é a duração de minha participação?

Esperamos incluir todos os pacientes admitidos em 06 hospitais públicos no Brasil por insuficiência cardíaca e síndrome coronariana aguda, assim como aqueles

atendidos nos ambulatórios por fibrilação atrial. A duração prevista de sua participação é de até 6 meses após a assinatura deste termo.

Quais são os procedimentos do estudo?

Se você concordar em participar desta pesquisa será submetido(a) a um questionário que avaliará uma série de informações médicas sobre sua doença atual e outras doenças que o Sr(a) teve no passado. Também serão coletados dados médicos do seu prontuário. Você será novamente contatado(a) por telefone para uma reavaliação em 30 dias e em 6 meses. A entrevista será semelhante àquela feita na internação e deve tomar de 05 a 10 minutos do seu tempo.

Se o Sr(a) se encontrar hospitalizado, durante a sua alta hospitalar, o Sr. será orientado sobre as medicações que deverá tomar em casa e quais as condutas que deve tomar em relação à dieta, atividade física e hábitos de vida para que possa prevenir novas internações e conviver bem com sua doença. Toda a informação médica será sigilosa e codificada com um número que só os investigadores terão acesso. Em nenhum momento seu nome ou qualquer informação sobre a sua saúde será fornecida para qualquer pessoa que não seja um dos investigadores. A informação será utilizada para fins de pesquisa e publicação dos resultados.

Quais são as minhas responsabilidades?

O(a) Senhor(a) será avaliado durante a primeira visita (no hospital ou no ambulatório) e novamente contatado(a) por telefone para uma reavaliação em 30 dias e em 6 meses. A entrevista em 30 dias e em 6 meses será semelhante àquela feita na internação e deve tomar de 05 a 10 minutos do seu tempo.

Quais são os possíveis riscos de participar neste estudo?

A sua participação neste estudo não determina risco adicional ou dano à saúde. Contudo, o único risco é a possibilidade de quebra da confidencialidade dos dados coletados. Para isso os pesquisadores manterão seus dados em sigilo, apenas pesquisadores autorizados pelo investigador principal terão acesso aos dados do estudo. Seu nome não será divulgado em nenhuma publicação do estudo.

Quais são os possíveis benefícios de participar neste estudo?

Os prováveis benefícios estão relacionados às orientações de como controlar a sua doença, como tomar os remédios e as orientações em relação à dieta e atividade física. Além disso, as informações coletadas serão utilizadas para conhecer melhor como ocorre e como é o atendimento da doença cardíaca (insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, angina, fibrilação atrial) no Brasil. Através deste estudo poderemos identificar como está sendo realizado o tratamento destas doenças. Isto nos ajudará a desenvolver maneiras de prevenir estas doenças e melhorar no futuro do tratamento que é realizado, auxiliando-nos na melhoria da saúde da população brasileira.

E se eu não quiser participar do estudo, há outras opções?

Sua participação neste estudo é voluntária e o(a) Sr(a) poderá recusar-se a participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento sem punições ou prejuízo ao seu atendimento neste hospital. O seu cuidado neste hospital é de responsabilidade do seu médico assistente, independente da sua participação no estudo.

Serei pago para participar deste estudo?

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e não haverá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Serei reembolsado por algum custo decorrente de minha participação?

A participação no estudo não envolve nenhum custo para o(a) Sr(a). Desta forma, não há reembolso ou qualquer tipo de recompensa financeira.

Quem está patrocinando este estudo?

O patrocinador deste estudo é o Ministério da Saúde, a Sociedade Brasileira de Cardiologia e a sociedade americana de Cardiologia. O Hospital do Coração está atuando neste estudo como coordenador de todos os hospitais participantes no Brasil e no gerenciamento dos dados do estudo.

Quem terá acesso aos meus registros médicos? Minhas informações são confidenciais?

Além dos procedimentos já descritos acima, também serão coletados alguns dados médicos do seu prontuário, como peso, altura, idade e histórico médico. Toda a informação médica será sigilosa e somente a equipe do estudo terá acesso. Em nenhum momento seu nome ou qualquer informação sobre a sua saúde será fornecida para qualquer pessoa que não seja da equipe do estudo. As informações serão confidenciais e utilizadas somente para fins desta pesquisa. Os resultados do estudo serão divulgados, para fins acadêmicos e científicos, sem a identificação de nenhum dado que revele a identidade dos participantes.

Contato em caso de dúvidas ou emergência

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do *Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. O Comitê de Ética é um grupo que realiza a revisão ética inicial e contínua do estudo para manter sua segurança e proteger seus direitos. Se o(a) Sr(a) tiver qualquer dúvida em relação aos aspectos éticos do estudo, fique à vontade para entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do *Hospital de Clínicas de Porto Alegre* no telefone: 3359-7640, endereço: Localizado na Rua Ramiro Barcelos 2350, 2º andar, sala 2227 ou por email: hcpa@hcpa.edu.br, das 8h às 17h em dias da semana. A equipe do estudo está à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos antes, durante e após o estudo:

Dr. Luis Eduardo Rohde: Rua Ramiro Barcelos 2350, sala 2060. Telefone 33598344

Dra. Mariana Vargas Furtado, telefone (51) 9894.9335

Se o(a) Sr(a) procurar por atendimento emergencial em outro hospital ou se for necessária internação, avise o médico deste outro hospital que o(a) Sr(a) faz parte de um estudo realizado pelo *Dr. Luis Eduardo Rohde e Dra. Mariana Vargas Furtado* no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Declaração de consentimento:

Fui informado(a) dos objetivos da pesquisa de forma clara e detalhada, e pude fazer perguntas. Também me foi garantido pelo pesquisador sigilo que assegure a privacidade dos dados obtidos na pesquisa. Estou ciente de todos os procedimentos que serão realizados e dos possíveis riscos e benefícios e, em caso de qualquer dúvida, poderei entrar em contato com a equipe do estudo. Ao assinar este termo de consentimento autorizo o acesso da equipe do estudo aos meus registros médicos e não estarei abrindo mão de meus direitos legais. Recebi uma via assinada deste documento.

Nome por extenso do Participante

____/____/____
Data

Assinatura

Nome do Representante Legal do Participante

____/____/____
Data

Assinatura

Especificar a relação com o Participante

Nome por extenso da pessoa que obteve o consentimento

____/____/____
Data

Assinatura

Se o participante ou seu representante legal não for capaz de ler, obter a seguinte assinatura:

Nome por extenso da testemunha imparcial

____/____/____
Data

Assinatura

_____/_____/_____
_____/_____/_____
Nome por extenso do Participante Data Impressão Dactiloscópica do Participante

APÊNDICE B - Manual de orientação de exercício físico

Prática de Exercício Físico

A prática de exercício físico regular mantém o corpo em funcionamento e protege contra as doenças do coração, devido :

- na perda de peso corporal
- no controle da hipertensão arterial, do diabete, do colesterol e dos triglicerídeos elevados.
- no bem estar físico e psicológico, diminuindo a ansiedade e a depressão
- manter sua capacidade de se movimentar sozinho

Exercício físico inclui exercícios que realizamos no nosso dia a dia, como: caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa.

Como realizar exercício físico para ter esses benefícios?

- Tempo: 20 a 60 minutos.
 - Número de vezes por semana: 3 a 5 vezes por semana
 - Comece com intensidade leve e progrida para a intensidade moderada.
-
- Intensidade leve: atividade tipo “passeio”
 - Intensidade moderada: atividade que produza suor, com passo acelerado, aumento dos batimentos do coração e da respiração, mas que, enquanto é realizada, a pessoa consegue conversar, frases curtas.

VOCÊ SABIA QUE?

Atividade leve	Atividade Moderada	Atividade Vigorosa
Caminhada		
Caminhada dentro de casa, no pátio, trabalho ou loja (passeio), subir escadas	Caminhada com passo rápido - produz suor	Caminhada com passo muito rápido ou corrida
Em casa ou no trabalho		
Sentado - usando o computador, trabalhos manuais, costurar Em pé - arrumar a cama, lavar louça, estender, lavar ou passar roupas Trabalhar no balcão	Limpeza pesada - lavar janelas, carro e garagem, piso, tapete, passar aspirador de pó, cortar grama. Carregar criança pequena	Trabalhar carregando peso - tijolos, madeira, uso de pá.
Atividades de lazer de esporte		
Artesanato, jogos de carta e biliar,	Bicicleta, dança, pescaria	Futebol, Natação, Vôlei, pular corda

Durante sua atividade física utilize a escala ao lado para medir o seu nível de cansaço.

ESCALA MODIFICADA DE BORG	
0	Nenhum
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Interrompa o exercício caso você sinta: algum tipo dor, palpitação, cansaço

excessivo ou falta de ar.

LEMBRE! Os benefícios da atividade física ocorrem somente para quem se **exercita com regularidade**. Por isso, não pare de praticar exercícios físicos.

APÊNDICE C – Instrumento para coleta de dados

1- DADOS

PESSOAIS

Nome: _____

Data de internação: _____ Data de AH: _____

Sexo: F () M () RG: _____

Unidade: _____

Prontuário: _____

Tipo de SCA: AI () IAMs/SST () IAMc/SST

2 – ANAMNESE

Doença	Sim	Não	Doença	Sim	Não
DAC			Doença Vascular Periférica		
IC			Obesidade		
Infarto			Doença Renal		
HAS			Amputações MsIs		
AVC			Fraturas		
DPOC			Reumatismo		
Déficit Visual			Diabete Mellitus		
Outras					

3 – HÁBITOS DE VIDA

Exercício Físico: Sim Não

Duração: <30 min >30 min

Frequência: X na semana: _____

Tabagismo: Sim Não

Carga tabágica: _____ Abstinência: _____

Alcoolismo: Sim Não Abstinência: _____

4 – INTERVENÇÃO:

Internações prévias: Sim Não

Cateterismo: Sim Não Data: _____

Lesão: 1 2 >=3

Leito vascular acometido: _____

Cirurgia (CRM): Sim Não Data: _____

Angioplastia: Sim Não Data: _____

WHOQOL-BREVE: (Anexo A)

IPAQ: (Anexo B)

FORMULÁRIO DE SEGMENTO DE (30 dias)

Data do contato : ____ / ____ / _____

Óbito: () Sim () Não

Nova internação : () Sim () Não Unidade: _____ Tempo: _____

Emergência: () Sim () Não Tempo: _____

Ambulatório: () Sim () Não Especialidade: _____

WHOQOL-BREVE: (Anexo A)

IPAQ: (Anexo B)

ANEXO A - Termo de Compromisso para Utilização de Dados



Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

Impacto da orientação formal de exercício físico sobre o nível de atividade física e qualidade de vida em pacientes com síndrome coronariana aguda.	Cadastro no GPPG
---	-----------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, de _____ de 2017.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Janayna Rodembuch Borba Quadros	
Mauren Porto Haeffner	
Fernanda Cecília dos Santos	

Mariana Vargas Furtado	
Cíntia Cilene Gonçalves Donat	

ANEXO B – Questionário de qualidade de vida: WHOQOL

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem nem boa	ruim boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5	

		muito insatisfeit o	insati sfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit o
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5

6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO C - Questionário internacional de atividade física (IPAQ)

Data: ____/____/____

Nome: _____ **Idade :**

_____ **Sexo:** ()F ()M **Você trabalha de forma remunerada:** () Sim ()

Não **Quantas horas você trabalha de forma remunerada por dia:** _____

OBS.: O trabalho voluntário é desempenhado por pessoas dispostas a doar parte do seu tempo e de suas habilidades no trabalho por uma causa social e para entidades que necessitam deste tipo de trabalho. Ele não é remunerado.

Você faz trabalho voluntário: () Sim () Não **Que tipo?**

_____ **Quantas horas semanais você trabalha de forma voluntária?** _____ **Em geral, você considera sua saúde:**

()Excelente ()Muito boa ()Boa ()Regular ()Ruim **Quantos anos completos você estudou:** _____

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana

NORMAL/HABITUAL

Para responder as questões lembre que:

atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal.

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu trabalho remunerado ou voluntário, e as atividades na universidade, faculdade ou escola (trabalho intelectual). Você **NÃO DEVE INCLUIR** as tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

1 a. Atualmente você tem ocupação remunerada ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

() Sim () Não – **Caso você responda não. Vá para seção 2: Transporte**

As próximas questões relacionam-se com toda a atividade física que você faz em uma semana **NORMAL/HABITUAL**, como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário. **NÃO INCLUA** o transporte para o trabalho. Pense apenas naquelas atividades que durem **pelo menos 10 minutos contínuos** dentro de seu trabalho:

1b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você realiza atividades **vigorosas** como: trabalho de construção pesada, levantar e transportar objetos pesados, cortar lenha, serrar madeira, cortar grama, pintar casa, cavar valas ou buracos **como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**?

_____ dias por SEMANA () Nenhum.

Vá para a questão 1c. _____ horas _____ minutos

DIA DA SEMANA	TEMPO	DIA DA SEMANA	TEMPO
	HORAS/MIN.		HORAS/MIN.
2ª-feira		6ª-feira	
3ª-feira		Sábado	

4ª-feira		Domingo	
5ª-feira		XXXXX	XXXXXXX

1c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você realiza atividades **moderadas**, como: levantar e transportar pequenos objetos, lavar roupas com as mãos, limpar vidros, varrer ou limpar o chão, carregar crianças no colo, **como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**?

_____ dias por SEMANA () Nenhum. Vá para a questão

1d _____ horas _____ minutos

DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.	DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.
2ª-feira		6ª-feira	
3ª-feira		Sábado	
4ª-feira		Domingo	
5ª-feira		XXXXX	XXXXX

1d. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você **caminha**, no seu trabalho remunerado ou voluntário por **pelo menos 10 minutos contínuos**? Por favor, **NÃO INCLUA** o caminhar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho ou do local que você é voluntário. _____ dias por SEMANA () Nenhum. Vá para a seção 2 - Transporte. ____ horas ____ minutos

DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.	DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.
2ª-feira		6ª-feira	
3ª-feira		Sábado	
4ª-feira		Domingo	

5ª-feira		XXXXXX	
----------	--	--------	--

1e. Quando você caminha **como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário**, a que passo você geralmente anda? (reforçar o que é vigoroso e moderado) () **rápido/vigoroso** () **moderado** () **lento**

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem a forma normal como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu grupo de convivência/ idosos, igreja, supermercado, trabalho, médico, escola, cinema, lojas e outros.

2a. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante **uma semana normal** você anda de ônibus, carro/moto, metrô ou trem?

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum. Vá para questão 2b _____ horas
_____ minutos

DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.	DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.
2ª-feira		6ª-feira	
3ª-feira		Sábado	
4ª-feira		Domingo	
5ª-feira		XXXXXX	

Agora pense somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

2b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você **anda de bicicleta** para ir de um lugar para outro por **pelo menos 10 minutos contínuos**? (NÃO INCLUA o pedalar por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum. Vá para a questão 2d. _____ horas _____ minutos

DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.	DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.

2ª-feira		6ª-feira	
3ª-feira		Sábado	
4ª-feira		Domingo	
5ª-feira		xxxxx	

2c. Quando você anda de bicicleta, a que velocidade você costuma pedalar? () **rápida/vigorosa** () **moderada** () **lenta**

2d. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana **normal** você caminha para ir de um lugar para outro, como: ir ao grupo de convivência/idosos, igreja, supermercado, médico, banco, visita a amigo, vizinho e parentes por **pele menos 10 minutos contínuos?** (NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ dias por SEMANA () Nenhum. Vá para a Seção 3. _____ horas _____ minutos

DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.	DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.
2ª-feira		6ª-feira	
3ª-feira		Sábado	
4ª-feira		Domingo	
5ª-feira		xxxxx	

2e. Quando você caminha para ir de um lugar a outro, a que passo você normalmente anda?

() **rápido/vigoroso** () **moderado** () **lento**

**SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA OU APARTAMENTO:
TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA**

Esta parte inclui as atividades físicas que você faz em uma semana **NORMAL/HABITUAL** dentro e ao redor da sua casa ou apartamento. Por exemplo: trabalho doméstico, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa, e para cuidar da sua família. Novamente pense *somente* naquelas atividades físicas com duração **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

3a. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz atividades físicas **vigorosas ao redor de sua casa ou apartamento** (quintal ou jardim) como: carpir, cortar lenha, serrar madeira, pintar casa, levantar e transportar objetos pesados, cortar grama, por **pelo menos 10 minutos contínuos**?

_____ dias por SEMANA () Nenhum. **Vá para a questão 3b** _____
 horas _____ minutos

DIA DA SEMANA	TEMPO	DIA DA SEMANA	TEMPO
	HORAS/MIN.		HORAS/MIN.
2ª-feira		6ª-feira	
3ª-feira		Sábado	
4ª-feira		Domingo	
5ª-feira		xxxxx	

3b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz atividades **moderadas ao redor de sua casa ou apartamento** (jardim ou quintal) como: levantar e carregar pequenos objetos, limpar a garagem, serviço de jardinagem em geral, caminhar ou correr com crianças, por **pelo menos 10 minutos contínuos**?

_____ dias por SEMANA () Nenhum. **Vá para questão 3c.** _____
 horas _____ minutos

DIA DA SEMANA	TEMPO	DIA DA SEMANA	TEMPO
	HORAS/MIN.		HORAS/MIN.
2ª-feira		6ª-feira	

3ª-feira		Sábado	
4ª-feira		Domingo	
5ª-feira		xxxxx	

3c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz atividades **moderadas** como: carregar pesos leves, limpar vidros e/ou janelas, lavar roupas a mão, limpar banheiro e o chão, carregar crianças pequenas no colo, **dentro da sua casa ou apartamento**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**?

_____ dias por SEMANA () Nenhum. Vá para seção 4
 horas ____ minutos

DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.	DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.
2ª-feira		6ª-feira	
3ª-feira		Sábado	
4ª-feira		Domingo	
5ª-feira		xxxxx	

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Esta seção se refere às atividades físicas que você faz em uma semana **NORMAL/HABITUAL** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor **NÃO inclua atividades que você já tenha citado**.

4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você caminha **no seu tempo livre** por **pelo menos 10 minutos contínuos**?

_____ dias por SEMANA () Nenhum. Vá para questão 4c
 horas ____ minutos

DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.	DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.
2ª-feira		6ª-feira	
3ª-feira		Sábado	
4ª-feira		Domingo	
5ª-feira		XXXXX	

4b . Quando você caminha **no seu tempo livre**, a que passo você normalmente anda? () **rápido/vigoroso** () **moderado** ()

lento

4c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades **vigorosas no seu tempo livre** como: correr, nadar rápido, pedalar rápido, canoagem, remo, musculação, enfim esportes em geral por **pelo menos 10 minutos contínuos?**

_____ dias por SEMANA () **Nenhum.** Vá para questão 4d _____
 horas _____ minutos

DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.	DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.
2ª-feira		6ª-feira	
3ª-feira		Sábado	
4ª-feira		Domingo	
5ª-feira		XXXXX	

4d. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades **moderadas no seu tempo livre** como: pedalar em ritmo moderado, jogar voleibol recreativo, fazer natação, hidroginástica, ginástica e dança para terceira

idade por **pelo menos 10 minutos contínuos?** _____ dias por SEMANA

() **Nenhum. Vá para seção 5** _____ horas _____ minutos

DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.	DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.
2ª-feira		6ª-feira	
3ª-feira		Sábado	
4ª-feira		Domingo	
5ª-feira		XXXXX	

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado em casa, no grupo de convivência/idoso, na visita a amigos e parentes, na igreja, em consultório médico, fazendo trabalhos manuais (crochê, pintura, tricô, bordado etc), durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado, enquanto descansa, faz leituras, telefonemas, assiste TV e realiza as refeições. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, carro, trem e metrô.

5a. Quanto tempo, no total você gasta **sentado** durante um **dia de semana normal**?

_____ horas _____ minutos

5b. Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante em um **dia de final de semana normal**? _____ horas _____ minutos.

ANEXO D – Carta de Aprovação do Projeto 16-0302



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 160302

Data da Versão do Projeto: 10/06/2016

Pesquisadores:

LUIS EDUARDO PAIM ROHDE

PRICILA ZUCHINALI

LARISSA GUSSATSCHENKO CABALLERO

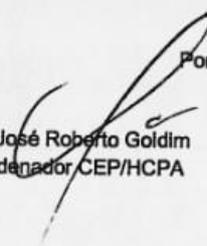
MARIANA VARGAS FURTADO

Título: Adesão às Diretrizes Assistenciais de Insuficiência Cardíaca, Fibrilação Atrial e Síndrome Coronariana Aguda: um Programa de Boas Práticas Clínicas em Cardiologia

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 27 de junho de 2016.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEP/HCPA